



LUNDS
UNIVERSITET
Campus Helsingborg

Institutionen för Service Management

Stånga pannan blodig eller plåstra om med lean?

- en fallstudie av implementeringen av lean på
Universitetssjukhuset i Lund

Emma Alfredsson

Sofia Forss

Helena Nielsen

Handledare:
Jörgen Eksell
Ulrika Westrup

Magisteruppsats
SMTX07
Vt 08

~ Förord ~

Denna magisteruppsats har genomförts under våren 2008 vid institutionen för Service Management på Campus Helsingborg, Lunds Universitet. Uppsatsen omfattar 15 högskolepoäng och är det avslutande momentet i magisterutbildningen Service Management med inriktning hälsa.

Vi vill härmed tacka de personer som har hjälpt och stöttat oss under arbetets gång och som har underlättat genomförandet av denna uppsats. Först vill vi tacka alla medarbetare på Universitetssjukhuset i Lund som har varit tillmötesgående och ställt upp på intervjuer vid insamlingen av vårt empiriska material. Vi vill framförallt tacka Åsa Hägglin i strategiska staben för hennes stöd och engagemang vid vår empiriska studie.

Vi vill även tacka de som gjorde det möjligt för oss att åka på en konferens om lean på Sverigemässan i Stockholm. Stort tack vill vi därmed rikta till Institutionen för Service Management, Kullaflyg samt Plan logistikförening.

Vidare tackar vi LUCIE (Lund University Centre for Innovation and Entrepreneurship) och Nina Dahlström för att de har tillhandahållit kontorslokaler till oss under hela vårt uppsatsarbete.

Våra handledare, Jörgen Eksell och Ulrika Westrup, som gett feedback och bollat idéer med oss under arbetets gång förtjänar ett stort tack. Deras stöd, engagemang och framförallt deras tilltro till oss har haft en stor betydelse.

Vi vill till sist tacka varandra för ett gott samarbete.

Lund, maj 2008

Emma Alfredsson

Sofia Forss

Helena Nielsen

SAMMANFATTNING

Titel: Stånga pannan blodig eller plåstra om med lean - En fallstudie av implementeringen av lean på Universitetssjukhuset i Lund

Kurs: SMTX07 Service Management. Examensarbete – magisterkurs

Författare: Emma Alfredsson, Sofia Forss och Helena Nielsen

Handledare: Jörgen Eksell och Ulrika Westrup

Nyckelord: Lean, sjukvård, kvalitetsfilosofi, Service Management, tjänsteperspektiv, ledarskap, strategi, beteende, Universitetssjukhuset i Lund

Problem: Den svenska sjukvården granskas allt oftare och resultaten pekar ofta på samma sak, resurserna används inte särskilt väl och kunskapen om hur de används saknas. Det finns ett tilltagande behov av att ändra och förnya arbetssätt samt ta reda på vad patienten verkligen vill, för att utnyttja resurserna som finns på ett bättre sätt samt skapa förutsättningar för att förbättra kvaliteten. Sjukvården står därmed inför nya utmaningar.

Syfte: Syftet med studien är att bidra med kunskap om implementering av lean i svensk sjukvård utifrån ett tjänsteperspektiv

Frågeställning: *Hur fungerar implementeringen av lean i sjukvården och vad är avgörande för att kvalitetsfilosofin ska få fäste i organisationen?*

Metod: Vi har valt att göra en kvalitativ fallstudie på Universitetssjukhuset i Lund där vi har genomfört kvalitativa intervjuer med personal på olika nivåer, utfört en observation och lyssnat till två föreläsningar. Det empiriska materialet analyserade vi utifrån teoretiskt material om lean, lean healthcare och sjukvårdskontexten inom ramen för en modell över lean. Studien har en abduktiv ansats.

Slutsats: Vårt resultat visar att det i sjukvården inte går att börja med en strategi för lean utan att först förändra ledarskapet och stärka medarbetarna. Vi har funnit att beteende och engagemang är essentiellt för att överhuvudtaget komma igång med lean i sjukvården. Lean kan inte bli en bestående filosofi i organisationen om inte alla först förstår att de har möjlighet att påverka och förbättra, och därmed kan tänka enligt lean. Först när mognad och engagemang kring förbättring och verksamhetsutveckling finns, kan alla arbeta i samma riktning utifrån en gemensam strategi för lean som är en avgörande faktor för att lean ska få fäste i organisationen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	6
1.1. Lean gör intåg i den svenska sjukvården.....	6
1.2. Syfte och frågeställning.....	8
1.3. Service Management - ett tjänsteperspektiv.....	8
1.4. Disposition	10
2. METOD	11
2.1. Forskningsområde och förförståelse.....	11
2.1.1. Val av studieobjekt.....	11
2.2. Kvalitativ fallstudie	12
2.3. Teoretiskt material.....	12
2.4. Empiriskt material	13
2.4.1. Intervju och val av respondenter	14
2.4.2. Observation	16
2.4.3. Föreläsningar.....	17
2.5. Övrigt material	17
2.6. Relationen mellan teori och empiri	18
2.7. Studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet	18
3. TEORETISK REFERENSRAM	20
3.1. Begreppet lean växer fram	20
3.2. Lean som filosofi, inte metod.....	22
3.3. Analysmodell	22
3.3.1. Synliga faktorer	23
3.3.2. Möjliggörande faktorer.....	25
3.3.3. Hur vi använder analysmodellen	25
4. IMPLEMENTERINGEN AV LEAN PÅ USiL	27
4.1. Bakgrund om vad som har skett på USiL.....	27
4.1.1. ADHD-teamet på BUP	27
4.1.2. Ortopeden 12	28

4.2. Strategi och anpassning	29
4.2.1. Kundvärde	29
4.2.2. Vision och mål för förbättring.....	32
4.2.3. Förståelse och problemlösning	34
4.2.4. Uppföljning och implementeringsfaser	37
4.2.5. Stabilitet i organisationen	39
4.2.6. Anpassning och långsiktighet.....	41
4.3. Ledarskap	43
4.3.1. Staka ut riktning och skapa vision.....	43
4.3.2. Gemba – ”där det händer”	45
4.3.3. Empowerment kräver en ny ledarroll	47
4.3.4. Respektera och utmana.....	49
4.3.5. Högsta ledningens engagemang	51
4.4. Beteende & engagemang.....	52
4.4.1. Motivation	52
4.4.2. What’s in it for me?.....	55
4.4.3. Utbildning.....	58
4.4.4. Lärande miljö	59
4.5. Summerande analys.....	61
4.6. Slutsats	63
5. AVSLUTANDE DISKUSSION	66
5.1. Reflektioner kring vårt resultat.....	66
5.2. Kan lean anta sjukvårdens utmaningar?	67
5.3. Tjänsteperspektivet.....	67
REFERENSER	70
BILAGA - Intervjuöversikt.....	76

1. INLEDNING

1.1. Lean gör intåg i den svenska sjukvården

Sjukvården är i kris. Det behövs mer pengar och resurser! Många är rösterna som höjs om sjukvårdens svåra situation med stressad personal, skenande kostnader och stora brister i tillgänglighet, men frågan är om pengar och resurser är det enda problemet? Det har visat sig att mellan 50-80 % av sjukvårdspersonalens arbetstid går åt till administrativa uppgifter och inte till vård av patienter (Fölster Hallström, Morin & Renstig 2003) och hela tre timmar av en sjuksköterskas arbetsdag går till att leta efter saker eller personer (Lord 080417). Flödet av patienter uppvisar stora brister vilket orsakar onödiga köer, dåligt resursutnyttjande och höga kostnader. Fel som begås i sjukvården mäts varken regelbundet eller systematiskt och är, i den mån det görs, inte offentliga. Sjukvården slösar med patientens tid och det är få som verkligen vet och tar hänsyn till hur patienten upplever sjukvården, eftersom patientnöjdhet inte mäts i någon större utsträckning (Fölster et al. 2003).

Den svenska sjukvården granskas allt oftare och resultaten pekar ofta på samma sak, resurserna används inte särskilt väl och kunskapen om hur de används saknas (Fölster et al. 2003; Lord 2007a). Samtidigt ställer samhällsmedborgaren allt högre krav på sjukvården gällande tillgänglighet, insyn och kvalitet (Kollberg & Dahlgaard 2007). Eftersom den svenska sjukvården är statligt finansierad och ingen direkt konkurrens finns strömmar patienterna ständigt till, men sjukvården kan inte längre förlita sig på att resurserna kommer i samma takt. Kostnaderna för den svenska sjukvården har stigit de senaste åren samtidigt som kostnaderna som samhället är beredda att betala har sjunkit (Gustavsson 080422). Följaktligen finns ett tilltagande behov av att i första hand ändra och förnya arbetssätt i sjukvården, men även att ta reda på vad patienten verkligen vill, för att utnyttja resurserna som finns på ett bättre sätt samt skapa förutsättningar för att förbättra kvaliteten. Sjukvården står därmed inför nya utmaningar.

En bidragande orsak till det rådande tillståndet i den svenska sjukvården är att den bygger på funktionalistiska ledningsprinciper. Organisering efter massproduktions- och stordriftsprinciper infördes i sjukvården på 1960-talet då olika funktioner, så som mottagningar, röntgen och operation organiserades var för sig. I detta system, som lever kvar än i dag, slussas patienten fram och tillbaka mellan enheter med väntetider vid varje. Denna organiseringsprincip medför bristande helhetsperspektiv på patientens väg i vården och de olika avdelningarna riktar inte alltid sina insatser mot patientens krav och förväntningar. Varje enhet är inriktad på specialisering snarare än samverkan med andra enheter och att skapa en

helhet för patienten. Systemet leder ofta till att internt kvalitetsarbete och samarbete hindras vilket orsakar frustration bland personalen som i sin tur lätt skapar en beskyllningskultur (jfr Grönroos 2002; Levin & Normann 2001; Lord 2007a; Nordgren 2004).

Lean är en kvalitetsfilosofi som har använts länge inom industrin för att lösa effektivitetsproblem liknande de som sjukvården står inför idag och förväntas därför kunna möta de nya utmaningarna. Lean handlar om att utgå från kunden, att eliminera slöseri samt att all personal ska arbeta med att kontinuerligt förbättra (Bhasin & Burcher 2006, s.63). Universitetssjukhuset i Lund (USiL) har som första sjukhus i Sverige infört lean för att öka produktiviteten och kvaliteten för såväl patient som personal. Tidigare har lean införts med goda resultat på sjukhus i USA, Australien, England, Frankrike och Danmark (Proudlove, Moxham & Boaden 2008; Ballé & Régnier 2007). Lean i sjukvården uppmuntrar bland annat vårdgivare att tänka på patientens resa från inskriven till utskriven som en komplett vårdprocess istället för en serie fristående steg (Ben-Tovim, Bassham, Bolch, Martin, Dougherty & Szwarcbord 2007). Målen med lean i sjukvården är att ge rätt vård, till rätt patient vid rätt tid och rätt plats redan första gången (Ben-Tovim et al. 2007, s.15).

Lean har sitt ursprung i bilindustrin, närmare bestämt på Toyota där flödesproduktion kom att utgöra ett alternativ till Fords klassiska massproduktion. Under åren har lean spridit sig till andra typer av verksamheter och organisationer (Womack & Jones 2003; Womack, Jones & Roos 2007). Det finns många framgångshistorier om organisationer som har infört lean och uppvisar resultat som minskade ledtider, förbättrade arbetsrutiner, kvalitetsförbättringar och lägre kostnader (Dahlgård & Kollberg 2007, s.7), således verkar lean kunna anta sjukvårdens utmaningar. Tjänsteforskningen belyser dock risker med att införa strategier från tillverkningsindustrin i tjänsteverksamheter eftersom det lätt kan skapa en logik som överensstämmer med varuproduktion och tjänster och tjänsteproduktion har andra, mer komplexa processer än varor (jfr Grönroos 2002; Normann 2000).

Det är lätt att hamna i enbart beskrivningar av hur verktygen i lean används och vilket resultat de ger eftersom detta är påtagligt. Precis som allt kvalitetsarbete måste lean dock vara mer än verktyg för att implementeras och fungera på ett framgångsrikt sätt (Hines & Lethbridge 2008). Lean måste vara en filosofi som genomsyrar hela organisationen för att fungera optimalt och bli långsiktigt (Bhasin & Burcher 2006). För att lean ska implementeras väl och fungera krävs det också att filosofin anpassas till den aktuella verksamheten (Dahlgård & Dahlgård-Park 2006; Radnor & Walley 2008). Således krävs en anpassning till sjukvårdens specifika kontext och uppdrag vilket är intressant då vissa menar att sjukvården är den mest strukturfyllda och traditionsbundna organisation som finns i det svenska

samhället. Vidare finner vi det intressant att utifrån ett tjänsteperspektiv studera hur lean som en kvalitetsfilosofi från industrin kan fungera i sjukvården.

Teoretiker menar att lean skulle fungera bra i sjukvården (Dahlgaard & Kollberg 2007; Lindgaard Laursen, Gertsen & Johansen 2003). Det finns dock förhållandevis få empiriska studier på området, lean i svensk sjukvård. Få studier har dokumenterat att lean som filosofi verkligen har implementerats i den offentliga sektorn, fokus har hitintills legat på verktyg och tekniker (Radnor & Boaden 2008, s.4). Då lean verkar vara en lovande filosofi i framtidens sjukvård finns ett behov av empiriska undersökningar på området. Ett sjukhus är en så pass diversifierad organisation att det kan vara svårt att veta var och hur ett förändringsarbete ska starta (Ben-Tovim et al. 2007, s.14). Vi finner det därför intressant att undersöka hur en implementering av lean på ett sjukhus och framförallt i en svensk sjukvårdskontext fungerar.

1.2. Syfte och frågeställning

Utifrån ovanstående resonemang kan vi konstatera att lean skulle kunna göra skillnad i sjukvården, men en förutsättning är att det blir en rådande och långsiktig filosofi i hela organisationen. Syftet med studien är att bidra med kunskap om implementeringen av lean i den svenska sjukvården utifrån ett tjänsteperspektiv. Vi har valt att undersöka detta genom en fallstudie på Universitetssjukhuset i Lund (USiL). Studien behandlar följande frågeställning:

Hur fungerar implementeringen av lean i sjukvården och vad är avgörande för att kvalitetsfilosofin ska få fäste i organisationen?

1.3. Service Management - ett tjänsteperspektiv

Inom Service Management ligger fokus på tjänster och olika begrepp för hur ett lyckat servicemöte kan skapas. Betydelsen av servicemötet är central för att förstå och leda tjänsteverksamheter. En tjänst definieras som:

/.../ en process som består av en rad mer eller mindre påtagliga aktiviteter som vanligen, men inte nödvändigtvis alltid, sker i samverkan mellan kund och servicepersonal och/eller fysiska resurser eller varor och/eller tjänsteleverantörens system, och som utgör lösningar på kundens problem (Grönroos 2002, s.58).

Till skillnad mot i en varukontext där produktion är den process i vilken varan framställs och konsumtionen den process där konsumenten använder varan, sammanfaller dessa processer helt eller delvis i en tjänsteverksamhet. Kunden har således insyn i och är delaktig i

tjänsteprocessen (Grönroos 2002, s.59). Sjukvården tillhandahåller tjänster vilket innebär att en tjänstelogik bör finnas. En tjänstelogik innebär att organisationen stödjer kundens värdeskapande processer, i motsatts till en varulogik som innebär att organisationen ställer resurser till kundens förfogande (Grönroos 2005, s.230). Inom sjukvården kräver värdeskapande enligt Service Management flexibilitet och en förändrad syn på patienten. Patientbegreppet bör därför kompletteras med kundbegreppet i sjukvården för att tydliggöra varje patients unikhet och medverkan i värdeskapandet i sjukvården (Nordgren 2004, s.192). Kunden förväntar sig värde ur ett totalt tjänsteerbjudande, vilket kräver samarbete mellan de olika avdelningarna som ansvarar för de olika delarna av erbjudandet (Grönroos 2002, s.41). Att sjukvården än idag bygger på principer utifrån massproduktion och standardisering försvårar detta eftersom det medför en syn på patienten som ”mottagare” av sjukvård, som enbart får lokalt värde, och inte som medskapare av värde. I och med denna uppbyggnad förväntas identisk behandling av alla (Levin & Normann 2001, s.82).

Då en tjänsts kvalitet, till skillnad mot en varus, bestäms av hur kunden upplever hela processen inklusive slutresultatet är begreppet upplevd tjänstekvalitet centralt inom området Service Management (Grönroos 2005, s.228). Kvaliteten i en tjänst avgörs i sanningens ögonblick, det vill säga när serviceleverantören och kunden möter varandra (Normann 2000, s.29). Det är därför viktigt att definiera vad som är värde för kunden och inte ta det för givet i kvalitetsarbeten, vilket är vanligt om kvalitetsförbättringar endast ses som ett internt mål (Grönroos 2002, s.75). Således ska ett utifrån-och-in-perspektiv på kundvärde antas till skillnad mot vad som är vanligt i traditionell tillverkningsindustri, inifrån-och-ut. Dessutom måste utgångspunkten vara att kvalitetsförbättringar är en ständigt pågående process då de riskerar att misslyckas om de ses som ett tidsbegränsat arbete eller projekt (Ibid. s.112). Vidare är det viktigt att inte låta kvalitetsarbete tillägnas en specifik grupp eller avdelning, eftersom det kan leda till att övriga medarbetare inte agerar kundinriktat (Ibid. s.334).

Strukturen i en organisation är avgörande för att kunna arbeta kundinriktat. Inom Service Management förespråkas en omvänd organisationspyramid där kunderna utgör toppen och således bör ansvar och befogenheter flyttas så nära tjänstemötet som möjligt. Det är därför också viktigt att betrakta medarbetarna som sina interna kunder och arbeta med intern marknadsföring. Personal och avdelningar som har kundkontakter, det vill säga frontpersonal, måste få stöd eftersom de är organisationens första marknad. Intern marknadsföring ska bidra till att alla medarbetare på alla nivåer i en organisation arbetar för att verksamheten med alla dess aktiviteter, kampanjer och processer, tillsammans ska ge ett ökat kundfokus (Grönroos

2002, s. 338, 366-371). Chefer och ledare ska därmed inrikta sig på att uppmuntra och stödja personalen samt ha tillit till dem (Ibid. s.222).

Den typ av tjänst som sjukvården skapar är än mer komplex då det är människor som är råmaterialet, som tranformeras i processen, och därmed är det så kallade människonära tjänster som tillhandahålls (jfr Hasenfeld 1992 i Austin 2002, s.30). För att effektivt producera tjänsten krävs samproduktion, att personalen och patienten aktivt interagerar (Austin 2002, s.40). Det ställs höga krav på anpassning och trots att vissa arbetsinsatser är återkommande så måste personalen vara lyhörd och förstå variationen av behov och förutsättningar hos varje enskild individ. Således finns inga givna tillvägagångssätt eftersom varje möte och relation som uppstår är unikt (jfr Persson & Westrup 2006, s.6-14, 99-104). Resultatet av mötet, och därmed också tjänstens kvalitet, bestäms av hur väl kundens förväntningar och upplevelser stämmer överens. Vår utgångspunkt, tjänsteperspektivet, kommer tillsammans med vårt teoretiska fält att ligga till grund för studiens analys.

1.4. Disposition

Kapitel 2 – METOD

I kommande metodkapitel argumenterar vi för vårt val av forskningsområde och metod. Därefter gör vi en närmare presentation av vårt material, våra insamlings- och analysmetoder samt diskuterar studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet.

Kapitel 3 – TEORETISK REFERENS RAM

I vår teoretiska referensram redogör vi för begreppet lean, hur det har växt fram, vad det har stött på för kritik och hur det bör behandlas. Vi presenterar slutligen en analysmodell som ligger som ram i vår avhandlande del, kapitel 4.

Kapitel 4 – IMPLEMENTERINGEN AV LEAN PÅ USiL

I vårt avhandlande kapitel redogör vi först för resultat av det praktiska arbetet med lean på USiL. Sedan analyserar vi vår empiri med hjälp av utförligare teoretiska resonemang utifrån analysmodellen och ovan presenterade tjänsteperspektiv för att kunna svara på vår frågeställning. Vi presenterar därefter vår slutsats i form av en modell över implementeringen av lean på USiL.

Kapitel 5 – AVSLUTANDE DISKUSSION

I detta avslutande kapitel kommer vi att diskutera vårt resultat av studien och lyfta det till ett vidare perspektiv.

Figur 1: Uppsatsens fortsatta disposition

2. METOD

I kommande metodkapitel argumenterar vi för vårt val av forskningsområde, forskningsobjekt och metod. Därefter gör vi en närmare presentation av vårt material, våra insamlings- och analysmetoder samt diskuterar studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet.

2.1. Forskningsområde och förståelse

Denna magisteruppsats är skriven inom Service Management med inriktning mot hälsosektorn och vi har därmed sedan tidigare kunskap om sjukvårdens organisation, karaktär och uppdrag samt intresse för utvecklingsmöjligheter inom området. Vi tycker att det är spännande att lean gör sitt intåg i sjukvården eftersom kvalitetsfilosofin verkar ha potential att anta sjukvårdens utmaningar. Sjukvårdens specifika kontext med uppdraget att tillhandahålla människonära tjänster samt dess strukturfyllda organisation, bidrar till att vi finner det intressant att studera implementeringen av lean, en kvalitetsfilosofi från industrin, i sjukvården. Utbudet av empiriska studier som behandlar ämnet är få, vilket gör det till ett relativt outforskat område.

I studiens inledningsfas deltog vi vid en konferens om lean som anordnades av logistikföreningen PLAN den 8-9 april 2008 på Sverigemässan i Älvsjö. Syftet var att få inspiration och ökad förståelse för lean samt hur organisationer i olika branscher praktiskt arbetar med lean. Merparten av föreläsarna representerade industri- och produktionsinriktade företag så som Electrolux, Volvo, Coca-Cola Drycker Sverige AB och Plannja, vilket visar att det är inom denna sektor som lean är väletablerat. En av få föreläsningar som behandlade lean i andra sektorer var Magnus Lord, strategichef på Universitetssjukhuset i Lund, som berättade om deras införande av lean. På plats fanns också Dr. Jeffrey K. Liker som har studerat Toyota i 20 år och som är författare till boken "The Toyota Way".

2.1.1. Val av studieobjekt

Vårt studieobjekt, Universitetssjukhuset i Lund (USiL), är ett av Sveriges åtta universitetssjukhus och en del av Region Skåne som förser USiL med dess strategiska inriktning och årliga uppdrag. Sjukvård, forskning och utbildning är de tre viktiga hörnstenarna i sjukhusets arbete med att förlänga och förbättra människors liv. Sjukhuset tillhandhåller bassjukvård, akut- och traumasjukvård samt högspecialiserad sjukvård. USiL är en stor arbetsplats med cirka 7 850 helårsanställda. Där finns 1176 vårdplatser och varje dag besöker 2900 patienter de olika mottagningarna. Sjukhuset är indelat i 8 divisioner inom vilka det ingår relaterade

verksamhetsområden. Under våren 2007 startade USiL införandet av kvalitetsfilosofin ”Lean Healthcare” med fyra pilotprojekt och under hösten har implementeringen fortsatt vidare ut i verksamheten (www.skane.se). Pilotavdelningarna blev uttagna av verksamhetscheferna, men för övrigt startas leanarbete nu på frivillig basis så till vida att det startas på initiativ från enheterna. De tar då kontakt med strategiska staben där fyra personer arbetar heltid vid enheten lean support för att utbilda och finnas till som stöd vid införandet av lean.

Vårt val av studieobjekt grundar sig på att USiL som första svenska sjukvårdsorganisation implementerar lean och de fyra pilotprojekt som var först ut nu har arbetat enligt filosofin i cirka ett år.

2.2. Kvalitativ fallstudie

Vi har valt att göra en kvalitativ fallstudie, en undersökning på en mindre avgränsad grupp och en avgränsad plats, vilket är fördelaktigt vid studier av processer och förändringar (jfr Patel & Davidson 2003, s.54). Därmed är fallstudien passande för vårt syfte som är att studera lean i sjukvården. I en fallstudie ligger betoningen ofta på en miljö, i vårt fall USiL, eller en situation, vilken är införandet av lean i sjukvården (jfr Bryman 2003, s.71).

Valet föll på kvalitativ fallstudie då en sådan inriktar sig på insikt, upptäckt och tolkning snarare än på hypotesprövning. Forskningsdesignen för en fallstudie passar i situationer där det inte går att skilja variablerna från kontexten (jfr Merriam 1994, s.25). Därmed är fallstudie passande i vårt fall då vi inte ämnar generalisera eller överföra resultaten på någon annan kontext än sjukvården.

Vi har utfört vår kvalitativa fallstudie dels på två av pilotprojekten och dels på den strategiska stabens enhet lean support som arbetar med att implementera lean. För att få en bild av hur lean fungerar i olika typer av sjukhusverksamheter har vi valt att utföra undersökningen på en avdelning och en mottagning, dels avdelning 12 på Ortopediska kliniken (Ortopeden 12) och dels barn- och ungdomspsykiatrimottagningen (BUP).

2.3. Teoretiskt material

Syftet med litteraturstudien var främst att öka vår förståelse för och kunskap om lean. Att undersöka det teoretiska området var även av vikt för att skapa möjlighet att bidra med något till forskningsområdet (jfr Merriam 1994, s.75). Det första steget i studien var att diskutera och klargöra vilka teoretiska utgångspunkter som skulle ligga till grund för det kommande forskningsarbetet. Vi sökte efter litteratur om det valda teoretiska fältet som kunde ge oss en introduktion, framförallt en beskrivning av leans bakgrund. För att fördjupa oss ytterligare i

begreppet och för att få tillgång till de senaste rönen har vi sökt i artikeldatabaser (jfr Patel & Davidson 2003). Antalet artiklar om lean är många och från skilda kontexter, framförallt är de industrirelaterade. Det stora arbetet bestod därmed i att sortera artiklarna, dock hittade vi en del service- och hälsospecifika som var användbara för vårt syfte. Vi valde också att gå tillbaka till originalkällorna där leanbegreppet har myntats, det vill säga *The Machine that Change the World* först publicerad 1990 (Womack, Jones & Roos 2007) och *Lean Thinking* först publicerad 1996 (Womack & Jones 2003) och genom dessa två validerade vi våra bas-kunskaper om lean. Tillsammans gav böckerna och artiklarna oss kunskaper om teorier och modeller inom lean, men de var även viktiga för att få en översikt av tidigare utförda undersökningar inom forskningsområdet. I vår avhandlande del har vi utgått från en modell (se figur 4) som är resultatet av ett forskningsprojekt vid Lean Enterprise Research Centre vid Cardiff University som syftade till att redogöra för hur lean kan bli långsiktigt i en organisation (Hines et al. 2008). Modellen, och boken som förklarar den, är nyligen publicerad, men forskningsprojektet har pågått en längre tid och forskarna har publicerat flertalet publikationer om lean i olika verksamheter.

Det bör här nämnas att stora delar av litteraturen och artiklarna behandlar empiriskt material från andra länder än Sverige och därmed andra kontexter, arbetssätt och sjukvårdsorganisationer vilka på flera sätt skiljer sig från svenska arbetsmetoder och svensk sjukvårdsorganisation. Det finns artiklar som behandlar lean inom den svenska sjukvården, men dessa tar enbart upp huruvida det teoretiskt skulle fungera (jfr Kollberg & Dahlgaard 2007). Forskningen ger dock inga resultat utifrån beprövade fall, eftersom det finns få empiriska studier om lean i den svenska sjukvården. Mindre uppsatser där studier om lean ingår har gjorts vid Lunds respektive Linköpings universitet.

För att få fördjupad kunskap om kontexten har vi använt oss av litteratur som behandlar styrning och organisering av sjukvård. Vi har även använt litteratur inom området Service Management och tjänsteperspektivet eftersom det har legat till grund för vår utgångspunkt

2.4. Empiriskt material

Inom ramen för vår fallstudie har vi vid insamlandet av det empiriska materialet kombinerat olika metoder så som intervju och observation (se figur 2). Vi har dessutom tagit del av föreläsningar med strategichefen Magnus Lord. Således har vi samlat in information av olika karaktär för att få en så bred bild som möjligt av det aktuella fallet, vilket torde öka den externa reliabiliteten och den interna validiteten (jfr Bryman & Bell 2005, s.306). Nedan

följer en beskrivning av vårt tillvägagångssätt vid insamling av empiriskt material, vilka våra respondenter är samt hur och varför vi har valt dessa.

Intervjuer med personal på olika nivåer (se Bilaga) 11 st	Observation av leanspel 1 st	Föreläsningar 2 st
För att få djup inblick i implementeringen av lean på olika delar av USiL	För att studera och få ökad förståelse för lean i sjukvården och hur det lärs ut på USiL	För att få en bild av vad som ska göras, vad som har gjorts och vilka resultat som har uppnåtts med lean på USiL

Figur 2: Modell över vårt insamlade empiriska material.

2.4.1. Intervju och val av respondenter

Vårt tillvägagångssätt vid insamling av det empiriska materialet har främst bestått av kvalitativa forskningsintervjuer, en form av samtal som syftar till att samla in information och vars främsta karaktäristik är öppenhet. Metoden betonar respondenternas uppfattningar, synsätt samt deras tolkningar av verkligheten i en specifik miljö vilket gör den lämplig för vårt syfte, att få en bild av och förståelse för lean i sjukvården (Bryman & Bell 2003, s. 298, 361). Valet av denna metod baseras också på dess flexibilitet och att den ger intervjupersonen möjlighet att svara fritt, vilket passade studiens ansats då vi ville fånga upp intressant material i den specifika kontexten.

Vi inledde vårt insamlade av empiriskt material med ett studiebesök på avdelningen lean support på strategiska staben på USiL där vi träffade organisationsstrateg Åsa Hägglin som vi hade fått kontakt med via mail. Hon berättade om införandet och arbetet med lean på USiL. Eftersom vi vid detta tillfälle inte hade utarbetat ett specifikt syfte med vår studie var intervjun ostrukturerad och respondenten fick stor frihet att berätta och styra intervjun själv. Intentionen med intervjun var att få inspiration och en inblick i arbetet med att införa lean i sjukvården.

Vi har valt att, utöver den ovan nämnda intervjun, utföra elva stycken kvalitativa, semistrukturerade intervjuer med personer på olika nivåer och med olika professioner i organisationen, för att kunna besvara frågeställningen och bidra med kunskap om

implementeringen av lean i sjukvården (se Bilaga). Vi har valt att låta medarbetarna vara anonyma för att de skulle känna att de kunde uttala sig helt fritt.

Vi började med att intervjua två personer som är ansvariga för varsitt pilotprojekt med lean, dels avdelningschefen på Ortopeden 12 och dels enhetschefen för enhet 3 BUP. Intervjuerna ägde rum på respektive chefs arbetsplats och de tog vardera cirka två timmar. Kontaktuppgifter till de som var först ut med införandet av lean och således de som har längst erfarenhet förmedlades av organisationsstrategen Hägglin på lean support. Urvalet har baserats på personlig kännedom och kan ses som ett målinriktat, icke-sannolikhetsurval, med målet att upptäcka, förstå och få insikt om lean i sjukvården (jfr Merriam 1999, s.61-63). Vi har också intervjuat personal som dagligen arbetar med patienterna på vårdavdelningen och mottagningen. Även dessa intervjuer ägde rum på respektive arbetsplats, men var kortare och pågick i cirka trettio minuter. Vi har träffat två sjuksköterskor och två undersköterskor från Ortopeden 12 samt en skötare tillika biträdande enhetschef och en sjuksköterska från ADHD-teamet på BUP. Urvalet skedde främst med hjälp av avdelningscheferna men även slumpmässigt på så sätt att vi intervjuade de medarbetare som hade tid under dagen då vi var på plats på avdelningen. Även verksamhetscheferna för respektive verksamhet har intervjuats för att se hur cheferna uppfattar och förhåller sig till lean. Intervjustudien avslutades med en cirka två timmar lång intervju med Hägglin, samma organisationsstrateg som vi inledde intervjustudien med. Syftet var att göra en mer strukturerad intervju utifrån intervjuguide med personal från den strategiska staben och lean support. Samtidigt ville vi också fånga upp och få svar på de frågor som övriga intervjuer hade väckt under arbetets gång.

Inför intervjuerna sammanställde vi intervjuguides som kom att vara utgångspunkt för intervjuerna. Intervjuguiderna anpassades utifrån intervjupersonens roll och frågorna delades in mer eller mindre tematiskt efter de teoretiska föreställningar som ligger till grund för undersökningen och analysen (jfr Kvale 1997, s.121). Våra intervjufrågor byggdes upp kring teman så som den svenska sjukvårdens organisation och struktur, lean som teori, lean i praktiken samt ledarskap. Metoden vi använde tillät oss att ändra ordningen på frågorna och möjliggjorde att vi kunde lägga till följdfrågor eller nya frågor som dök upp under intervjuens gång. Intervjupersonerna gavs utrymme att svara fritt och fick stor frihet att fördjupa svaren på frågor som *Vad innebär lean för dig?*, *Vilket är ditt mål med lean?* och *Hur ser du om medarbetarna har tagit till sig och förstått lean?*. De fick berätta om det som de upplevde som betydelsefullt samt svara helt med sina egna ord, vilket gjorde våra intervjuguides flexibla. (jfr Bryman & Bell 2003, s.361-364; Patel & Davidson 2003, s.71-82). Våra intervjuer kan därmed klassificeras som semistrukturerade, kvalitativa forskningsintervjuer,

en teknik som fokuserar på bestämda teman men som kombinerar den strukturerade och den ostrukturerade metoden. För att undvika risken att påverka intervjupersonernas åsikter eller på annat sätt styra intervjun valde vi att inte berätta om vår exakta forskningsfråga för intervjupersonerna (jfr Kvale 1997, s.34-35). Vi nämnde enbart att vi studerar vid Lunds universitet och att vi gjorde en studie om lean i sjukvården.

För att garantera att intervjuerna i stort sett täckte in samma sak valde vi att alla tre delta vid samtliga intervjuer. Vi förde alla noggranna anteckningar och valde att förlita oss på dem, istället för att spela in intervjuerna vilket skulle ha kunnat öka maktasymmetrin och känslan av att vara i utsatthet för intervjupersonerna (jfr Kvale 1997, s.118; jfr Bryman & Bell 2005, s.139). Risken att något har gått förlorat kan dock minska tillförlitligheten i studien (jfr Bryman & Bell 2005, s.374-375), men då vi var intresserade av vad som sades och inte hur det sades anser vi att våra anteckningar är tillförlitliga. Direkt efter intervjuerna pratade vi igenom och jämförde våra anteckningar för att säkerställa att vi hade uppfattat respondenten på samma sätt vilket vi också tror hjälpte oss att minnas och öka den interna reliabiliteten (jfr Bryman & Bell 2005, s.306; Kvale 1997, s.121). Vi valde sedan att skriva rent några intervjuer var och därefter fick de andra komplettera dessa, vilket minskade risken för att något skulle gå förlorat.

2.4.2. Observation

Vi har utfört en observation av ett leanspel för att få ökad förståelse för lean, införande av lean i sjukvården samt hur USiL lär ut lean till sina medarbetare. På USiL används ett så kallat leanspel i utbildningssyfte med målet att medarbetarna ska få en gemensam förståelse för leanmetoder och verktyg, samspelet mellan dessa metoder och betydelsen av turordning i implementering av lean. I dagsläget har cirka 1200 medarbetare deltagit i spelet. Leanspelet är en spelbaserad utbildningsform där kontexten är hämtad från industrin. Spelet visar hur ett företag kan arbeta smartare genom att ta bort spill i produktionen, det som inte tillför något kundvärde. Produktionen simuleras med hjälp av legobitar och deltagarna får olika roller så som kund, planerare, kvalitetskontrollant, montör etcetera. Spelet pågår i 5-6 rundor och efter varje runda mäts ett visst antal nyckeltal och deltagarna får diskutera vad de kan förbättra efter varje omgång. Mellan de olika omgångarna går spelledaren, som är personal från lean support, också igenom teorier kring lean och deltagarna får göra jämförelser och kopplingar till sin egen verksamhet.

Vi observerade ett leanspel på USiL som spelades av åtta medarbetare med olika professioner så som läkare, avdelningsansvarig sjuksköterska, sjuksköterskor och medicinska

sekreterare. Vårt förhållningssätt vid observationen var icke deltagande och vi var således helt utanför det aktuella händelseförloppet. Observationen var öppen, det vill säga att både lean support och de som spelade var underrättade om att observationen ägde rum samt vilka vi var men nämnde ingenting om forskningsfrågan (jfr Merriam 1999, s.106-109). Vi ville med observationen samla in information om beteendet hos medarbetarna och skeenden i samband med utbildning av lean. Med det menar vi fysiska handlingar, men även aspekter så som medarbetarnas verbala yttranden, relationer mellan individerna, känslouttryck etcetera (jfr Patel & Davidson 2003, s.87). Som observatörer kunde vi också uppfatta saker som en person kanske inte skulle berätta i en intervju, till exempel saker som blivit rutin för dem och som de inte är medvetna om (jfr Merriam 1994, s.102). Våra observationer registrerades noga genom att alla tre observatörer förde fältanteckningar för att öka tillförlitligheten.

I samband med intervjuerna på Ortopeden 12 utförde vi också en observation av avdelningens leantavla i fikarummet. Avdelningsansvarig på Ortopeden 12 förklarade tavlans innehåll och hur de arbetar med den. Observationen av leantavlan var av stor vikt för oss då den tydliggjorde mer konkret hur de arbetar med visuell styrning inom lean.

2.4.3. Föreläsningar

För att inhämta mer kunskaper om lean i sjukvården och få förståelse för implementeringen av lean på USiL har vi lyssnat på två föreläsningar med Magnus Lord, strategichef på Universitetssjukhuset i Lund. Den första var en knapp timmes föreläsning på PLAN-konferensen som vi nämnde ovan. Den andra var en öppen, två timmar lång, föreläsning på USiL som förklarade bakgrunden till lean inom sjukvården, hur lean kan gynna sjukvården samt hur de konkret och praktiskt arbetar med lean på USiL. Under föreläsningen nämndes att strategiska staben anser att denna öppna föreläsning på USiL är den första frivilliga introduktionen till lean för personalen och efter den följer leanspelet.

2.5. Övrigt material

Övrigt material som vi har använt för att få en överblick över implementeringen av lean på USiL och på så sätt göra en beskrivning är bland annat Lundajournalen, en tidning för medarbetare vid USiL. Genom tidningarna har vi tagit del av det interna nyhetsflöde som berört lean i sjukvården. Vi har även fått utbildningsmaterial i form av OH-presentationer från en av verksamhetscheferna, material som han använder i utbildning av personalen. Slutligen har vi tagit del av elektroniska dokument från USiLs hemsida, skrivna av strategichef Magnus Lord. Dokumenten är inte av vetenskaplig karaktär utan beskriver resultaten av USiLs leanarbete.

Vi har också samlat in material från elektroniska dokument som beskriver sjukhusets verksamhet generellt. Det övriga materialet ligger främst till grund för vår beskrivning av vad som praktiskt har skett på USiL.

2.6. Relationen mellan teori och empiri

Vår studie kan i sin helhet beskrivas som abduktiv, vilket innebär att vi som forskare tog oss in i empirin genom teoretiska förevisningar och efterhand fortsatte att utveckla den valda teorin (jfr Alvesson & Sköldbäck 1994, s.41-47). Tillvägagångssättet medförde att vår befintliga teori fick styra vilken information som samlades in, hur denna tolkades samt hur resultaten relaterades till teorin (jfr Patel & Davidson 2003, s.23). Valet av metod grundades på att vi i förväg hade bestämt oss för att undersöka ett specifikt ämne, lean och våra teorier var därmed delvis förutbestämda. Samtidigt ville vi inte låta teorierna styra arbetet fullt ut, utan låta empirin och verkligheten styra studiens innehåll. Vi ville vara öppna och mottagliga för de resultat som framkom från den specifika kontext vi har valt att utföra fallstudien i för att kunna besvara vår forskningsfråga. Vi har följaktligen i efterhand reviderat och förbättrat teoriavsnittets innehåll för att anpassa det till studiens empiriska material.

Både det teoretiska materialet om lean, lean healthcare och sjukvårdens karaktär samt det empiriska materialet vi samlade in, strukturerade vi i en modell (se figur 5). Analysmodellen är inte anpassad för någon specifik kontext och således inte för sjukvården. Vi har inte samlat in vårt empiriska material utefter modellen utan enbart valt att använda den för att strukturera allt material, såväl teoretiskt som empiriskt, för att tydliggöra för läsaren. De synliga faktorerna verktyg, tekniker och processer har vi redogjort för i vår teoretiska referensram för att skapa en grundläggande förståelse för lean. Vi har också till viss del beskrivit det praktiska arbetet på USiL utan att vidare analysera detta eftersom det enbart är en bakgrund till vår analys. För att svara på vår frågeställning valde vi sedan att analysera de möjliggörande faktorerna djupare, vilket resulterade i en figur över implementeringen av lean på USiL. Denna växelverkan av empiri och teori visar således att vi har använt oss av abduktion.

2.7. Studiens tillförlitlighet och generaliserbarhet

För att öka studiens validitet har vi använt triangulering vid insamlingen av det empiriska materialet, det vill säga att vi har använt olika empiriska källor för att styrka det som framkommer i studien. Materialet har erhållits genom intervjuer, observationer samt föreläsningar och därefter har dessa vägts samman i analysen för att skapa en så bred och fyllig

bild som möjligt samt för att styrka och konfirmera vissa mönster, dimensioner, beteenden, ställningstaganden och problem (jfr Yin 2003, s.97-98; Bryman & Bell 2005, s.307-309). Med syfte att öka tillförlitligheten i vår studie har vi intervjuat personal inom olika verksamhetsområden och på olika nivåer i organisationen. På så sätt har vi kunnat bekräfta respondenternas samsyn men också fånga meningsskiljaktigheter.

Vår studie kan ha påverkats av att de verksamheter där våra empiriska studier har utförts har varit frivilliga pilotprojekt, vilket medför att dessa enheter och dess personal sannolikt redan från början har varit intresserade av lean och har haft en positiv inställning till förändringen. Huruvida de är representativa för hela sjukhuset kan därmed ifrågasättas. Samtidigt vill vi hävda att vårt resultat och vår modell går att generalisera till andra svenska sjukvårdsorganisationer eftersom vi anser att det empiriska materialet är representativt för den svenska sjukvårdskontexten som i stort sett är uppbyggd och fungerar på samma sätt överallt. Därmed menar vi att vår framtagna modell över de möjliggörande faktorernas funktion vid implementering av lean på USiL kan appliceras på andra offentliga sjukvårdsorganisationer.

USiL har inte arbetat med lean under någon längre tid, utan endast ett år och vi är därmed medvetna om att det finns en risk i att respondenterna relativt nyligen utbildats i lean vilket kan göra att de pratar om hur lean borde vara, snarare än hur det verkligen ser ut på USiL (jfr Bryman & Bell 2005, s.158). Deras syn är antagligen också påverkad av pilotprojektens positiva framgångar och resultat eftersom dessa förmedlas på föreläsningar och vid utbildning av medarbetarna.

3. TEORETISK REFERENSRAM

I vår teoretiska referensram redogör vi först för begreppet lean, hur det har växt fram, vad det har stött på för kritik och hur det bör behandlas. Vi presenterar slutligen en analysmodell samt hur vi använder den som ram i vår avhandlande del, kapitel 4.

3.1. Begreppet lean växer fram

Lean har sina rötter i innovationer som utvecklades på de japanska fabriksgolven under tidigt 1950-tal och då främst i Toyotas produktionssystem. På grund av hård inhemsk konkurrens på bilmärknaden och bristande resurser utvecklades metoder för kundfokuserad produktion som betonade problemlösning och respekt för de anställda. Filosofin bakom arbetssättet går ut på att åstadkomma ekonomiska förbättringar genom att reducera slöseri, så kallat *muda* (Hines, Holwe & Rich 2004). Slöseri definieras som all aktivitet som tar upp resurser och därmed ökar kostnader utan att tillföra något värde till kunden (Womack & Jones 2003, s.15). Enligt Toyota finns det sju typer av slöseri i form av överproduktion, väntan, onödiga transporter, onödigt eller felaktigt utfört arbete, onödigt stora lager, onödiga rörelser och förflyttningar, misstag och korrigeringar samt outnyttjad kreativitet (Liker 2004). Toyotas produktionssystem var dock i första hand ett system inriktat på personalen som skulle arbeta med kontinuerlig förbättring, så kallat *kaizen*. Grundstenarna var därför ledarskap och empowerment genom utbildning och praktik. Total quality management, TQM, är nära besläktat med lean och har också sina rötter i denna japanska kvalitetesevolution där Toyota var pionjärer (Dahlgaard & Dahlgaard-Park 2006, s.266).

Västvärlden började intressera sig för Toyotas prestationer först mot slutet av 1980-talet då International Motor Vehicle Program vid Massachusetts Institute of Technology utförde benchmarking mellan västerländska och japanska biltillverkare för att undersöka de japanska tillverkarnas, framförallt Toyotas, försprång. Resultatet publicerades 1990 i boken *The Machine that Changed the World* av Womack, Jones och Roos. I boken myntades termen lean production eller lean manufacturing som ett system som har till syfte att använda färre resurser jämfört med traditionell massproduktion (Hines et al. 2004; Kollberg & Dahlgaard 2007; Womack et al. 2007). Författarna utvecklade konceptet ytterligare i *Lean Thinking* 1996, i vilken lean utökades och kom att inkludera inte bara tillverkningen utan hela organisationen. I figur 3 nedan presenteras de fem principer, för att minska slöseri och bygga en organisation som präglas av lean thinking, som presenteras i boken.

1. Identifiera kundvärde	identifiera vad som är värdeskapande utifrån kundens perspektiv
2. Identifiera värdeflödet	kartlägg alla steg i värdeflödet för varje enskild produkt eller service för att kunna identifiera och eliminera slöseri
3. Skapa flyt i värdeflödet	organisera så att de värdeskapande aktiviteterna kan utföras utan avbrott, väntan och omvägar
4. Använd "pull"-teknik	producera enbart det som efterfrågas av kunden
5. Sträva mot perfektion	genom att kontinuerligt ta bort slöseri när det upptäcks

Figur 3: Fem principer för lean thinking (Utifrån Womack & Jones 2003).

Womack och Jones (2003) framhåller att principerna interagerar med varandra i en cykel, exempelvis synliggör ett snabbare värdeflöde mer muda, liksom pull-principen synliggör hinder i värdeflödet (s.25-26). Vidare menar författarna att lean thinking är "lean", vilket betyder smal, nedbantad, eftersom det är ett sätt att göra mer med mindre och samtidigt komma närmare att erbjuda kunder exakt vad de vill ha. Samtidigt ska den omedelbara feedbacken på om slöseri har övergått till värde göra att lean thinking ger bättre jobbtillfredsställelse. Författarna menar att lean är ett sätt att skapa nya arbetssätt, snarare än att effektivisera genom att ta bort arbete (Womack & Jones 2003, s.15).

Idag är lean ett väletablerat managementkoncept i många tillverkningsorganisationer och det finns framgångssagor både i den privata och i den offentliga sektorn (Kollberg & Dahlgaard 2007). Under åren har lean spridit sig och implementerats i andra typer av verksamheter och organisationer utanför produktionssektorn, däribland sjukvården. Konceptet lean har därmed utvecklats från att i början av 1990-talet betona kvalitet för att sen även inbegripa kostnader och leverans under slutet av 1990-talet, till att nu på 2000-talet fokusera på kundvärde och värdesystem. I takt med att lean gör intåg på nya områden fortsätter konceptet att utvecklas (Hines et al.2004, s.996).

Fenomenet lean har stött på kritik, men i takt med att lean har utvecklats och introducerats på nya områden så har kritiken förändrats. Under de första åren ansågs lean vara alltför inriktat på systemtänkande och låst till biltillverkningen, men i början av 1990-talet menade kritikerna också att lean innebar exploatering av arbetare. Enligt Womack med flera (2007) är lean tänkt att eliminera den stress som var associerad med massproduktion och istället skapa ett motiverande arbetsklimat, men vissa ställer sig kritiska till detta och menar

att det handlar om intensifierad massproduktion eller så kallad neo-taylorism. Dock är det många faktorer att ta hänsyn till och hur lean implementeras kan variera mycket eftersom lean inte är något enhetligt produktionskoncept, varken i design eller implementering. Därmed är det svårt att generellt fastställa att lean har negativa konsekvenser för personalen (Parker 2003). På senare år har andra svagheter i lean pekats ut, så som svårigheter att hantera variation, att integrera processer och strategier och att förstå kundvärde. Nyckelaspekter av kritiken i dag berör den mänskliga aspekten, svårigheten att förutse efterfrågan och hantera variation samt det snäva strategiska perspektivet på fabriksgolvet (Hines et al. 2004).

3.2. Lean som filosofi, inte metod

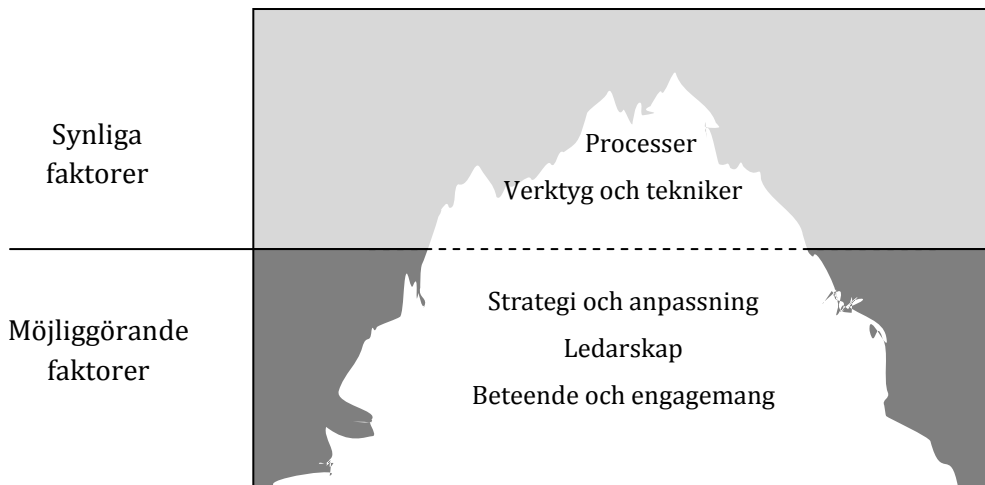
Womack och Jones (2003) beskriver lean som en filosofi som ska införas i hela organisationen och leanprinciperna ska därmed antas i hela värdekedjan. Ballé och Régnier (2007) menar att lean blir framgångsrikt först om förståelse finns för att det är en filosofi och inte en verktygslåda och det krävs ett systemtänkande för att lean ska få fäste i organisationskulturen. Trots att många företag har kunskap om leanverktygen och -teknikerna stöter ett stort antal företag som försöker implementera lean på svårigheter i form av otillräcklig planering, ledning och riktning för arbetet samt svårigheter att genomföra förändringarna i rätt ordning (Bhasin & Burcher 2006). Andra barriärer för en framgångsrik implementering är avsaknad av kundfokus och strategisk riktning, för många procedurer och mål, stuprörsprincipen¹ samt övertygelse om att personal är överbelastad och underbetald (Radnor & Walley 2008). För att förstå lean som helhet och kunna använda rätt verktyg och strategier för att skapa kundvärde är det enligt Hines med flera (2004) viktigt att förstå att lean existerar på två nivåer; den strategiska, att förstå värde och den operationella, att eliminera slöseri. Både den operationella och den strategiska nivån behövs för att lean ska bli långsiktigt (Hines et al. 2004, s.1007).

3.3. Analysmodell

För att förstå implementeringen av lean och hur kvalitetsfilosofin kan få långsiktigt fäste i en organisation kan det enligt Hines, Found, Griffiths och Harrison (2008) underlätta att visualisera den med en modell av ett isberg. *Processer, verktyg och tekniker* är synliga ovan vattenytan, men den största delen av isberget som utgör den stabila grunden är osynlig under

¹ Stuprörsprincipen = avsaknad av sammanhang, att bara kika i sitt stuprör och inte se någonting utanför detta.

ytan och består av de möjliggörande faktorerna *strategi och anpassning, ledarskap* samt *beteende och engagemang* (se figur 4).



Figur 4: Isbergsmodellen av lean.

(Vår översättning av "The Lean Iceberg Model" av Hines, P., Found, P., Griffiths, G. & Harrison, R. (2008). *Staying Lean. Thriving, not surviving*. Lean Enterprise Research Center. Cardiff Business Technology Center, Cardiff University).

Författarna menar att det är viktigt att förstå att alla isbergets komponenter måste finnas på alla nivåer i organisationen. Komponenterna är ömsesidigt beroende av varandra, exempelvis kan en effektiv strategi och anpassning enbart förmedlas genom ett starkt ledarskap som i sin tur bara kan genomföras i en positiv organisationskultur som är mottaglig för lärande och förbättring (Hines & Lethbridge 2008, s.54). Hur implementeringen går till bestäms av en organisations specifika karaktär, så som strategi, struktur, kultur, mål och förmåga att lära, liksom vad den tillhandahåller, hur den är utformad, vilken utrustning som finns etcetera (Hines et al. 2008, s.17).

3.3.1. Synliga faktorer

De synliga faktorerna vid implementeringen av lean, det vill säga processer, verktyg och tekniker, påverkar och växelverkar med de möjliggörande faktorerna under vattenytan. En "lean" organisation är organiserad runt nyckelprocesserna och arbetar ständigt med förbättring av dessa. Det är enligt Hines med flera (2008) viktigt att tydliggöra nyckelprocesser och hur dessa designas och optimeras för att leverera värde till kunden (s.47). När nyckelprocesserna är identifierade gäller det att skapa ett jämnt flöde genom metoder som JIT (just in time), utjämning av produktionen och skapande av arbetskraftsteam som besitter många färdigheter (Kollberg & Dahlgaard 2007). Arbetet kan behöva omorganiseras för att minska misslyckande eller att långa väntetider uppstår (Womack & Jones 2003, s.21-24).

Bland de synliga faktorerna finns också upp mot hundra olika leantekniker och

-verktyg med olika fokus (Lindgaard Laursen et al. 2003, s.2). Enligt Hines med flera (2008) är det viktigt att använda rätt mix av tekniker och verktyg samt att använda dem utifrån kunden, organisationen och personalens behov för att nå förbättringar i frontlinjen (s.84). Kaizen är en grundläggande teknik i lean som innebär att kontinuerligt arbeta med små förbättringar i verksamheten för att förbättra kvalitet, kostnad, leverans och design (Bhasin & Burcher 2006, s.57). Verktyg som involverar personal och får dem att känna empowerment, exempelvis 5S, visuell styrning och problemlösning, är centrala (Hines et al. 2008, s.68).

Om information är tillgänglig och synbar upptäcks problem tidigare och förbättringar kan både genomföras och övervakas lättare vilket gör visuell styrning till en viktig teknik i lean (Hines et al. 2008). Att kartlägga och rita upp värdeflöden i detalj för att tydliggöra helheten och synliggöra samt avlägsna slöseri och icke värdeskapande aktiviteter är en del av den visuella styrningen (Bhasin & Burcher 2006, s.57). Det är även vanligt att använda en så kallad leantavla där bland annat mål, resultat och kvalitetsbrister sätts upp (Börnfeldt 2006, s.41). Andra tekniker som används är bland annat att all tillverkning sker i ”celler” då det är väsentligt att gruppera alla resurser som krävs för att tillverka en produkt nära varandra för att reducera transport, vänte- och processtid (Bhasin & Burcher 2006, s.57).

5S används tillsammans med visuell styrning för att reducera oordning och ineffektivitet som råder på den typiska arbetsplatsen. I figur 5 nedan redogörs för de 5S:en. Praktiskt handlar 5S om god hushållning, att hålla ordning och reda, men på en högre nivå är det också det första steget till att förbättra produktiviteten (Hines et al. 2008, s.68).

Sortera (<i>Seiri</i>)	vad som är nödvändigt och avlägsna onödiga saker och onödigt material från arbetsplatsen.
Systematisera (<i>Seiton</i>)	efter vad som används ofta så att det blir lättillgängligt. Märk saker och material och placera på uppmärkta platser så att avvikelser syns tydligt.
Städa (<i>Seiso</i>)	så att all utrustning är i det bästa möjliga skick. Rengör arbetsplatsen och utrustningen.
Standardisera (<i>Shitsuke</i>)	rutinerna för arbete samt utrustning. Skapa regler och rutiner för att upprätthålla 5S-ordning och reda.
Se till (<i>Seiketsu</i>)	att ordningen hålls och att regler och rutiner följs och förbättras.

Figur 5: 5S (Utifrån Esain, Williams & Massey 2008, s.21).

3.3.2. Möjliggörande faktorer

Alla de möjliggörande faktorerna i modellen (se figur 4) måste tas i beaktan för att en framgångsrik implementering ska kunna genomföras och för att arbetet med lean ska bli långvarigt i en organisation. Den möjliggörande faktorn *Strategi och anpassning* innebär att det ska finnas en strategi som är anpassad till den specifika verksamheten på olika sätt och som beskriver vad som ska göras och varför detta är viktigt (Hines et al. 2008, s.9). Utgångspunkten för strategin är kundens definition av värde (Womack & Jones 2003). Både strategi och problem ska spridas så att alla får ta del av dem och skapar sig en förståelse för organisationen som helhet. Vidare ska vision och tydliga mål kommuniceras och brytas ner i handlingsplaner i hela organisationen, vilket kräver viss stabilitet (Hines et al. 2008, s.21). Inte bara lean utan även språkbruk och verktyg ska anpassas till den aktuella verksamheten (Husby 2007) och det är även viktigt att följa upp att strategin fungerar och att riktningen hålls (Hines et al. 2008, s.24).

En annan möjliggörande faktor är *Ledarskap* då ledaren ska tro på lean, inspirera i ord och handling och staka ut riktningen för förbättringsarbetet (Hines et al. 2008, s.9). Ledaren måste tillåta alla i organisationen att ta del av strategin och delta i förändrings- och förbättringsarbete så att de får en känsla av empowerment, samt respektera och utmana sin personal att sträcka sig lite längre (Dahlgaard & Dahlgaard-Park 2006, s.274). Ledaren i lean är något av en mentor och coach vilket kräver en viss teknisk kunskap om verksamheten (Husby 2007, s.44), men framförallt kunskap om ”där det händer”, så kallat *gemba* (Hines et al. 2008, s.29). Hines med flera (2008) menar att det ofta är ledarskapet som är otillräckligt när lean inte får fäste i en organisation (s.26).

Implementeringens framgång bestäms också av den möjliggörande faktorn *Beteende och engagemang*. En människas beteende och engagemang är frivilligt och influeras av hennes värderingar, attityder och intentioner vilket påverkas av hur organisationen utbildar och kommunicerar med henne (Hines et al. 2008, s.9-11). Motivation för förbättring är viktigt och incitament och verktyg som ger snabba resultat behövs vid implementeringen av lean (Womack & Jones 2003, s.26). Medarbetarna måste också förstå vad de får ut av förbättringen (Hines et al. 2008, s.34-35) och för att underlätta förbättringsarbetet ska kulturen präglas av lärande miljö och kontinuerlig förbättring (Bhasin & Burcher 2006, s.58).

3.3.3. Hur vi använder analysmodellen

Vi anser att figur 4 ovan fångar komplexiteten i lean och tydliggör hur viktigt det är att fokusera på mer än bara processer, verktyg och tekniker för att lean ska bli en filosofi i

organisationen. Figuren, som inte är anpassad för någon specifik bransch, utgör därför studiens analysmodell och ligger till grund för vår analys av implementeringen av lean i sjukvården. För att svara på vår frågeställning, *hur fungerar implementeringen av lean i sjukvården och vad är avgörande för att kvalitetsfilosofin ska få fäste i organisationen*, har vi valt att lägga fokus på det som är kritiskt för långsiktighet, nämligen de möjliggörande faktorerna. I vår avhandlande del samlar vi ytterligare teoretiskt material om lean, lean healthcare och sjukvården tillsammans med empiriskt material från USiL och analyserar detta under huvudrubrikerna strategi och anpassning, ledarskap samt beteende och engagemang. Vi har även valt att dela in dessa stycken i underrubriker framförallt utifrån teoretiska teman i de möjliggörande faktorerna. Vår utgångspunkt Service Management återkommer i den avhandlande delen och kommer att ligga som ett filter igenom hela analysen. Således använder vi dels vår teoretiska referensram och utgångspunkt, men framförallt fördjupade teoretiska resonemang utifrån de möjliggörande faktorerna i analysmodellen för att kunna svara på vår frågeställning och bidra med ökad kunskap om implementeringen av lean i sjukvården utifrån ett tjänsteperspektiv. Vi har även valt att kort beskriva vad USiL praktiskt har gjort i sitt leanarbete på de pilotprojekt vi studerade för att tydliggöra vad våra vidare resonemang i analysen bygger på.

4. IMPLEMENTERINGEN AV LEAN PÅ USiL

I detta avhandlande kapitel redogör vi först för resultat av det praktiska arbetet med lean på USiL. För att kunna svara på vår frågeställning, hur fungerar implementeringen av lean i sjukvården och vad är avgörande för att kvalitetsfilosofin ska få fäste i organisationen, analyserar vi sedan vår empiri med hjälp av teoretiska resonemang utifrån de möjliggörande faktorerna i analysmodellen; strategi och anpassning, ledarskap samt beteende och engagemang och tidigare presenterade utgångspunkt Service Management. Vi presenterar därefter vår slutsats i form av en modell över implementeringen av lean i den svenska sjukvården.

4.1. Bakgrund om vad som har skett på USiL

Ortopeden 12 startade i oktober 2007, som första vårdavdelning på USiL, med lean. De har startat med små förbättringar som ger snabba resultat. En av de andra leanpiloterna var ADHD-teamet på BUP som arbetar med utredningar och behandlingsinsatser. Teamet etablerades i september 2006 och året efter startades det stora förändrings- och förbättringsarbetet med lean där den största utmaningen låg i att få ner väntetiderna (Edberg 080422). Tydligt i vår studie är att ADHD-mottagningen på BUP har fokuserat på att förbättra patientflöden och processer, medan vårdavdelningen Ortopeden 12 främst arbetar med verktyg som 5S. För att lägga en grund för vår analys av de möjliggörande faktorerna gör vi nedan en beskrivning, utifrån vårt samlade empiriska material, av vad som praktiskt har genomförts på de båda pilotprojekten.

4.1.1. ADHD-teamet på BUP

Det första ADHD-teamet gjorde i förbättringsarbetet var att titta på vad de hade för tidstjuvar. Mottagningen har därefter förändrat sättet att utreda så att utredningen nu bara tar sex veckor mot tidigare tre till fyra månader. Som en följd av detta har teamet färre individer i flödet samtidigt, fem till sju personer istället för 45. Personalen har färre patienter att hålla reda på samtidigt vilket innebär mindre belastning. De träffar också patienterna tätare och har på så vis mer koll. Vidare kartlade och diskuterade teamet sitt patientflöde för att kunna balansera och eliminera de moment i utredningen som var ”proppar” som stoppade upp, bland annat gick mycket tid till psykologen. Tiden analyserades och teamet gick igenom vilka professioner och personer som skulle kunna göra vad. De frågade sig vad som måste göras utifrån lagar och regler och vad som görs utifrån tradition. Därefter justerade de arbetsmomenten exempelvis så att en skötare tog över vissa test som psykologen tidigare hade

utfört vilket resulterade i ett bättre flöde. För att flödet inte ska behöva stanna om någon blir sjuk såg de till att dubblera personalens kunskaper så att någon alltid kan rycka in på de olika posterna. De minskade också antalet gånger föräldrarna behövde komma till mottagningen genom att utföra föräldrasamtal och test på barnen parallellt (Edberg 080414).

Medarbetarna på mottagningen har också skapat struktur så att alla i organisationen har tillgång till väntelistan som uppdateras kontinuerligt. Patienter som vill veta var i listan de står kan således direkt få reda på var i listan de står när de ringer, istället för att behöva slussas runt mellan olika personer (Åsberg Lundajournalen, 2007, nr.4). ADHD-teamet såg även över sina återbud, vilka utgjorde mycket spilltid då de uppgick till 20-25 %. Patienten får numera ett körschema sju veckor i förväg med alla datum och en komplett beskrivning av vad som ska göras under hela utredningen. På så sätt kan de i god tid meddela om en tid inte passar. ADHD-teamet ligger tack vare detta system långt fram i planeringen och har numera kontroll över återbud så att överblivna tider kan utnyttjas till nya patienter. Det finns även en reservlista för patienter som är beredda att ta tider med kort varsel, vilket minskar risken för spilltid än mer (Edberg 080414).

4.1.2. Ortopeden 12

På Ortopeden 12 har leanarbetet fokuserat på saker medarbetarna kan påverka här och nu och därmed har de startat med små förbättringar som ger snabba resultat och sparar tid. Efter tre veckor med lean hade Ortopeden 12 lyckats frigöra tid motsvarande en halv sjuksköterska, på endast fyra personer (Lord 2007a).

Ortopeden 12 såg 5S-metoden som det mest användbara verktyget för sin verksamhet. De har ”5S:at” i stort sett hela avdelningen och på så sätt fått ordning och reda genom att ha städat förråd och reception, endast ha relevant material framme, att märka upp var saker hör hemma samt att inte utföra något dubbelarbete. Ett av de mest framgångsrika och uppskattade leanprojekten var att se över flödet vid preoperativ tvättning i säng. Förut var alla saker som behövdes inför detta moment utspridda, vilket gjorde att mycket tid varje dag gick åt till att springa och leta och samla ihop allt. Nu har de en förberedd duschvagn där de har samlat allt som behövs så att de slipper leta, vilket har sparat mycket tid för personalen (Persson 080417). En annan rutin som har införts är att en undersköterska arbetar heltid i receptionen måndag till fredag och tar emot samtal och dylikt, vilket frigör tid från resterande i teamet (Sjuksköterska Ortopeden 12, 080417).

I fikarummet finns en så kallad leantavla på vilken alla medarbetare kan skriva upp förslag på vad de tillsammans ska arbeta med att förbättra. Avdelningschefen bedömer där-

efter idéerna och avgör tillsammans med personalen vilka som ska genomföras. Den som har gett förslaget blir därefter ansvarig att samla ihop en till två medarbetare att dela ansvaret för leanprojektet med. Tillsammans gör de en projektplan och ritar eventuellt upp ett aktivitetsflöde, sätter upp en tidsram för delprojektet så att förändringen och förbättringen kan genomföras. Alla medarbetare på avdelningen har ett egenansvar och måste hålla sig uppdaterade genom att ha koll på leantavlan och de aktuella delprojekten. Projekten finns kvar på tavlan i cirka en månad efter att de är genomförda för att alla ska ha chansen att se dem. Därefter förs de över i en meritlista över avklarade förbättringsprojekt (Persson 080417).

4.2. Strategi och anpassning

Hines med flera (2008) menar att en möjliggörande faktor (se figur 4) är en strategi som är anpassad till den specifika verksamheten och som uttrycker vad som ska göras och varför detta är viktigt. Strategin ska utgå från kundens definition av värde, innehålla tydliga mål och måste kommuniceras och brytas ner i hela organisationen och följas upp. Det krävs också förståelse och viss stabilitet i organisationen för att strategin för lean ska fungera (Hines et al. 2008, s.9-11).

4.2.1. Kundvärde

När jag sa att ingen av oss har något jobb om inte patienterna kommer så blev de [läkarna] helt ställda. /.../ Hade man behandlat kunder så som vi gör i sjukvården så hade man inte funnits kvar som företag, men samtidigt finns det där oerhörda fokuset på att göra gott.

Citatet av verksamhetschef Gustavsson på Ortopeden visar att det i sjukvården finns en tradition att ta patienterna för givna. Att sjukvården aldrig har behövt göra någon ansträngning för att få kunder, eftersom det som verksamhetschefen sa: *Inte bara går att byta sjukhus*, gör sannolikt att det inte är helt naturligt att identifiera kundvärde i denna kontext. En första utmaning vid implementeringen av lean är dock att identifiera vilka kunderna är och vilka behov de har (Womack & Jones 2003, s.16-18). Kunden måste stå i fokus när värde specificeras och skapas, och med kundens behov som utgångspunkt ska konkreta krav och mål med verksamheten identifieras (Kollberg & Dahlgaard 2007, s.13). Vidare menar Gustavsson:

I sjukvården finns också attityden 'vi behöver ju inte fråga, vi vet ju att vi är bra'. Patienterna är inte vana vid att bli tillfrågade, traditionellt är de glada för vad som

står till buds. /.../. Det behövs stor respekt för det i början, att båda parter är ovana vid det.

Uttalandet ovan tyder på att det i sjukvården inte finns någon tradition av att fråga patienten vad den verkligen vill ha, vilket är nödvändigt för att kunna skapa en tjänst av bra kvalitet. Värde definieras således inifrån och ut och inte utifrån och in som tjänsteperspektivet förespråkar (jfr Grönroos 2005). Om en organisation försöker skapa värde utan att veta vad kunden vill ha finns en risk att enbart oönskade egenskaper läggs till (Hines et al. 2008). Så länge sjukvården och USiL anser att de har tolkningsföreträde på vad som är värde för kunden kommer således lean att bli svårt att implementera. Verksamhetschef Gustavsson menar vidare att sjukvården nu möter allt större krav från allmänheten och därför tvingas byta perspektiv och utgå från vad patienten verkligen vill ha. Perspektivskiftet har inte drivits fram av lean, men kan enligt honom hjälpa till att tvinga fram fokus på värde, vilket blir tydligt när strategichefen Lord säger:

Första steget i lean är att fråga sig varför vi finns till. Jo, för att skapa värde för patienten på rätt tid och således utnyttja vår tid och patientens tid så bra som möjligt för att uppnå hög kvalitet.

Verksamhetschef Gustavsson menar: *att det idag finns de som inte sätter patienten först, utan går till jobbet av andra anledningar, för att få lön eller ha något att göra.* Organisationsstrateg Hägglin lyfter dock fram att det redan finns ett tydligt mål i sjukvården, att göra det bättre för patienten, vilket enligt henne gör att lean nästan passar ännu bättre i sjukvården än i industrin där kunden inte är lika närvarande. Det tyder på att det finns en förståelse för att sjukvården tillhandahåller tjänster där kunden har insyn och är delaktig på ett helt annat sätt än i varuproduktion (jfr Grönroos 2002). Sjukvården tillhandahåller tjänster vars kvalitet kan delas upp i olika dimensioner, nämligen vad och hur. Vad-dimensionen brukar även kallas den tekniska kvaliteten och kan mätas tämligen objektivt av kunderna. Hur-dimensionen handlar mer om processen, på vilket sätt den tekniska kvaliteten överförs, den funktionella kvaliteten och är ofta mer subjektiv (Grönroos 2002, s.76). Vi menar att sjukvården inte lägger lika stor vikt vid båda kvalitetsdimensionerna och är bättre på att skapa lokalt värde än totalt, då verksamhetschef Gustavsson uttrycker:

Idag är vi oändligt mycket bättre på att göra saker men i hur vi gör det är vi extremt efterseglade. /.../ Vi är inte alltid organiserade på bästa sätt, har mycket köer och så vidare. Svensk sjukvård håller världsklass vad gäller kvalitet, men

tillgängligheten är låg./.../ Vi har en benägenhet att glömma kunden. Vi är bra på till exempel röntgen och operationssystem, men inte att sy ihop det hela för kunden.

Sjukvårdstjänstens karaktär, att den är människonära där varje möte är unikt (jfr Persson & Westrup 2006), tror vi kan göra det svårt att specificera kundernas behov och ta fram konkreta mål. Ytterligare något som försvårar implementeringen av lean i sjukvården är att det kan vara svårt att identifiera kunder och processer i kontexten (Kollberg & Dahlgård 2007, s.13). Den svenska hälso- och sjukvården har tre viktiga aktörer i systemet; konsument, producent och finansär, det finns således krav och önskemål från flera håll (Hallin & Siverbo 2003, s. 40-43). Kundens komplexitet bekräftas av organisationsstrateg Hägglin som menar att lean främst ska leda till att patienten, det vill säga vårdkonsumenten, ska märka av bättre tillgänglighet och att skattebetalarna, det vill säga finansierarna, ska få valuta för sina pengar, således finns två typer av kundvärde med i tankarna.

Organisationsstrateg Hägglin berättar att termen för värde i lean på USiL är: *värdeskapande tid för patienten*. Det är all den tid som personalen direkt eller indirekt ägnar åt patienten till exempel genom omvårdnad, undersökning och provhantering, till skillnad mot ickevärdeskapande tid, som till exempel att leta efter saker eller hämta något. Enligt Ben-Tovim med flera (2007) är det viktigt att poängtera att lean i sjukvården inte handlar om att influera möten mellan patient och vårdgivare utan om att skapa mer tid för dessa möten, göra dem enklare att genomföra och mer felfria genom att förenkla sekvenser och göra det som bör göras mer transparent och ta bort dubbelarbete. Vi tror att USiL har tagit fasta på detta då organisationsstrateg Hägglin nämnde att:

All tid med patient är värdeskapande nu till en början, vi går inte in och tittar på den tiden. Det finns så mycket annan tid att ta bort först./... /En annan utgångspunkt är att behålla det som är värdehöjande och det vet medarbetarna.

Således handlar inte leanarbetet på USiL i första hand om att förbättra i sanningens ögonblick, utan snarare om att skapa tid till mötet och på så sätt ge patienten bättre tillgänglighet, vilket kan anses naturligt eftersom Hines med flera menar (2008) att det inte går att bara öka värde utan att ha förbättrat och reducerat processerna. Det viktigaste är dock att inte öka värdet utan att veta vad kunden verkligen vill ha (Hines et al. 2008) och vi har inte fått några indikationer på att USiL har tagit reda på detta innan de startade med lean. På USiL utgår de från att all tid som ger nytta till patient är värdeskapande och därmed är tjänsten per automatik värdeorienterad, vilket vi finner komplicerat. Själva servicemötet lämnas därmed utanför förbättringsarbetet. Samtidigt lämnas tid ”orörd” för personalen att möta varje patients unika

behov och skapa värde tillsammans med dem i det människonära tjänstemötet. Det är viktigt att inse att god vård handlar om medkänsla och empati i mötet, lika mycket som kognitiva och organisatoriska förmågor (Ben-Tovim et al. 2007), eftersom sjukvården inte sysslar med produktion utan med människonära tjänster. Dock finns en stor fara i att inte arbeta med förbättringar i sanningens ögonblick eftersom det är där som en stor del av värdet skapas för kunden.

4.2.2. Vision och mål för förbättring

Vad jag vet finns inget tydligt, uttalat mål med lean för hela USiL, vi har diskuterat det men organisationen är inte riktigt mogen för det. Det är snyggt tycker jag, att våga sätta endast ett mål! Där är vi inte än (Organisationsstrateg Hägglin).

Att sätta ambitiösa och realistiska mål för förbättringar är viktigt (Proudlove et al.2008), avsaknaden av ett klart mål på USiL gör därför implementeringen av lean problematiskt.

För att få till stånd lean behövs en strategi som beskriver vad som ska göras och varför det är viktigt, för att skapa fokus för personalens förändringsarbete (Bhasin & Burcher 2006, s.58).

Strategichef Lord menar att visionen med lean på USiL är:

Dels att uppnå bästa möjliga kvalitet för patienten genom att finnas och skapa värde och dels att skapa bättre arbetsmiljö för medarbetarna med lugnare tempo, ökad kontroll och en känsla av sammanhang.

Att USiL har en vision kan dock hjälpa dem att staka ut riktningen eftersom den indikerar hur organisationen kommer att se ut efter förändringen vilket är nödvändigt för en framgångsrik implementering av lean (Bhasin & Burcher 2006, s.58). Visionen visar också på att USiL har förstått att personalen är den viktigaste resursen, att det är personalen med kundkontakt som skapar värde för kunderna (jfr Grönroos 2002, s.337).

Eftersom USiL saknar konkreta mål med lean finns inte heller några direkta handlingsplaner för hur arbetet ska gå till på olika nivåer. Vid en implementering av lean ska strategin kommuniceras och brytas ner i hela organisationen så att alla förstår den. Ledningspolicys och mål ska flöda ner i organisationshierarkin och översättas till mål och handlingsplaner för varje nivå (Kollberg & Dahlgaard 2007, s.18). En viktig del i detta är *Hoshin Kanri* som är ett sätt att se till att hela organisationen arbetar i samma riktning genom att sprida policys och strategier som svarar mot kundens önskemål (Hines et al. 2008, s.19).

Cheferna på respektive enhet har dock satt upp egna visioner för enheten och anpassat lean till sin verksamhet. Som avdelningschef Persson uttryckte det: *Det är mycket mina egna tankar utifrån grundstenarna i lean. Det finns ju ingen mall.* Enhetschefen för BUP, Edberg, valde att själv utbilda sin personal och inte involvera strategiska staben, dels för att kunna anpassa lean till verksamheten och dels för att informationen inte skulle komma ovanifrån. Att cheferna på varje enhet, tillika cheferna närmast patienterna, har satt upp sin egen vision för lean tror vi kan bidra till en bättre matchning med vad kunden verkligen vill ha eftersom de dagligen har kontakt med frontpersonalen. Samtidigt riskerar USiLs implementering att bli spretig då det inte finns något tydligt mål eller gemensam vision vilket är nödvändigt för framgång (jfr Proudlove et al. 2008). En anledning till bristen på mål och en tydlig strategi tror vi är att avdelningar och enheter på USiL än så länge går in frivilligt i arbetet med lean. Sjukhuschefen Bent Christensen har tagit beslut om att USiL ska arbeta med lean, men hur är inte definierat. Alla våra respondenter på chefsnivå framhåller att lean inte är en metod, det finns ingen mall. Både strategichef Lord och organisationsstrateg Hägglin menar dock att en standard i botten ger kvalitet, det gäller dock att standardisera rätt saker.

Vi vill gärna att läkarna opererar på samma sätt varje gång och inte står och "hittar på". En standard i botten ger kvalitet. Det gäller att standardisera rätt saker. Ett bra exempel är keramikern som använder kreativitet för att skapa formen och dreja, men blandar leran på samma sätt, enligt samma standard för att det ska bli hållbart. Vi ska ha en grundplan, exempelvis fem steg i en utredning, sen om patienten behöver fler så lägger vi till och anpassar. Det är bättre än att det är nytt varje gång (Organisationsstrateg Hägglin).

Utifrån ett tjänsteperspektiv kan det vara riskabelt att standardisera allt för mycket eftersom personalen behöver utrymme att möta det unika och oförutsägbara i sanningens ögonblick (jfr Normann 2000). I sjukvården krävs att personalen förstår variationen av behov och förutsättningar hos varje patient för att kunna skapa en människonära tjänst tillsammans med dem (jfr Persson & Westrup 2006), balansen mellan standard och flexibilitet är därför viktig.

Strategiska staben och cheferna använder ofta exempel från pilotprojekten när de utbildar personalen, exempelvis vid leanspel och föreläsningar, för att förankra visionen och öka förståelsen för lean i sjukvården. Att det även ofta förekommer berättelser och exempel från andra organisationer som arbetar med lean, särskilt Scania som ligger i framkant i Sverige, framkom i vår observation och våra intervjuer. Metaforer och intuition har visat sig vara viktiga i förändringsterminologin i lean och visionen berättas ofta genom övertygande

historier (Proudlove et al. 2008, s.31). Att leanspel och öppna föreläsningar erbjuds till all personal på hela USiL gör att alla har möjlighet att ta del av strategichefens vision, vilket vi tror kan bidra med en enhetlighet i förståelsen av lean och göra det lättare att sprida den i organisationen, så att alla får en gemensam syn. Således blir det inte en kvalitetsavdelning som arbetar med lean, visionen sprids istället.

4.2.3. Förståelse och problemlösning

Här är mycket stuprör som är svåra att bryta upp. När jag kom för fem år sen fattade jag ingenting. Ibland hade läkarsekreterarna en egen liten grupp utanför avdelningarna och läkarna har alltid en egen grupp utanför resten. Konstigt. Profession och utbildning är alltid viktigt, mycket mer än i industrin. Det är väldigt viktigt i vården.

Uttalandet ovan visar på att organisationsstrateg Hägglin, som är civilingenjör och tidigare har arbetat i industrin upplever sjukvården som annorlunda och full av stuprör. För att minska risken för suboptimering och se till att alla i organisationen arbetar i samma riktning krävs att all personal har en övergripande förståelse för organisationen som helhet och varje medarbetares roll i den (Proudlove et al.2008). För att upptäcka slöseri är det av vikt att analysera helheten vilket kräver en viss transparens i organisationen (Womack & Jones 2003, s.19-21), något som verkar saknas på USiL. Förklaringen kan ligga i att sjukvården till stor del karakteriseras av att det är en kunskapsorganisation där medarbetare har hög utbildningsnivå och professionaliseringsgrad som ofta medför hierarki och byråkrati (jfr Nordgren 2004), vilket kan försvåra helhetsbilden och göra organisationen mindre transparent. Legitimerade yrkesgrupper utgör basen för sjukvårdens uppbyggnad och deras arbete koordineras enligt redan förutbestämda normer och regler samt gamla, outtalade traditioner och kulturmönster (jfr Nordgren 2004, s.59). En sjuksköterska på Ortopeden 12 upplever att: *Varje yrkesgrupp är för sig själv, det är svårt att överträda och hjälpa varandra, man har sina egna uppgifter.* Således verkar personal i sjukvården vara säker på sin egen roll, men ha svårare att se helheten och sin del i den. På USiL upplever flertalet i personalen som vi har varit i kontakt med att de inte har insyn i vad andra verksamheter på sjukhuset gör, vilket även kan vara en konsekvens av att organisationsstrukturen till stor del karakteriseras av stuprör. Enhetschef Edberg håller med övriga respondenter och uttrycker: *Sjukvårdsorganisationen karakteriseras av hierarki och stelbenthet. Det är en trög organisation. Ibland undrar jag om den ena handen vet vad den andra gör.* Ovanstående visar på att det är svårt för patienten att få ett

totalt tjänsteerbjudande i sjukvården. Patienten kan få lokalt värde på en enhet, men det är svårt att få till totalt värde (jfr Grönroos 2002, s.41).

Organisationsstrateg Hägglin betonar flertalet gånger att vi i Sverige med internationella mått mätt har stora sjukhus, vilket medför andra förutsättningar vid införande av lean och försvårar förståelsen för vad andra medarbetare på sjukhuset gör. Vi upplever att leanarbetet på USiL har handlat om att skapa en förståelse för helheten på respektive avdelning och sin roll där, snarare än på hela sjukhuset. Genom leanspel och att rita upp värdeflöden med hjälp av lean support tydliggörs roller och patientens tid på avdelningen men framförallt sjukhusets processer. Enligt Ben-Tovim med flera (2007) uppmuntrar lean vårdgivare att tänka på patientens resa från inskriven till utskriven som en komplett vårdprocess istället för en serie fristående steg, vilket vi tror kan vara svårt om enbart en förståelse för den egna avdelningen finns. Avdelningschef Persson på Ortopeden 12 bekräftade att: *Det är svårare med större projekt när vi ska samarbeta med andra avdelningar och yrkeskategorier i projekt. Det kommer bli mer problematiskt eftersom det är svårt att få med alla.* Den personal som vi pratade med på Ortopeden 12 berättade att enbart undersköterskor och sjuksköterskor är delaktiga i leanarbetet och att hierarkier och starka professioner ibland gör det svårt att förbättra och lösa problem. En sjuksköterska på Ortopeden 12 berättade att:

Uråldrig hierarki /.../ lever kvar otroligt starkt. Det är samma sak hos oss, det är svårt för en undersköterska att säga till en överläkare att "nu glömde du sprita händerna", liksom det är svårt för honom att säga "tack för att du påminde mig". Prestige går ibland före patientbehov och det bästa för utvecklingen.

Ovanstående citat visar på att det i sjukvården finns saker som går före patienten. Det finns en avsaknad av kundfokus och mycket starka professioner och traditioner, vilka står i vägen för tjänstekvalitet (Grönroos 2005, s.228). För att skapa ett kontinuerligt flyt krävs ofta en fundamental förändring i tankesätt hos alla involverade och därför måste traditionella gränser i avdelningar, arbete och funktioner tänkas bort (Womack & Jones 2003). Eftersom helhetsbilden saknas på USiL och det inte heller finns incitament att arbeta över gränserna tror vi att det kommer att ta tid att förändra tankesättet.

Strategichef Lord menar att ett förändrat tankesätt kan underlättas: *Arbetet ska ske i multidisciplinära och tvärprofessionella team som har ansvar för patientflöden för att överbrygga organisationen och öka förståelsen för vad alla bidrar med.* Lean är beroende av att människor på alla nivåer i organisationen operativt engagerar sig och driver leanarbetet i

team. Leanarbetet definierar också varje teammedlems roll i verksamheten (Husby 2007, s.44). ADHD-teamet på BUP arbetar i ett tvärprofessionellt team där sjuksköterskor och skötare har börjat avlasta läkare och psykologer genom att ta över vissa uppgifter, vilket är ett tydligt exempel på hur problem kan identifieras och lösas över de traditionella gränserna. Det behövs således fler forum för möte över professionsgränser, liknande ADHD-teamets, för att få flyt och för att kunna ge kunden ett totalt tjänsteerbjudande (jfr Grönroos 2002). Womack & Jones (2003) menar att även patienten ska involveras i processen och bli en aktiv teammedlem (s.289-290), något som verkar sällsynt på USiL. Organisationsstrategen berättar:

Kunden involveras inte konsekvent, ibland kan vi i efterhand fråga vad de tyckte och så, men det är väldigt sporadiskt att kunden är med. Patienten var exempelvis med och mätte sin väntetid innan frakturlinjen gjorde om sitt flöde, det var uppskattat./.../ Vi borde fråga kunderna mer, vi har inte gjort det aktivt. Enligt kundenkäter som görs vartannat år är bemötande och väntetider problemen. När de väl är inne tycker de att det är bra.

Citaten ovan tyder på att det även finns brister i själva mötet med patienten, vilket på USiL lämnas utanför arbetet med lean. Bemötande är en stor del av hur kunden upplever tjänsten och att det brister indikerar på att förbättringar och ett ändrat fokus behövs även i sanningens ögonblick (jfr Grönroos 2005). Det enda praktiska exemplet på kundmedverkan som vi stötte på var att ADHD-teamet har lämnat enkäter till föräldrarna för att utvärdera förändringarna. Att de får reda på hur kunderna uppfattar tjänsten gör att de får möjlighet att förbättra tjänstens kvalitet (jfr Grönroos 2002).

Hines med flera (2008) menar att problem ska spridas och inte lösas av en liten grupp eftersom de flesta problem i en organisation kan lösas utan komplexa verktyg och experter (s. 24-25). Således ska alla i organisationen involveras i problemlösning och arbeta i självstyrande team med enklare leanverktyg (Hines et al. 2008, s.24-25). Enhetschef Edberg menar att så inte alltid har varit fallet: *Största bekymret med förändring är att det ofta är någon annan än de som har problemen som definierar dem. Det är inte bra, då kan man stänga pannan blodig.* Strategiska staben på USiL är noga med att inte komma med lösningsförslag vad gäller implementeringen, vilket blev tydligt under observationen: *Ni kanske kunde ha nåt skåp i korridoren...* säger organisationsstrateg Hägglin men ursäktar sig och tillägger: *Nä, jag ska inte komma med lösningsförslag.* En viktig del i lean är just att problem ska definieras och lösas där de uppstår (Womack & Jones 2007), vilket på ett sjukhus, i de allra flesta fall, är närmast patienterna. Majoriteten av medarbetarna som vi har varit i kontakt med på USiL

framhåller detta som en grundsten och framgångsfaktor med lean. Leantavlan på Ortopeden 12 är ett viktigt verktyg för att få med alla i problemlösning. Där identifieras och visualiseras problem och förslag till förbättringar och lösningar på problem sätts upp i marginalen innan de blir leanprojekt.

Det framkommer av ovanstående att problemlösning och förståelse ibland kan försvåras av professioner och den rådande sjukvårdskulturen. Organisationsstrateg Hägglin påpekade att olika professioner har olika begreppsvärldar och ser problem på olika sätt. Vi tror dock att de öppna föreläsningarna och leanspelet som erbjuds alla kan hjälpa till att lyfta fram och tydliggöra den aktuella problematiken i sjukvården, vilket kan bidra till en helhetsbild och en gemensam problembild.

4.2.4. Uppföljning och implementeringsfaser

Samhället ser sjukvården som en trygg hamn där inga ekonomiska regler får gälla.

/.../ 'Den stygga ekonomiska verkligheten får inte drabba oss'.

Av verksamhetschef Gustavssons citat ovan framkommer att det i sjukvården finns en ovana vid att mäta och följa upp resultat i siffror. En anledning till detta kan vara att sjukvården tillhandahåller människonära tjänster, där kvantitativa mått kan skapa stress hos personalen och därmed begränsa tjänsten (jfr Persson & Westrup 2006, s.6-14, 99-104). Organisationsstrateg Hägglin berättar att lean support inte vill tala om lean i ekonomiska termer för att minimera risken att blanda ihop lean med besparingar och rationaliseringar, och därmed inte heller mäta med ekonomiska termer. Hon vill istället fokusera på vinster för personal och patient. Att följa upp hur patienterna upplever sjukvården är dock enligt verksamhetschef Gustavsson på Ortopeden ovanligt:

Inom sjukvården finns en omogenhet i att mäta. Några riktigt bra mått finns inte om man ska jämföra med till exempel bilbesiktning - Hur nöjd är du med servicen från 1 till 10? Vi behöver komma mer ditåt. Bara att vi börjar fråga patienten gör att vi måste börja hantera svaren och inte bara utgå ifrån att det vi gör alltid är bra./.../ De gör enkäter, men det blir inget av dem. /.../ Det gäller att fråga oftare och kontinuerligt så att vi kan styra efter informationen.

Citatet ovan visar att sjukvården vanligtvis inte frågar efter kundens uppfattning av resultatet, vilket innebär att de inte följer upp tjänstens kvalitet. Upplevd tjänstekvalitet bestäms av kundens upplevelser och förväntningar och avgörs först i sanningens ögonblick (jfr Grönroos 2005; Normann 2000). Under våra intervjuer

framkommer att många inte riktigt vet hur patienten upplever arbetet med lean. En av medarbetarna på Ortopeden 12 säger: *Patienterna märker nog av det, vi tar mer tid på oss hos patienterna nu /.../* och en annan menar att:

Jättesvårt att mäta om patienten märker det, borde nog vara så att de märker av arbetsmiljö och så vidare. Det är ju alltid en undersköterska som sitter och svarar i telefon, så det slipper vi, det borde de ju märka.

Således implementeras inte lean på Ortopeden 12 i första hand för att förbättra tjänstekvaliteten för kunden, utan av andra anledningar. I ADHD-teamet där patienten är med i uppföljningen känner sig personalen säkrare: *Patienterna märker av detta, det är stor skillnad mot innan. De märker planeringen.*

Hines med flera (2008) menar att det är viktigt att följa upp förändrings- och förbättringsarbetet, exempelvis genom att mäta, för att se om målen nås. Womack och Jones (2003) menar att ett av de första stegen för att implementera lean i sjukvården och få patientfokus är att inkludera tid och omvårdnad som de huvudsakliga måtten i systemet (s.289). Strategichef Lord fokuserar på reducering av tid som ett mått på framgången med lean. Han menar att grunden till att förbättra är att alltid veta hur de ligger till, vilket kräver ständig mätning och visualisering. Avdelningschef Persson på Ortopeden 12 poängterade dock att hon går emot strategichefen i denna fråga: *Läkarna vill se i siffror vad vi har sparat, för mig är inte det, det viktigaste. Jag vill skapa en bättre arbetsmiljö, en trevligare arbetsplats så att det blir bättre för oss själva.* Samtidigt har hon funnit det nödvändigt att lägga till en kolumn för resultat av leanprojekt på leantavlan, vilket kan ses som en form av uppföljning. Således finns ett behov av att tydliggöra resultat för att motivera personalen och se till att de håller riktningen. Samtidigt är frågan om de kvantitativa måtten i form av tid som strategichefen talar om gynnar den människonära tjänsten. Patienten vill enligt flertalet av våra respondenter ha bättre tillgänglighet och således tid. Samtidigt berättar organisationsstrateg Hägglin att det har kommit indikationer på att vissa patienter tycker att det nu går för fort, vilket snarare försämrar än förbättrar tjänstekvaliteten:

Alla patienter vill ha diagnos ganska snabbt, men kan ta det lite lugnare med behandlingen. Vi har hört kommentarer om att det går för fort, man får vara vaksam /.../

Citatet ovan visar också på vad Hines med flera (2008) menar, att det i implementeringsfasens olika stadier dyker upp nya problem och möjligheter som inte var synbara från början, vilket

gör det viktigt att granska arbetet under tiden så att riktningen hålls (Hines et al. 2008, s.24-25). Ett annat exempel är att ADHD-teamet nu står inför en ny utmaning då de efter förbättring av sitt patientflöde i utredningsfasen har stött på nya problem, vilket en sjuksköterska berättar:

Utredning man jättefort fylls bågaren med behandlade patienter på, det kan krocka. /.../ De som behandlas finns ändå kvar. Det är jätteeffektivt på utredning, men sen blir de ju där ändå. Billtillverkare gör färdigt sin bil och sen har de ju inte det problemet längre. Toyotan stannar ju hos oss så att säga.

Problemet ovan tyder på att det inom sjukvården finns en uppfattning om att allt blir bättre om tid sparas och tempot ökar. Hur tjänsten ser ut för de som blir kvar i behandlingsfasen tas ingen hänsyn till. Således förbättras enbart en del av tjänsteprocessen, men ett helhetsperspektiv saknas (jfr Grönroos 2002). Det finns, enligt organisationsstrateg Hägglin, inte några konkreta planer på hur lean support ska stötta verksamheter som har nått längre än uppstartsfasen, exempelvis ADHD-teamet. Hon berättade också att lean support inte har gjort någon summering av genomförda förbättringar och resultat. Lean support uppmuntrar enheterna att skicka in en resultatlista över vad de har börjat med, även uppföljning sker således på frivillig basis. Tanken är att uppföljningen ska ske i linjen. Det är därmed inte säkert att nya problem och möjligheter som dyker upp ute på enheterna når lean support, vilket gör det svårare för enheterna att ta del av varandras erfarenheter och resultat. Följaktligen hindras lärande över enhetsgränserna vilket skulle kunna skapa ett totalt tjänsteerbjudande och öka tjänstekvaliteten (jfr Grönroos 2002).

4.2.5. Stabilitet i organisationen

Oavsett lean och hur man omorganiserar måste det vara en minimibemanning på alla stationer, nu fattas läkare. Fattas lackerare i bilfabriker så stannar det ju där... Vi andra är väldigt flexibla och kan ta över saker som inte är yrkesbundna, men vi kan ju inte göra en läkarbedömning (Sjuksköterska, ADHD-team).

Flera av respondenterna menar, precis som sjuksköterskan från ADHD-teamet, att resurserna och framförallt bemanningen är viktig för att ett förbättringsarbete ska bli lyckat. Flertalet författare framhåller också att det är svårt att arbeta med lean om inte en viss stabilitet finns i organisationen eftersom en förbättringsåtgärd på ett ställe lätt leder till att en annan del av organisationen blir mer belastad (Ballé & Régnier 2007, s.35). Att ADHD-teamet har fått

ökad belastning i behandlingsfasen efter att ha snabbat upp utredningen är ett tydligt exempel på baksidan av förbättringsåtgärder. Verksamhetschefen Gustavsson på Ortopeden berättade att han valde ut Ortopeden 12 som pilotprojekt eftersom det var en stabil avdelning: *Jag bedömde att de skulle klara experimentet, eller nä, det genomgripande sättet att förändra. Ortopeden 12 hade en stabil personalstyrka och erfaren chef, tur att de var på samma ställe.* Bhasin & Burcher (2006) menar också att lean kräver en målmedveten ansträngning för att maximera stabiliteten genom att till exempel reducera schemaändringar, omstruktureringar och medvetna förändringar av kvantiteten (s.59). Flertalet av våra respondenter menar att läkarschemat har stor inverkan på takten i flödet, vilket upplevs som begränsande då många moment inte kan utföras utan läkarna. En av sjuksköterskorna uttryckte: *Takten bestäms av läkarna, vi kan inte jobba utan dem. Eller kan, kan vi väl, men vi får inte.* Således kanske en schemaändring är nödvändig för att kunna arbeta med lean och förbättra flödet.

Även ekonomi- och styrsystem utgör, enligt flera respondenter, en motverkande faktor då de inte är anpassade efter lean och arbete i team över professions- och avdelningsgränser och gynnar således inte det totala tjänsteerbjudandet. Strukturen är därmed inte uppbyggd för att arbeta kundinriktat eftersom en organisation som tillhandahåller tjänster inte ska vara onödigt byråkratiskt och inte heller ha ett stort antal hierarkiska nivåer (jfr Grönroos 2002, s.338). Organisationsstrategen menar att det finns:

Jätteproblem med att få ekonomi- och styrsystem att följa med, vi skulle behöva mer flexibla stödsystem, absolut. Det är jättesvårt, som att kämpa emot en väderkvarn ibland. Det praktiska runt omkring är svårt att lösa, vem som ska betala, var saker ska redovisas och så vidare. Det känns som väldigt världsliga problem, jag tänker bara 'lös dem'! Det viktiga är ju att ta hand om patienten, resten borde funka.

Verksamhetschef Gustavsson för Ortopeden är inne på samma linje när han berättar att:

Ekonomi- och styrsystem försvårar. Administrationen är inte riktigt med på detta. Vill man göra en förändring, köpa nåt, så kommer det i budget om två år. Det funkar inte. Vi har inte riktigt utmanat systemen med något leanprojekt än.

Det finns således faktorer som pekar på att förändringar i organisationen skulle gynna implementeringen av lean. Hines med flera (2008) menar, till skillnad mot Ballé och Régnier (2007), att det gäller att sätta rätt person på rätt plats och hitta den rätta organisationsmodellen som passar strategin för att lean ska få fäste i organisationen (s.21) och så verkar fallet till viss del vara även på USiL. Enligt organisationsstrategen Hägglin innebär dock lean i första hand

en förändring i arbetssätt snarare än en omorganisering av hela USiL: *När vi har ändrat vårt arbetssätt kanske vi kommer fram till att det behövs en omorganisering.* Utifrån ett tjänsteperspektiv finns en risk i detta, eftersom en eventuell omorganisering på dessa grunder skulle utgå ifrån interna behov snarare än externa (jfr Grönroos 2002).

4.2.6. Anpassning och långsiktighet

Verksamhetschefen Johansson för BUP menar att:

Scania kunde lyfta konceptet rakt av, för sjukvården är det lite svårare, vi producerar inte varor. Systemet bygger inte bara på maskiner, utan arbetande människor. Om det fattas läkare så stoppar systemet. Sjukvård är problematiskt.

Många forskare ser en fara i att rakt av ta verktyg från produktion och överföra till branscher som ser helt annorlunda ut (Radnor & Walley 2008). Lean support är ändå noga med att berätta varifrån lean har sitt ursprung, trots att många bemöter det med skepsis. En undersköterska berättade vad hon tänkte om att lean kommer från Toyota: *Det första jag tänkte var ändå att bilar och människor är två skilda saker.* Samtidigt menar många respondenter att lean passar bra i sjukvården, delvis eftersom det finns tydliga patientflöden med början och slut. Ben-Tovim med flera (2007) menar att det går att föreställa sig patientens resa som en sekvens av specifika steg genom sjukvårdsorganisationen som transformerar patienten, vilket gör lean användbart i sjukvården för att eliminera slöseri och främja flödet (Ben-Tovim et al. 2007). Detta tyder på att sjukvården inte utgår från att flera aktiviteter i tjänstprocessen kan ske samtidigt och således inte organiserar runt patienten (jfr Wikström, Lundvist & Béckéus 1998). Att våra respondenter ser att patientflöden har ett tydligt slut kan vara problematiskt då det finns patienter med kroniska sjukdomar som stannar i flödet under en längre tid. Sjukvården tillhandahåller således tjänster över en längre tid, vilket de måste förhålla sig till.

För att kunna ta tillvara på en av styrkorna med lean, att det etablerar ett gemensamt språk och gemensamma verktyg, krävs en anpassning till den specifika bransch och verksamhet där det ska införas (Husby 2007, s.45, Hines & Lethbridge 2008). På frågan om hur våra respondenter upplever sjukvårdskulturen var de vanligaste svaren att den karaktäriseras av uråldrig, militär hierarki, tunga kolosser och många starka traditioner vilket somliga tror kan försvåra en anpassning. Organisationsstrategen Hägglin menar att lean support har gjort vissa anpassningar och anammat de verktyg, exempelvis 5S och värdeflödesanalys, som känns användbara inom sjukvården:

Vissa verktyg passar inte, de känns bara knasiga så då lämnar vi dem. De kanske skulle fungera, men vi har inte fått till dem. Vi har också klätt på leanskelettet med sjukvårdsexempel, först utifrån andra verksamheter och nu med egna.

Lean supports uppgift är således att inspirera med exempel så att varje avdelning kan stjäla idéer och göra dem ännu bättre och på så sätt få utveckla sin egen standard att arbeta utifrån. Ett mål är nämligen enligt organisationsstrategen Hägglin att lean ska anpassas till varje enskild verksamhet på USiL och ledaren har en viktig roll i detta. Det kan vara svårt att hitta en klar och lämplig terminologi som passar sjukvården vilket är problematiskt eftersom en anpassning av lean till sjukhuskulturen, enligt Fillingham (2007), krävs för en lyckad implementering (s.233). Verksamhetschefen Gustavsson för Ortopeden menar att språket måste anpassas, men att det till stor del handlar om vem som säger det.

Jag kan säga mycket, men om ni hade sagt det hade läkarna blivit förbannade. Man måste modifiera språk, annars kan man ta det rakt av och läsa vilken leanbok som helst, ta på muda-glasögonen och översätta.

Begreppen lean och muda har fått genomslag och används flitigt på USiL, men för övrigt upplever personalen inte att språkbruket har förändrats. En sjuksköterska på Ortopeden 12 berättade att:

Vi pratar i leantermer. Nu när man är frustrerad eller nåt inte funkar kan man säga 'detta är ju inte lean' eller 'detta kan man driva som leanprojekt'. I början gick vi runt och kallade allt för muda, men det gör vi inte längre.

Citatet visar att begreppet används på avdelningen. Som tidigare nämnts används begreppet icke-värdeskapande tid för patient synonymt med muda vilket är ett exempel som visar att USiL har gjort en viss anpassning av terminologin.

Många av våra respondenter talar om förbättringsarbetet som projekt vilket kan indikera på att lean ses som något tillfälligt. Exempelvis säger en sjuksköterska på Ortopeden 12: *Jag har brainstormat mycket och varit med i nåt mindre projekt/.../*. Det är essentiellt att lean ses som ett långsiktigt åtagande och inte som ett tillfälligt förbättringsprojekt för att det ska få fäste i organisationen (Bhasin & Burcher 2006, s.59), vilket överensstämmer med hur kvalitetsarbete ska ses utifrån ett tjänsteperspektiv (jfr Grönroos 2002, s.112). Organisationsstrateg Hägglin ser däremot ingen fara i att uppgifter genomförs i leanprojekt så att personalen känner att de blir klara och kan avsluta dem eftersom det motiverar att se snabba resultat. Hon menar att vissa förbättringsarbeten är projekt inom lean, men att en syn

att lean är oändligt måste finnas. En sjuksköterska på Ortopeden 12 håller med och tycker att lean är mer långsiktigt:

Det ska användas praktiskt och inte läggas i byrålådan. Det håller i sig till skillnad från andra förbättringar./.../ Att vi arbetar efter projekten är väl en slags respons i sig, att det används.

Enligt avdelningschef Persson på Ortopeden 12 ska lean ligga på is i sommar eftersom avdelningar slås ihop och ny personal kommer in under semesterperioden. Att arbetet bara kan ligga i vänteläge tyder på att det inte ses som en filosofi eller som något bestående och integrerat.

4.3. Ledarskap

Hines med flera (2008) menar att en annan möjliggörande faktor för implementeringen av lean är ledaren (se figur 4) som ska staka ut riktningen och inspirera i ord och handling, vilket kräver en viss kunskap om verksamheten. Ledaren måste tillåta alla i organisationen att ta del av strategin och delta i förändrings- och förbättringsarbete samt respektera och utmana sin personal att sträcka sig lite längre. Författarna menar att det ofta är ledarskapet som är otillräckligt när lean inte får fäste i en organisation (Hines et al. 2008, s.9-11).

4.3.1. Staka ut riktning och skapa vision

Lean är i särklass det mest lovande sättet att tänka om, komma till rätta. Jag har aldrig trott på tidigare kvalitetsprojekt vi har haft. Det här tror jag verkligen på. Det är en filosofi snarare än en metod.

Citatet ovan visar att verksamhetschef Gustavsson tror på lean som filosofi i sjukvården, vilket är avgörande eftersom ledaren är den som ska staka ut riktningen för förändringen mot lean och skapa visionen för organisationen. För att leda förändring krävs att ledaren är nyskapande, fokuserar på människorna i organisationen, inger tillit, har ett långsiktigt perspektiv och vågar utmana den rådande situationen (Hines et al. 2008, s.11). Av intervjuerna framkommer att valet av pilotavdelningar bland annat baserades på att dessa hade starka ledare som redan hade satt igång med någon form av förändringsarbete med en klar riktning. Organisationsstrateg Hägglin säger:

Vilket genomslag det får hänger mycket ihop med vem som är chef, till exempel Ortopeden 12 där gick det så fort, de hade mycket redan innan med ledare och så vidare /.../ både avdelningschef och verksamhetschef är väldigt på där./.../

Vidare betonar också personalen ute på avdelningarna att ledarens engagemang har stor betydelse. Det handlar mycket om att chefen är positiv och inspirerar för att lean ska komma igång, menar undersköterskorna på Ortopeden 12:

Marie [avdelningschef på Ortopeden 12] har en helt annan anda. Det är viktigt att chefen tror på detta, är positiv och engagerad. Vi får prova allt och går tillbaks om det inte funkar. Vi började smått, viktigt att börja med små saker, som Marie säger. När Marie var borta hade vi en svacka. Chefen har stor betydelse.

Cheferna för pilotprojekten har, som tidigare nämnts, tagit till sig grundtankarna i lean och därefter skapat sin egen bild av hur lean skulle passa deras avdelning och sedan förmedlat sin syn till medarbetarna. Vi tror att detta kan vara ett sätt att skapa trovärdighet och inspiration till leanarbetet samt tillit i sin roll som chef, vilket citatet ovan visar. Under intervjuerna framkom att chefernas respektive visioner har fått genomslag i personalgruppen. Det fanns i intervjusvaren en tydlig matchning mellan chefens och medarbetarnas mål och vision på Ortopeden 12 där chefen som tidigare nämnts arbetar med lean för att personalen ska få bättre arbetsmiljö. Sjuksköterskorna berättade att: *Det bästa med lean är att vi ska förbättra för oss själva. och Mitt mål är att kunna få 30 minuter över till ansvarsområdet och till att kunna vidareutveckla mig, läsa på och utbilda mig själv och inte stressa igenom dagen.* Således har chefen på Ortopeden 12 lyckats med det som Hines med flera (2008) menar att ledaren ska göra, kommunicera ut visionen och inspirera i ord och handling. Avdelningschefen har som mål att förbättra för personalen vilket tyder på att hon ser sin personal som interna kunder (jfr Grönroos 2002). Att hon däremot inte för vidare externt kundfokus till personalen kan göra det svårare för dem att prioritera sanningens ögonblick.

Vidare menar författarna att ledaren måste få alla att bli delaktiga och förstå att det krävs samarbete för att nå förbättringar och att lean ska bli långvarigt (s.9). Verksamhetschef Gustavsson uttrycker:

Ledaren måste förklara att lean inte är nåt projekt med början och slut. Nu börjar vi, sen åker vi. Alla ska vara medvetna om att det tar tid, det är bara att bestämma sig för att göra det. Det ligger stort ansvar på cheferna, att de står för uthålligheten. Läger vi av innan det sitter i väggarna så blir det inget, allt faller direkt.

Hines med flera (2008) menar att ledaren är viktig i alla stadier av implementeringen, men viktigast i början när lean ska komma från toppen, vilket det till viss mån verkar göra på USiL enligt citatet ovan. Författarna menar dock att ansvaret för lean inte ska vila på en speciell individ eller avdelning, alla chefer genom hela organisationen ska vara med i processen (Hines et al. 2008, s.31). Samtliga chefer som vi har träffat är tydliga med att beskriva lean som ett sätt att tänka, vilket tyder på att de ser lean som något långsiktigt. *Svårigheten vid implementeringen ligger i att få in lean i tankevärlden*, säger verksamhetschef Gustavsson. Trots att det finns en förståelse för lean som något långsiktigt på en högre nivå finns dock, som tidigare nämnts, inga uttalade planer för framtiden vilket kan riskera att lean inte blir bestående.

4.3.2. Gemba – ”där det händer”

Verksamhetschef Gustavsson på Ortopeden beskriver att: *Jag använder mitt medicinska förtroendekapital för att få med personalen*. Han är läkare och arbetar kliniskt en dag i veckan, vilket enligt honom beror dels på att hans specialisering är ovanlig och dels på att han vill synas bland medarbetarna. Detta verkar uppskattas då en undersköterska säger: *Han är mycket nere och frågar hur det går, det betyder mycket att han visar intresse för oss. Han var vår doktor här förut, kanske därför han känner för oss*. En grundprincip i lean är att ledaren inte ska starta med en lösning utan gå ut till arbetsplatsen och förstå hur arbetet görs och leta efter grundorsaken till förseningar eller andra hinder i flödet (Ben-Tovim et al. 2007, s.15). Gemba, vilket översätts med ”där det händer”, är således den kritiska startpunkten som ledaren måste vara väl förtrogen med (Hines et al. 2008, s.29). Samtliga chefer som vi har varit i kontakt med lyfter fram vikten av att vara synlig ute i verksamheten just för att se vad som händer och de kommer på så sätt närmare både frontpersonal och patienten. Alla har sina kontor där det operativa arbetet sker och de betonar betydelsen av den geografiska närheten. Husby (2007) menar att visuell styrning och kommunikation är viktigt på så sätt att ledaren ska vara nära, synlig och röra sig bland medarbetarna. Det krävs också att ledaren har en viss teknisk kunskap om verksamhetens uppdrag och har förmågan att prata med medarbetarna om hur arbetet går (Husby 2007, s.44). Av intervjun med verksamhetschef Gustavsson framkom:

Tidigare har vi alltid rekryterat chefer efter expertkompetens så att den duktigaste blir chef och därefter ganska snabbt tittat bort och därmed förbisett organisationskompetens. Det, i kombination med att vi [läkare] har varit duktiga på att få pengar, gör att vi sitter kvar.

Citatet ovan bekräftar att professionen är den drivande kraften i sjukvården och det är främst läkarna som sätts i fokus då de innehar stor makt tack vare informationsövertag och komplexa arbetsuppgifter (jfr Nordgren 2004, s.59; Mintzberg 1993). Professionen och den medicinska kunskapens betydelse i sjukvården bekräftades också av att all personal på ledningsnivå som vi har intervjuat har medicinsk utbildning i grunden. Vi anser att detta tyder på att det finns en stark tilltro till professionen, som därmed skulle kunna användas vid implementeringen av lean. Sjuksköterskor och undersköterskor på Ortopeden 12 upplever dock att många läkare ofta inte förstår eller prioriterar det dagliga arbetet med patienterna, det vill säga gamba, ”där det händer”. Avdelningschefen för Ortopeden 12 säger:

De vill helst operera, att gå rond är skitarbete och det sämsta man kan göra enligt läkarna. De fattar inte, eller fattar... de prioriterar annorlunda. De arbetar mer produktionsinriktat, så många patienter som möjligt, de ser pengarna, intäkterna. Vårdpersonal ser från annat håll.

Många traditionella chefer i sjukvården har därmed teknisk kunskap, eller expertkunskap, men förstår ändå inte fullt ut arbetet ”där det händer”. Således har de inte samma närhet till frontpersonalen vilket är problematiskt eftersom det är personalen med kundkontakt som skapar värde för kunderna (jfr Grönroos 2002, s.337).

Det är dock inte bara att sjukvården är professionsstyrd som kan påverka implementeringen av lean, det finns krav och önskemål från flera håll. Enhetschef Edberg förklarar att: *Människor bestämmer över våra huvud. /.../ Det kommer upp mycket idéer men de tas inte tillvara.* Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning domineras av tre aktörer där varje aktör har sina principer och handlingslogiker och utgår från sina normer och värderingar. Utöver professionen styr politiker formellt via lagar, regler, direktiv och budget och den administrativa ledningen ansvarar för den inre effektiviteten och att vården utförs kostnadseffektivt (Hallin & Siverbo 2003, s.52-59). Organisationsstrateg Hägglin upplever att de på politisk nivå inte riktigt alla gånger förstår vad de sysslar med ute i verksamheterna som en konsekvens av olika begreppsvärldar, vilket försvårar kommunikationen. Verksamhetschef Johansson förklarar:

Politiker är valda på andra premisser, de representerar de som får sjukvård, men är inte insatta i verksamheten som styrelser i företag och så vidare. vanligtvis är. Läkarna har en annan syn. Det är svårt att styra skeppet utifrån olika begreppsvärldar.

Således har personer som inte har kunskap om ”där det händer” stort inflytande i sjukvården. Att döma av verksamhetschef Gustavssons uttalande så verkar de inte ha något större intresse av att ta reda på vad som händer heller: *Det är aldrig någon som frågar 'vad sysslar ni egentligen med?' när det är långa köer till en avdelning. De tänker snarare 'de måste vara duktiga' och får därför mer pengar.* Politiker förstår med andra ord inte betydelsen av gamba, vilket enligt många av våra intervjupersoner upplevs som problematiskt.

4.3.3. Empowerment kräver en ny ledarroll

Får du medarbetarna att känna sig viktiga och ger dem verktyg så påverkar det personalomsättningen. Den minskar om alla känner ansvar. När jag säger 'Jag har ingen aning, ni är experterna, ni ska bestämma. Gör det bara, jag skiter i hur.' ser jag hur folk sträcker på sig direkt när de får förändra och påverka. De tänker 'fick vi bestämma detta lilla så kanske vi kan påverka.'(Verksamhetschef Gustavsson)

För att tydliggöra medarbetarens roll i organisationen krävs empowerment, vilket innebär att allt fler av de traditionella ledningsuppgifterna ska delegeras ut till de anställda som måste få frihet att planera och besluta samt förmåga att ta över ansvaret (Dahlgaard & Dahlgaard-Park 2006, s.274). Ledaren kan använda sig av verktyg som involverar personalen och får dem att känna empowerment så som spridning av policys, 5S, visuell styrning och problemlösning som kan finnas överallt i organisationen (Hines et al. 2008, s.68). Organisationsstrategen menar att:

Lean är inget nytt hokus pokus. Medarbetarna ligger i centrum, kraften finns där, måste lita på dem. Det handlar om sunt bondförnuft, men det är inte så lätt att få in i organisationen. Det krävs tillit åt alla håll, att medarbetarna litar på chefer och tvärtom.

De flesta av respondenterna i vår studie poängterar att den viktigaste delen i lean är att medarbetarna själva ska tänka ut lösningar och utföra förbättringar. En medarbetare på Ortopeden 12 uttryckte att: *Ingen "uppifrån" ska sitta och säga vad som ska göras.* Med andra ord är de personer som är ägare till problemen också de som ska finna lösningarna till dem. Verksamhetschef Johansson menar att: *Idén i sig är att cheferna inte ska implementera, bara initiera och vara positiva. Medarbetarna ska implementera,* således har han även förstått att beslut ska fattas så nära kund som möjligt (jfr Grönroos 2002, s.219). Sjukvården är dock av tradition toppstyrd. Det är vanligt förekommande att någon annan än de som praktiskt ska

lösa problemen identifierar dem och hittar potentiella lösningar (Hallin & Siverbo 2003). Eftersom lean är beroende av att människor på alla nivåer i organisationen operativt engagerar sig och driver leanarbetet i team, förespråkas istället att besluten tas på den lägsta nivån och att alla medarbetare kommer till tals. En sjuksköterska på BUP menar att hon kan påverka till viss grad: *Teamet är flexibelt, alla kan komma med förslag /.../. På denna nivå, med min närmaste chef och medarbetarna kan jag påverka tycker jag.* Verksamhetschef Johansson på BUP menar att alla borde känna sig som chef. Vid implementeringen av lean finns således ett behov av att få medarbetarna att förstå att de kan påverka. Lean kräver därmed en bottom-up organisation med ett förändrat ledarskap på alla nivåer (Bhasin & Burcher 2006, s.65). Ledare som arbetar med lean tänker horisontellt i samma riktning som värde flyter i organisationen (Hines et al. 2008, s.29). De båda verksamhetscheferna tycker att lean medför ett ledarskap som handlar om att delegera och att inte vara rädd för att släppa taget. Ledarskapet i lean handlar därför om att hjälpa istället för att kontrollera, stärka istället för att utvärdera och coacha istället för att bestämma (Bhasin & Burcher 2006, s.65). Gustavsson uttrycker: *Man får ej vara skraj för att låta medarbetarna blomma, utan istället aktivt lyfta andra, så att de till och med blir bättre än en själv* och Johansson säger att: *Det gäller att ge fan i att lägga sig i och styra, annars går det inte. Det är det svåraste.* Uttalandena tyder också på att de båda verksamhetscheferna är den typ av ledare som krävs i en tjänsteverksamhet där besluten ska decentraliseras till personal närmast kunden och chefen ska inrikta sig på att stödja och uppmuntra (jfr Grönroos 2002, s.220). För att lean ska bli långvarigt är det också viktigt att ledaren omger sig med rätt team (Hines et al. 2008, s.28). De båda cheferna på BUP pratade om hur viktig matchningen mellan personal och chef är för att ett förbättringsarbete ska genomföras och få fäste. Organisationsstrateg Hägglin menar att: *Chef och kultur bestämmer hur implementeringen går. /.../ Lean kan ju verka som att medarbetarna ska ta över, men det behövs en stark chef som kan släppa och delegera.*

Sjukhusorganisationer styrs som tidigare nämnts utifrån professionens gamla, outtalade traditioner och kulturmönster (jfr Nordgren 2004) och det är ofta läkare som är formella chefer eller informella ledare. I lean förespråkas som tidigare nämnts att arbetet ska ske i tvärprofessionella team, vilket gör att den enskilda individens profession blir mindre maktbetonad. Enhetschef Edberg på BUP utsåg vid omorganiseringen en erfaren skötare till biträdande enhetschef, vilket bemöttes med skepsis från övriga teammedlemmar. När teamarbetet hade pågått i några veckor var dock alla nöjda med beslutet, vilket visar en förändrad inställning till vem som har de rätta förutsättningarna för att bli ledare i sjukvården. Således kan de traditionella ledarna inom sjukvården utmanas först när personalen inser att de

kan påverka och förstår sin roll och dess betydelse. Lean kan därmed enligt verksamhetschef Gustavsson för Ortopeden medföra att en del chefer måste flytta på sig och bytas ut. Han menar att: *Det blir en helt ny grej att putta på nån som är professionellt extremt duktig men som inte har rätt inställning. En duktig doktor och bakåtsträvare kan inte vara chef.* Lean kan därmed medföra att det traditionella chefskapet i sjukvården blir ohållbart när organisatoriska förmågor blir allt mer avgörande.

4.3.4. Respektera och utmana

Verksamhetschef Johansson uttryckte: *Har man sagt 'gör det på bästa sätt', får man acceptera det resultat som kommer ut. Det gäller att ha tillit till medarbetarna.* Enligt Hines med flera (2008) handlar lean om mer än att kontinuerligt förbättra, det handlar också om respekt för människorna i organisationen. En ledare som ställer frågor och respekterar medarbetarnas svar krävs för att ömsesidig tillit ska finnas och alla ska engageras (Hines et al. 2008, s.32-33). Enhetschef Edberg framhåller att: *Det är viktigt att låta medarbetarna själva komma med lösningar. Ledarens uppgift är att fråga, problematisera och lyssna istället för att komma med lösningsförslag. Det är viktigt att processa och problematisera.* Hines med flera (2008) menar att ledaren är ansvarig för att utveckla medarbetarna genom att få dem att ifrågasätta, reflektera och tänka bortom de traditionella organisationsgränserna. Medarbetarna ska utmanas att sträcka sig lite längre, men samtidigt måste ledaren respektera deras förmågor för att undvika att de får uppdrag som ligger utanför deras kapacitet och därmed skapar ångest (Hines et al. 2008, s.32-33). Genom det tvärprofessionella ADHD-teamet som har etablerats på BUP ökar respekten mellan olika professioner så att de nu, enligt enhetschef Edberg, kan utmana och ifrågasätta varandra. Skötaren berättar att: *Det är en positiv grupp med bra stämning. Alla får komma till tals, får positiv feedback och det motiverar.* Att de olika professionerna känner gemensamt ansvar för arbetet och tar över vissa uppgifter från varandra för att avlasta innebär således att de måste utmana sig själva att sträcka sig lite längre.

Strategipersonalen Hägglin och Lord, framhåller flertalet gånger att lean handlar om att personalen ska känna att de har två arbeten. De ger exempel på en ung man på Scania som sa att: *'Jag har två uppgifter här på jobbet. Dels ska jag montera och dels ska jag utveckla mitt arbete.'* Organisationsstrateg Hägglin vill att personalen på USiL ska känna likadant: *De ska göra det så bra som möjligt för patienten i vården och samtidigt utveckla sitt arbete. Det ska de känna hela tiden.* Således är målet att personalen ständigt ska utmanas att förbättra vilket tyder på att USiL vill att det ska finnas en kvalitetsarbetare i varje medarbetare, något som, om de inriktar förbättringsarbete på rätt saker, kan få dem att arbeta på ett mer

kundinriktat sätt (jfr Grönroos 2002, s.334). För att kunna utveckla menar verksamhetschef Johansson att: *Det krävs att man rutinmässigt diskuterar: varför har det blivit bättre eller sämre? Ständig analys.* Att uppföljningen på USiL som vi tidigare har belyst är bristfällig tror vi försvårar detta.

Lean har kritiserats för att handla om ”management by stress” vilket innebär att anställda hela tiden ska känna pressen att öka takten och lösa problemen själva, att press är det bästa sättet att motivera människor. Den ständiga jakten på att reducera muda, speciellt väntetid leder till att arbetet intensifieras (Börnfeldt 2006, s.30). Enhetschef Edberg på BUP belyste att det finns en risk i att: *Lean kan missbrukas genom att driva upp takten så att personal blir sjukskrivna./.../ Det finns en gräns. Det handlar om att kunna styra det, man kan inte driva takten för långt.* Det gäller således att ledaren styr takten så att alla mår bra.

Ingen av respondenterna upplever att arbetet har intensifieras, trots att många pratar i termer av att snabba upp flödet. I lean ska de anställda tåla att deras arbetsrutiner kritiskt granskas av andra och visualiseras, vilket vissa kritiker också menar kan medföra stress och press (Börnfeldt 2006, s.31). Sjuksköterskan på BUP tror att stressen hålls borta genom att personalgruppen själv både har kommit med förbättringsförslagen och genomfört dem. Både chefer och medarbetare upplever att arbetstempot har blivit lugnare och att personalen nu mår bättre. Dock säger avdelningschef Persson att */.../ 40-45 procent av personalen har varit med i ett leanprojekt, resten tycker att det händer för mycket på en gång /.../ och det är svårt att få med alla,* vilket kan tyda på att det finns de som upplever det stressigt att ständigt komma med förbättringsförslag. En undersköterska på Ortopeden 12 berättade att hon kunde känna av stress av att */.../ nu måste jag komma på något nytt, men aldrig så att jag mår dåligt av det.* Att resultat och förbättringsförslag förs upp på leantavlan kan enligt vissa kritiker inge en känsla av tävlan och jämförelse som motiverar genom skam och stolthet (Börnfeldt 2006, s.41). Ingen av våra respondenter nämnde dock leantavlan som en tävling eller stressmoment utan ser den som ett hjälpmedel i arbetet.

Vidare lyfter Börnfeldt (2006) fram kritik om att arbetarna inte har så mycket kontroll över hur arbetsuppgifterna ska utföras utan de ska hålla sig till en standard (s. 30). Enhetschefen på BUP framhåller just att: *Lean gynnar inte dem som inte tycker om struktur och gärna vill göra lite som de vill.* Således kan, som tidigare nämnts, flexibiliteten i den människonära tjänsten inskränkas och personalen känna sig låst i sanningens ögonblick.

Vissa kritiker menar också att lean till viss del handlar om manipulation, att vissa viktiga aspekter måste döljas för de anställda och framställas som positivt för dem (Börnfeldt 2006, s.42). Verksamhetschef Gustavsson uttrycker att:

Ibland har jag fått ta till alternativa metoder för att få med personalen. Till en början pratade jag aldrig om förbättringsarbetet som lean. Först när det blir positiv uppmärksamhet då säger jag att det är lean.

För att få med sig läkarna, som han menar är okänt svåra att leda, är det enligt honom en förutsättning att undvika vissa begrepp och använda sitt medicinska förtroendekapital. Han förklarar genom att berätta att: *Man kan inte stå och säga kunden, då blir läkarna förbannade. Det gäller att veta hur man ska göra, vad som är ok, vilka metoder för att ta sig runt.* Organisationsstrateg Hägglin uppmuntrar dock alla till att använda begreppet lean för att hålla sig till vad det verkligen är så att lean ska få spridning och positiv klang. Följaktligen kan USiL få problem med implementeringen i och med att de talar om begreppet på olika sätt. Citatet ovan visar också på att diskursen är viktig i sjukvården (jfr Nordgren 2004), kundbegreppet är inte helt accepterat.

4.3.5. Högsta ledningens engagemang

Sjukhuschefen och ledningen på USiL har tagit beslut om att initiera lean och stödjer arbetet. Att den högre ledningen visar ett genuint intresse och uppmärksammar leanarbetet är enligt Fillingham (2007) avgörande för implementeringen (s.239), vilket flertalet respondenter håller med om. När beslut togs om att lean skulle införas på USiL lovade sjukhusledningen att all tid och alla resurser som varje enhet sparar in genom att arbeta med lean ska de få behålla och äga. Ingen ska straffas med besparingar för att de arbetar med lean, vilket alla våra respondenter lyfter fram som det viktigaste incitamentet till att implementera lean. Sjukhusledningen har dock ingen makt över budgeten, vilket gör att de kan få svårt att hålla löftet om politikerna bestämmer sig för att göra stora besparingar. Enhetschef Edberg menar:

Bent har lovat att om vi kan effektivisera får vi ha det kvar. Men sen om politikerna förändrar budgeten kanske det inte finns något val. Hittills har vi fått behålla allt och frigjort resurser. 'Om man drar ner på personal så dödar man lean'.

Således kan en styrande aktör rasera en annan aktörs trovärdighet vilket riskerar att hela implementeringen av lean brister. Vi tror därmed att politikernas stöd är avgörande för att lean ska bli långsiktigt då de är ytterst ansvariga för att fastställa budget för verksamheten. Dock berättade både organisationsstrategen och verksamhetscheferna att de idag får pengar på fel grunder:

Det är budget efter köer. Väntetider ger mer pengar. Det är aldrig någon som frågar 'vad sysslar ni egentligen med?' när det är långa köer till en avdelning. De tänker snarare 'de måste vara duktiga' och får därför mer pengar. Men det håller på att ändras tack och lov. Det har aldrig funnits incitament till förbättringar organisatoriskt (Gustavsson).

Region Skåne och politikerna är inte insatta i vad leanarbetet på USiL innebär. Organisationsstrategen Hägglin menar: *Det finns strukturer som inte hänger med inom Region Skåne, det måste vi jobba med. Långa vägar. Regionsledningen förstår inte vad vi gör. /.../ Lean ger sundare ekonomi på lång sikt. Det finns inga snabba klipp att göra här.* Våra respondenter menade att det hade varit mer fördelaktigt för alla parter om politikerna hade varit insatta och förstått att lean är ett långsiktigt åtagande eftersom de utgör en viktig del av verksamhetens styrning.

4.4. Beteende & engagemang

Hines med flera (2008) menar att den tredje möjliggörande faktorn är personalens beteende och engagemang (se figur 4), vilket är essentiellt eftersom det avgör om leanarbetet blir framgångsrikt. En människas beteende och engagemang är frivilligt och influeras av hennes värderingar, attityder och intentioner. Organisationen och dess ledare, liksom medarbetarnas personlighet påverkar deras engagemang, och hur de motiveras och utbildas är viktigt (Hines et al. 2008, s.10).

4.4.1. Motivation

Scania som ligger längst fram med leanarbetet i Sverige genomsyrades av 'vi är bäst' med fokus på både kvalitet och kund. Det var otroligt starkt och fanns där redan innan lean. I sjukvården är det brist på stolthet faktiskt. Många känner sig tilltufsade, eller nej, det är nog för starkt ord, de har inte fått utlopp för sin kompetens och kreativitet. Medarbetarna skulle kunna blomma ut mycket mer. Vi tror att lean kan hjälpa till.

Organisationsstrateg Hägglins citat ovan visar att det finns ett behov av att stärka personalen i sjukvården. En grundsten i lean är att personalen ska motiveras av att de känner att de äger förändringen och förstår sin roll (Hines et al 2008, s.36-37). Att varje teammedlems roll i verksamheten definieras i arbetet med lean leder ofta till ökat engagemang (Husby 2007, s.44). Verksamhetschefen Johansson på BUP uttrycker:

Grundtanken i lean är ju 'hur kan jag förenkla mitt arbete på ett sätt som ger bra resultat? Vad är det egentligen som behöver göras? Hur ska jag göra det?' Ingen tittar och säger vad som behöver göras, man skapar och gör tillsammans. Det är kärnan i lean, att medarbetarna själva ska göra. Det man själv gör engagerar. Om man jobbar med det själv så lär man sig, blir intresserad och stolt. Man bär det med sig och förhåller sig på ett helt annat sätt än om man får en uppgift av någon annan.

Citatet ovan är representativt för hur vi upplever att cheferna på USiL förhåller sig till lean. Det finns en medvetenhet hos våra respondenter om vikten av att sätta personalen i centrum, att de är experterna, vilket visar på en medvetenhet om att expertkunskapen finns närmast kund (jfr Grönroos 2002, s.219). Hägglin menar vidare att det är viktigt att alla förstår att: *Personalen ska äga sina processer, problem och lösningar. Alla ska känna det, vi ska inte pracka på. De känner inte det om någon säger 'gör så här'*. Vi menar att hon därmed har förstått att frihet att tänka, analysera, besluta och handla motiverar de flesta människor att göra ett bättre arbete och därmed till att skapa en bättre tjänst tillsammans med kunden (jfr Grönroos 2002, s.388). Ett praktiskt exempel på hur personalen kan känna att de äger projekten är att personalen på Ortopeden 12 själv initierar leanprojekten och utser ansvariga vars namn sätts upp på leantavlan. En sjuksköterska på BUP bekräftar att: *Jag motiveras av att jag känner att jag kan påverka och ser positiva resultat av det jag gör*. Uttalandet tyder på att även visuella resultat är en viktig motivationsfaktor, vilket många på USiL är medvetna om. Verksamhetschef Johansson berättar att: *Det gäller att hitta ingångar, vad de ska börja med, att det är tillräckligt små projekt så att de får en vinst, att man lyckas. Lagom stora projekt*. Implementeringen av lean startas ofta upp med enkla tekniker och verktyg som kartläggning av värdeströmmar och 5S eftersom de snabbt visar resultat som har enorm visuell effekt och involverar personalen som får ökat självförtroende, en känsla av empowerment och förstår vad de kan få ut av lean (Hines et al. 2008, s.34). Den nästan omedelbara och positiva feedbacken som små förbättringar ger är viktig för att sporra fortsatta ansträngningar för förbättring (Womack & Jones 2003, s.26). Många sjukhus börjar med verktyget 5S vid implementeringen av lean eftersom det anses användbart för att förstå processer och lägga grunden för förändringen (Esain et al. 2008; Ballé & Régnier 2007). USiL har som tidigare nämnts börjat med just 5S och värdeflödesanalys. Organisationsstrateg Hägglin menar att: *Det är viktigt att börja med det "lilla" och ta små steg, till exempel 5S: a lite i förråden ger snabba resultat*, vilket också tyder på att lean är ett internt

förbättringsarbete. Enligt henne blir många personalgrupper tilltalade av det lilla och det enkla, något som vi också märkte på Ortopeden 12. En undersköterska berättar:

Vi har mer ordning nu, rent, snyggt och undanplockat, bara det! Det är också skillnad att det är mer lugnt i korridoren nu, inget spring. Allt är samlat nu. Jag träffade en vikarie som jobbat här för ett år sen och sen hoppade hon in en dag i julas och hon märkte väldig skillnad.

De båda verksamhetscheferna menar att det bland personalen syns tydliga resultat av lean redan nu. Verksamhetschef Johansson uttrycker: *Det är lätt att se att folk har tagit till sig lean. Vi har ökat produktivitet och bättre utfall på personalenkäten. Finessen med lean är att alla vinner på det, rationaliseringar vinner bara vissa på. Vad kunden vinner på det var dock många av våra respondenter, som tidigare nämnts, inte riktigt medvetna om.*

När pilotprojekten nu har arbetat med lean ett tag och fått snabba, motiverande resultat kan det behövas annat för att motivera dem att gå vidare. Som tidigare nämnts finns en problematik med att enbart fokusera på verktyg för att få lean bestående (jfr Hines et al. 2008; Bhasin & Burcher 2006). Pilotprojekten på USiL har fått mycket uppmärksamhet från chefer, andra avdelningar och media, vilket de allra flesta framhåller som positivt och motiverande. En undersköterska på Ortopeden 12 tycker dock att *.../det är mycket folk här och tittar. Det kan bli lite jobbigt ibland när folk frågar. Hennes kollega menar att: Samtidigt känner man sig stolt för att man har genomfört det.* När lean inte längre är något nytt på USiL och får uppmärksamhet gäller det enligt organisationsstrateg Hägglin att personalen har inre motivation att fortsätta. Hon menar att nästa utmaning för lean support blir att inspirera till att jobba vidare:

Vi har ju börjat jobba med förändringsarbetet där det går riktigt dåligt. Det finns en risk att man slutar när man kommit upp en bit. Nästa utmaning blir att inspirera till att gå vidare efter ett år, vi har ingen färdig plan för det, men diskuterar det nu. Vi får börja jobba med det till hösten, hitta sätt att få dem att jobba vidare. Vi tittar mycket på hur de har gjort på andra ställen.

Hines med flera menar att också ledaren är viktig när arbetet med lean har pågått en tid (Hines et al. 2008, s.31) för att se till att motivationen inte avtar, något, som tidigare nämnts, flertalet av de chefer vi talade med var medvetna om.

4.4.2. What's in it for me?

Det handlar om kulturen på avdelningen. Vissa sitter fast i gamla tankegångar, inte illvilligt. Vi har en del verksamhetschefer som inte har förstått. De har inte kommit igång eller är fast i gamla tankegångar. De har inte sett den goda effekten, avvaktar, är försiktiga och blir kvar i det gamla 'vi behöver mer resurser'. De vill se hur det går för andra först. Det är svårt att omvända någon som inte vill.

Citatet, av organisationsstrateg Hägglin, ovan visar att om personal inte förstår vad en förändring mot lean innebär kan motstånd uppstå. För att få till en bestående förändring i kulturen är det viktigt att förstå varför motstånd uppstår och att arbeta med att reducera det (Hines et al. 2008, s.35). Hines med flera (2008) menar att denna typ av motstånd ofta uppstår om personalen inte förstår vad de får ut av den extra ansträngningen som förändringen innebär, på grund av avsaknad av uppskattning, belöning och incitament (s.36-37). Många av våra respondenter på chefsnivå poängterar att det viktigaste för att motivera till lean är att få alla att förstå vad de får ut av det. Inom tjänsteforskningen poängteras vikten av att få personalen att känna att de får någonting tillbaka av arbetet (jfr Grönroos 2002, s.367). Som organisationsstrateg Hägglin uttrycker det så gäller att alla inser *What's in it for me?* Flertalet av respondenterna ser, som tidigare nämnts, lean som ett sätt att få mer tid både till sig själv och till patienten. På Ortopeden 12 lyfter personal fram att: *Det bästa med lean är att vi ska förbättra för oss själva.* Således inser personalen att de kan få ut någonting av lean, men det visar också på att de i första hand inte fokuserar på kunden, vilket sannolikt begränsar tjänstekvaliteten.

Olika persontyper förhåller sig olika till förändring, vilket måste tas hänsyn till vid införandet av lean. Många förhåller sig till förändring med rädsla, vilket lätt skapar ångest och osäkerhet som kan medföra ett försvarsbeteende som utgör motstånd (Hines et al. 2008, s.35). På USiL går enheterna än så länge frivilligt in i arbetet med lean. Lean support kallar ingen, men informerar gärna och all personal har, som tidigare nämnts, möjlighet att spela leanspel och gå på öppna föreläsningar. Verksamhetschef Gustavsson menar att frivilligheten är en förutsättning för förbättringsarbete: *Om man säger 'nu ska alla....' så funkar det inte.* Organisationsstrategen Hägglin talade om "popcorn-effekten", att de inte lägger kraft på de som inte vill: *Vi måste strunta i de sista popcornen för annars bränns de som poppade först.* Denna inställning finns hos flera av de chefer vi har intervjuat, de förhåller sig avvaktande till de som visar motstånd och förlitar sig på att positiva resultat och engagerade medarbetare lockar med dem. Verksamhetschefen för Ortopeden menar:

Läkare är av tradition svåra att få med i förändringsarbete. Jag har valt att primärt inte involvera dem, de får själva fatta och nu börjar de spela leanspel. Det går inte att vända dem med militärt kommando. Jag får skicka iväg några med pondus, medicinskt förtroende som kommer tillbaks och säger att det är bra. Ingen skulle köpa det om någon kom och sa ' jag har läst organisationsteori i 20 år så jag vet att lean är bra'.

Att avvakta på detta sätt strider mot vad Hines med flera (2008) menar, att det gäller att redan från början få all personal i alla delar av organisationen att bli motiverad och engagerad i utvecklingen för att förbättringsarbetet ska bli bestående (s.34). Avdelningschef Persson för Ortopeden 12 menar dock att när avdelningen väl har bestämt sig för att arbeta med lean är det viktigt att alla är med: *De måste hoppa på tåget annars kan de jobba någon annanstans.* Även i denna fråga verkar det enligt oss som att USiL ser varje avdelning som en organisation i sig, vilket kan försvåra den helhetsförståelse och långsiktighet som behövs för att implementera en strategi för lean och skapa ett totalt tjänsteerbjudande med kunden. Vidare menar författarna att det ibland kan vara tvunget att låta vissa personer gå för att inte låta motståndet försätta organisationen i stagnation (Hines et al 2008, s.34). Ett exempel på detta är som tidigare nämnts att flertalet av våra respondenter är övertygade om att många traditionella chefer i sjukvården kommer att bytas ut framöver.

Verksamhetschef Gustavsson på Ortopeden gav exempel på när motstånd ofta uppkommer i sjukvården. Han berättade att: *Alla tidigare förbättringsprojekt hindrar. Folk är brända. Allt har kommit uppifrån med folk i kostym som använder fina termer /.../ Politiskt och organisatoriskt motstånd uppkommer då människor upplever att förändringen innebär att de kan förlora kontroll. Organisatoriskt motstånd, som Gustavsson gav exempel på, kan uppkomma när förändringar inte är initierade och uttänkta i organisationen (Hines et al. 2008, s.36).* Vidare berättar han att han som läkare har varit med om flertalet sådana förbättringsprojekt och då bara tänkt: *Åk hem nu*, vilket tyder på en avsaknad av förbättringskultur. Han, liksom övriga respondenter, menar att det är annorlunda med lean eftersom det initieras av medarbetarna. Beslutet om att lean ska implementeras på USiL har tagits på högre nivå, således har ”vad” kommit ovanifrån medan ”hur” utvecklas längst ut i organisationen närmast patienterna. Lean på USiL har därmed utvecklats internt, inifrån och ut, men att riktlinjerna för hur det praktiska arbetet ska genomföras utvecklas nära kund visar på att det ändå finns någon form av insikt i att organisationspyramiden bör vändas (jfr Grönroos 2002, s.338).

Eftersom sjukhusorganisationen bygger på professioner och läkarnas kunskap (jfr Hallin & Siverbo 2003) har de makt och kunskapsövertag i organisationen, vilket kan göra det svårt att få dem att se vad de får ut av förändringen. Alla våra respondenter på Ortopeden 12 poängterar som tidigare nämnts att läkarna är svåra att få med i leanarbetet. Avdelningschef Persson menar att: *Det är svårt att få läkarna med sig, de prioriterar inte detta i första hand. Läkare är enkelspåriga, de kör sitt eget race.* En förändring mot lean innebär att arbetet sker i tvärprofessionella team där läkaren är en teammedlem liksom de andra (jfr Womack & Jones 2003) och om de i dagsläget inte förstår sin del i helheten kan förändringen verka ogynnsam för dem. Lean kan därmed ses som ett hot mot deras maktposition vilket kan leda till att ett politiskt motstånd uppstår, det vill säga att förändringen inskränker på läkarnas makt och position (jfr Hines et al. 2008, s.36). I ADHD-teamet på BUP har arbetsuppgifter börjat fördelas mellan olika professioner, vilket minskar hierarkierna. Att en skötare som tidigare nämnts blev utsedd till biträdande enhetschef är ett tydligt exempel. De båda medarbetarna där påpekar också att de har bra stämning i sitt arbetslag och att alla kan komma med förslag till förbättringar oavsett profession, vilket visar på att om förståelse finns så kan lean riva hierarkierna. Samtidigt menar Hägglin att det finns en skillnad i hur professionerna tar åt sig leanverktygen:

Många grupper blir tilltalade av det lilla och enkla. Hur kan skilja mellan olika professioner. Läkarna tittar ofta på stora patientflöden och sjuksköterskor och undersköterskor tittar mer smått som 5S.

Citatet tyder på att så som USiL arbetar med lean idag så rivs inte alltid hierarkierna. Sjuksköterskorna får ingen helhetsbild av att arbeta med 5S och läkarna behåller kontrollen genom att ha överblick över patientflödet. Således har läkarna bättre överblick över tjänsteerbjudandet, medan sjuksköterskorna enbart ser sin lilla del i det.

Tekniskt motstånd handlar om att personal är rädd för att inte vara rustade att handskas med förändringen för att de inte förstår den. För att komma över det krävs rätt träning och kommunikation (Hines et al. 2008, s.36). Avdelningschef Persson på Ortopeden 12 berättar:

Om en medarbetare ger förbättringsförslag på leantavlan som jag bedömer inte går att genomföra så pratar jag alltid direkt med den personen. Det går inte att bara stryka ett förslag. De flesta brukar förstå och acceptera när jag har förklarat hur jag tänker.

Hines med flera (2008) menar att om förslag ges men feedbacken uteblir kan personal lätt bli omotiverad och tappa intresset för att engagera sig i förbättring (s.40). Således krävs

tvåvägskommunikation och feedback från ledaren för att personalen ska förstå att de har en viktig roll.

Under leanspelet såg vi exempel på en typ av tekniskt motstånd då en av deltagarna blev stressad och förvirrad när arbetsuppgifterna förändrades. Hennes bild av det var: *Nu får jag så många arbetsmoment så...nu blir det nästan för bra.* Organisationsstrateg Hägglin berättade att den första reaktionen på lean från många är att de inte har tid för det, och känner sig därför inte rustade att anta lean:

Jag träffar många i leanspelet som säger 'Ja, det låter bra, men när ska jag göra det?' Det gäller att investera tid i början, att hitta små saker så att man känner att man får in lite luft i systemet. Jag har stor förståelse för stressen, många har jobb upp till öronen, de är som en urvriden skurtrasa när de går hem. Man måste hitta bättre arbetssätt.

Det krävs följaktligen att personalen inser att de får ut något av lean och att det är värt att investera tid, vilket kan vara svårt då en sjuksköterska på Ortopeden 12 menar att: *Sjukvården präglas av att alla tycks ha så mycket att göra, alla verkar leva lite pressat.* Hägglin menar att det därför är avgörande att få alla att förstå vad lean handlar om så att de ser vad de kan få ut av det: *.../ att lean inte handlar om att jobba hårdare, utan smartare. .../*

4.4.3. Utbildning

Det är alltid svårt med allt nytt, det är väl det här med implementeringen. Hur ska man få folk att ta in kunskap så att de tror att de alltid har gjort det här, eller i alla fall borde ha gjort det?

Verksamhetschef Johanssons uttalande visar på att det är viktigt att få personalen att bli villig att ta emot kunskap. Alla anställda måste utbildas i leanfilosofin liksom planering, design, implementering och utvärdering av förändringarna (Radnor & Walley 2008, s.14). USiL använder i huvudsak leanspel, föreläsningar och utbildningsdag för att skapa förståelse för lean hos personalen vid implementeringen. Alla våra respondenter nämner leanspelet som extremt viktigt för att förstå vad lean handlar om och flertalet nämner att de inte skulle vilja vara utan det. En undersköterska uttrycker: *Jag har spelat leanspel, sjukt roligt! Vi lärde oss att man kan förändra, man får verkligen tänka till.* Verksamhetschefen Gustavsson menar att spelet tydliggör att det finns tid att spara: *.../ det blir nästan en fysisk upplevelse i spelet .../ Processen är viktigt. Det man ser på eftermiddagen ser man inte på förmiddagen.* Vid vår observation berättade organisationsstrateg Hägglin att spelet visar att det är viktigt att göra

förändringar i små steg, så att man lär sig på vägen och vänjer sig. Vidare menar hon att leanspelet illustrerar vikten av att lära sig att lyssna på varandra och fråga efter andras erfarenheter för att kunna förbättra. Sjukköterskan på BUP berättade:

*I vårt team spelade vi gemensamt och alla har samma mål så det funkade jättebra!
Jag har hört om folk som har spelat i blandade grupper med olika mål där det inte flöt lika bra.*

Hennes uttalande kan vara en indikation på svårigheten att arbeta över verksamhetsgränser inom sjukvården. För att kunna implementera leanfilosofin är det avgörande att skapa en stödjande kultur som präglas av dels ett proaktivt arbete med att reducera slöseri och dels av en teamkänsla (Dahlgaard & Dahlgaard-Park 2006, s.274). Leanspelet kan dock vara ett sätt att stärka teamkänslan och citaten ovan visar på att de grupper som redan arbetar i team har lättare för att tänka enligt lean, vilket också bekräftas av organisationsstrategen.

Utöver leanspelet ges en utbildningsdag för chefer eller team där lean support diskuterar och övar på metoder och verktyg utifrån vad verksamheten behöver. Verksamhetschef Johansson berättade att: *Vi tre chefer i chefshierarkin fick chefsutbildning. Vi var tvungna att veta hur det var för att kunna engagera.* Det är därmed viktigt att cheferna får utbildning som de kan föra vidare till sina medarbetare. Medarbetarna som vi har träffat är nöjda med den utbildning de har fått, samtidigt undrar vi om det kan behövas mer utbildning även för dem, exempelvis när enheterna kommer förbi den initiala fasen i leanarbetet. Enligt organisationsstrateg Hägglin finns inga vidareutbildningar och inte heller någon direkt plan för hur nästa fas ska angripas. Lean support, som finns tillgängliga för stöd och hjälp, tittar mycket på hur andra, framförallt utländska sjukvårdsorganisationer har gjort, men de måste ha en förståelse för att det krävs en anpassning till den svenska sjukvårdskontexten och USiL.

4.4.4. Lärande miljö

Har man arbetat med utvecklingsarbete innan är det bra, vi försöker ge cred till de som har varit bra innan, som tycker att de har sysslat med lean länge. Lean är lite större. Allt vi har gjort som fungerar bra ingår i lean. Vi har haft problem med isolerade öar av kvalitetsarbete innan, nu är alla med. Det viktiga är förbättringskulturen, det behöver inte heta lean, men är ju kul om det gör det (Organisationsstrateg Hägglin).

Ovanstående citat visar på att lean, trots att det är ett vitt begrepp på USiL, ger någon slags riktning på förbättringsarbetet som alla kan samlas kring. Hines med flera (2008) menar att det är viktigt att förstå att beteende är ett resultat av både personen och miljön och för att lean ska bli bestående måste alla delar, både personal och organisation, arbeta åt samma håll. Personalen måste vilja utmana sig själv (Hines et al. 2008, s.46). För att lean ska få fäste i organisationen måste kontinuerlig förbättring bli det rådande synsättet och det är därför av vikt att odla en lärande miljö i organisationen, där information är tillgänglig och delas av alla (Bhasin & Burcher 2006, s.58). Strategichef Lord framhåller dock att ett stort problem i sjukvården är att det inte finns något system för att ta tillvara på medarbetarnas idéer, vilket är slöseri eftersom de är experterna som känner till verksamheten och framförallt patienterna. Han berättar att det i en ”lean” organisation finns forum för detta, vilket får medarbetarna att känna att deras synpunkter tas på allvar. Under observationen av leanspelet nämnde en deltagare att: *Nu kanske vi får lov att utveckla vårt arbete. Långa tider har vi inte fått det utan varit tvungna att rätta oss i ledet.* Organisationsstrateg Hägglin håller med och säger att hon märker: *Det är skillnad, plötsligt får man ha åsikter, idéer, utveckla och så vidare. Tidigare var det lite locket på.* Således finns både en ovana vid och en önskan om att få komma till tals, vilket kan hänga ihop med den avsaknad av stolthet som organisationsstrateg Hägglin menar finns hos en stor del av sjukvårdspersonalen.

Enligt Fillingham (2007) uppmuntrar forum för diskussion om förbättring att kunskap delas och att medarbetarna lär av varandra. Personalen måste lära sig att upptäcka slöseri omkring sig i det dagliga arbetet, vilket kan vara svårt eftersom det lätt skapas sätt att arbeta ”runt” problemen som sätter sig i kulturen (Fillingham 2007, s.235). Organisationsstrategen bekräftar att så även är fallet i sjukvården: *Det är lätt att hamna i sitt eget med skygglappar, vi måste stanna upp och fråga ’hur gör vi egentligen?’.* Verksamhetschef Johansson på BUP menar att sjukvården handlar om: *Att skaffa ny kunskap som man ska implementera för att ge den bästa vården.* Det är därför av vikt att få möjlighet att ifrågasätta och ta reda på vilken kunskap som verkligen behövs. Avdelningschef Persson på Ortopeden 12 har lovat att den tid personalen sparar på att arbeta lean får de själva använda till utbildning och verksamhetsutveckling. Sjuksköterskorna på Ortopeden 12 berättade att ser utbildning och möjlighet att ta in ny kunskap som ett incitament för att arbeta med lean. Samtidigt ges ingen indikation på vem som gynnas av den kunskap som samlas och om det är vad som behövs för att förbättra tjänsteerbjudandet, eftersom kunden inte tillfrågas.

En viktig aspekt av lean är att göra information mer synlig och transparent så att människor blir mer motiverade att förbättra processerna och ser var värdet finns (Kollberg &

Dahlgaard 2007, s.16). För att upptäcka slöseriet är det av vikt att analysera och kartlägga helheten vilket kräver en viss transparens i organisationen (Womack & Jones 2003, s.19-21). Ett sätt att åstadkomma detta är leanspelet som uppmanar till att ifrågasätta sitt arbetssätt och på så sätt lära sig att upptäcka slöseri. Lärdomarna från spelet måste dock kunna användas och omsättas i praktik ute på verksamheten, vilket underlättas om de anpassas till respektive enhet och verksamhet. Som tidigare nämnts är kontexten i leanspelet hämtad från industrin, vilket innebär att det bygger på en varulogik snarare än en tjänstelogik (jfr Grönroos 2005). Det krävs således en anpassning av lärdomarna till den specifika sjukhuskontexten för att dessa ska bli användbara, något som ledaren har en viktig roll i. Organisationsstrateg Hägglin menar också att det är viktigt att varje avdelning utvecklar sin egen standard genom att stjäla idéer och göra dem ännu bättre för att känna att de äger processen, man */.../måste uppfinna hjulet igen på varje avdelning.*

Som tidigare nämnts används ofta exempel från andra organisationer av lean support för att inspirera. På USiL förmedlas också en del information om arbetet med lean, som till exempel vilka resultat pilotprojekten har uppvisat, i medarbetartidningen Lundajournalen som alla kan ta del av. Det saknas dock forum där de interna verksamheterna kan mötas över avdelnings- och professionsgränserna för att diskutera och utbyta erfarenheter kring lean. Verksamhetschef Gustavsson menar att genom att få studiebesök så skapas tillfälle att lära av varandra: *Många efterfrågar våra erfarenheter och då lär man sig genom att berätta och diskutera hur de gör och så vidare. På så sätt är det många hjul som börjar snurra.* Således finns mycket att tjäna på att låta personal från olika verksamheter mötas vilket också gör det lättare att få ett enhetligt tjänsteerbjudande som utgår från vad kunden verkligen vill ha.

4.5. Summerande analys

Alla de möjliggörande faktorerna måste som tidigare nämnts tas i beaktan för att en framgångsrik implementering av lean ska kunna genomföras och leanarbetet ska bli långvarigt. I ovanstående delar av analysen har vi funnit att de möjliggörande faktorerna överlappar varandra och i mångt och mycket är ömsesidigt beroende av varandra. Nedan summerar vi hur de möjliggörande faktorerna fungerar vid implementeringen på USiL.

Vi kan konstatera att det inte finns något konkret, gemensamt mål för lean på USiL och inte heller några direkta planer för hur arbetet ska fortlöpa efter den initiala fasen. Det finns dock en vision, om än något bred, och de chefer som vi har intervjuat har själva skapat en vision av vad som ska göras på deras enhet. Således tar sig lean olika uttryck över sjukhuset vad gäller synen på lean, vision, mål och uppföljning beroende på ledare och

verksamhet vilket genomgående är tydligt i vår studie. Ledarskapet är därmed avgörande för hur lean yttrar sig och får fäste på USiL då arbetet i pilotprojekten i första hand har handlat om att få personalen att se och förstå sin roll på den specifika avdelningen respektive mottagningen, snarare än på hela sjukhuset. En viktig uppgift för ledaren är således att anpassa lean till respektive verksamhet och skapa en terminologi som hör hemma i kontexten så att personalen förstår och blir engagerad. Exempel från den egna sjukvårdsorganisationen används i stor utsträckning för att förklara och inspirera.

I vår studie har det visat sig att den tekniska kunskapen hos ledaren är viktig, eftersom medicinsk kunskap är elementär i den professionsstyrda sjukvården för att anpassa lean, engagera personal och inge tillit. För att kunna föra ut lean så att det får fäste i organisationen krävs också att ledaren är stark i sin ledarroll, inte är rädd för att släppa taget och delegera utan låter medarbetarna komma till tals och påverka. I lean är medarbetarna experterna och en stor del av arbetet med lean på USiL har hittills bestått i att få personalen att förstå det. Följaktligen har USiL hittills främst sysslat med intern marknadsföring. Många tidigare kvalitetsförbättringsprojekt på USiL har misslyckats och runnit ut i sanden eftersom direktiven har kommit från en högre nivå eller från externa konsulter utan delaktighet från personalen. Vi drar därför slutsatsen att det är svårt att ändra arbetssätt om inte viljan och förståelsen för att det är möjligt att göra det redan finns.

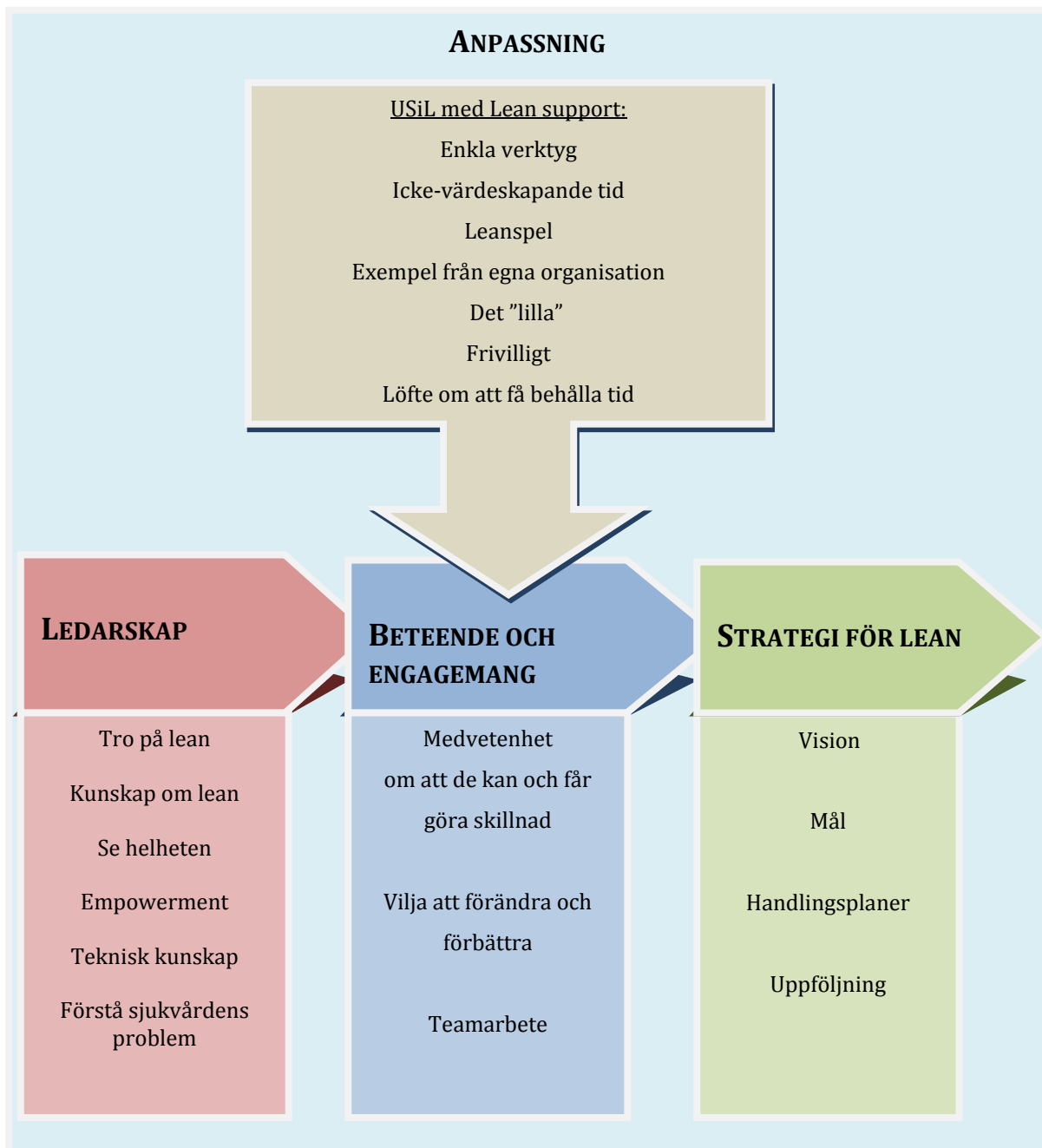
Ledarens engagemang och tro på lean och personalen är viktig för att inspirera och skapa en lärande miljö där personalen tror på sin förmåga, ser sin roll och ser mening med arbetet. Att arbetet organiseras i tvärprofessionella team tydliggör varje medarbetares roll i helheten och bidrar till att ge kunden en sammansatt tjänst. På USiL har det varit viktigt att börja med små förbättringar och enkla verktyg som ger snabba resultat eftersom det är motiverande för personalen, samt skapar förståelse för att de kan och får påverka. Leanspelet, som i första hand används i utbildningssyfte, tydliggör också varje medarbetares roll i processen, att de är viktiga och kan göra skillnad oavsett profession, men det krävs att lärdomarna anpassas till sjukvården och tjänstelogiken för att lärdomarna ska komma till nytta. Frivilligheten har också bidragit till att inspirera personalen, risken är stor att ett systematiskt införande av lean hade tagit död på allt engagemang. Dock saknas en helhetsbild och konsekvent uppföljning av lean på USiL. Alla ser utifrån sin enhet men har dålig insyn i och förståelse för vad som händer på övriga delar av sjukhuset. Lärdomar som hittills har dragits av leanarbetet fångas i viss grad upp av lean support, men någon konkret plan eller något forum där alla verksamheter får ta del av varandras erfarenheter saknas än så länge. Frivilligheten samt att det inte finns någon plan för det fortsatta arbetet med lean på USiL, gör

tillsammans med ovanstående att vi drar slutsatsen att implementeringen av lean inte är systematisk. Politiker, som utgör en viktig del av styrningen förstår inte och står därför inte bakom arbetet med lean på USiL, vilket är viktigt eftersom de bestämmer över resurser och bemanning som är en förutsättning för att personalen ska motiveras att orka förbättra.

I dagsläget tror vi därför att lean har svårt att få fäste i organisationen eftersom det saknas en klar och uttalad, kundfokuserad strategi för lean, vilket är en av de nödvändiga, möjliggörande faktorerna. Vi är dock tveksamma till att USiL, som en traditionell sjukvårdsorganisation, hade kunnat ta emot en sådan strategi utan att först arbeta med ett förändrat ledarskap med starka, coachande ledare och engagerad personal som tror på sig själva. Om det inte ens finns en förståelse för den egna rollen på enheten är det näst intill en omöjlighet att få en helhetsbild av hela verksamheten och känna tillhörighet med övriga delar, vilket krävs för att kunna erbjuda kunden ett totalt tjänsteerbjudande. I pilotprojekten som vi har studerat finns nu en coachande, hjälpande och stärkande ledare och engagerad personal med rätt beteende, vilket gör att vi tror att de nu är mer redo för att arbeta i samma riktning utifrån en strategi för lean och starka nog att möta kunden i sanningens ögonblick. Strategin måste dock utgå från tjänstelogik snarare än varulogik vilket är ytterligare en utmaning. Således ser vi de möjliggörande faktorerna ledarskap samt beteende och engagemang som en förutsättning för att en tydlig strategi för lean ska kunna antas på USiL. Vi anser därför att USiL arbetar med att så ett frö för att kunna anta en kundfokuserad strategi för lean, de arbetar med att stärka sin personal genom intern marknadsföring. Följaktligen kan de möjliggörande faktorerna tydliggöras på ett annorlunda sätt i en sjukvårdsorganisation som USiL.

4.6. Slutsats

Vi har funnit att beteende och engagemang är avgörande för att överhuvudtaget komma igång med lean på USiL och således också för att kvalitetsfilosofin ska få fäste i organisationen. Personalen måste förstå och bli medveten om att de kan och får påverka, och ledaren måste ge dem den möjligheten. Ledaren ska väcka engagemang hos personalen så att de förstår sin roll i verksamheten och blir mogna för att anta en kundfokuserad strategi med tydliga mål som gör att lean får fäste som filosofi i organisationen. Lean kan inte bli en bestående filosofi i organisationen om inte alla först förstår att de har möjlighet att påverka och förbättra, och därmed kan tänka enligt lean. Först när mognad och engagemang kring förbättring och verksamhetsutveckling finns, kan alla arbeta i samma riktning utifrån en gemensam och kundfokuserad strategi för lean. Hur implementeringen av lean i sjukvården kan tydliggöras visar vi i modellen nedan (se figur 6).



Figur 6: Vår modell av implementering av lean i sjukvården.

Den övre rutan visar vad USiL med Lean support har gjort för att uppmuntra beteende och engagemang, vilket således är typiskt för vår fallstudie. Övriga delar av modellen är enbart beroende av sjukvårdskontexten. I figuren ovan tydliggör vi att ledarskapet är den första möjliggörande faktorn på USiLs väg mot långsiktigt lean i organisationen. Det är viktigt att ledarskapet verkligen tror på lean som filosofi i sjukvården och har kunskap om kvalitetsfilosofin. Ledaren ska ha överblick över hela organisationen och se den egna verksamhetens del i helheten. Vidare krävs en förståelse för sjukvårdens problem som organisation samt teknisk kunskap för att kunna engagera och få med personal. Det är också

viktigt att ledaren vågar släppa fram medarbetarna och ger dem en känsla av empowerment. Rätt ledarskap som matchar personalgruppen, tillsammans med insatser och utbildning från USiL och lean support påverkar nästa möjliggörande faktor, beteende och engagemang hos personalen. Frivilligheten, leanspel, exempel från den egna organisationen, enkla verktyg och att börja med det ”lilla” har visat sig påverka beteende, engagemang och förståelse. Tillsammans med rätt ledarskap kan medarbetarna bli medvetna om vad de får ut av lean, att de kan och får göra skillnad samt bli villiga att förändra och förbättra, vilket är en förutsättning för att den sista möjliggörande faktorn, en strategi för lean, ska kunna antas. Strategin utgör en riktning och ska således innehålla vision, mål och handlingsplaner för lean på USiL. Det krävs också en systematisk uppföljning för att se till att riktningen och kundfokuset hålls. Det är först när alla de möjliggörande faktorerna fungerar som lean kan bli en filosofi som får fäste i organisationen. Under hela processen sker dels en anpassning av lean till verksamheten och dels en anpassning av verksamheten till lean. En del i detta är att sjukvårdsorganisationen först måste anpassa lean till tjänstelogiken. Således är anpassning mer än en del av strategin, det är avgörande för hela implementeringsprocessen. Avslutningsvis kan vi konstatera att det i sjukvården inte går att börja med en strategi utan att först förändra ledarskapet och stärka medarbetarna.

5. AVSLUTANDE DISKUSSION

I detta avslutande kapitel kommer vi att diskutera vårt resultat av studien och lyfta slutsatsen till ett vidare sammanhang, framförallt med hjälp av vår utgångspunkt, tjänsteperspektivet.

5.1. Reflektioner kring vårt resultat

Vår studie bekräftar att sjukvårdskontexten präglas av stuprör, hierarki, starka professioner och traditioner, avsaknad av incitament och personal som inte får utlopp för sin kreativitet och kompetens, vilket gör det svårt för organisationen att anta en kundfokuserad strategi för lean. Vår slutsats (se figur 6) visar att den svenska sjukvårdskontexten är så pass specifik att implementeringen av lean måste ske på andra premisser än i många andra organisationer. Det handlar om att förändra ledarskapet och se till att personalen blir engagerad innan strategin kan antas. Vi tror också att det faktum att USiL är en oerhört stor organisation, liksom många sjukhus i Sverige, kräver en anpassning av både lean och implementeringen. I vår studie upptäckte vi att synsättet och användandet av lean skiftar på de två pilotprojekten, troligen på grund av dels att vi har undersökt en avdelning och en mottagning, men också som en följd av att varje verksamhet uppmanas att utveckla och anpassa lean. Det är möjligt att vi hade funnit att lean hade tagit sig uttryck på fler och annorlunda sätt på USiL om vi hade undersökt andra avdelningar. Vi tror dock inte att dessa skillnader påverkar vår bild av hur implementeringen av lean på USiL som helhet går till. Det empiriska material som modellen över implementeringen av lean i sjukvården har utvecklats utifrån (se figur 6), anser vi vara representativt för sjukvårdskontexten eftersom i stort sett hela den svenska sjukvården är uppbyggd och fungerar på samma sätt. Vi vill därför hävda att vårt resultat och vår modell går att generalisera till den svenska sjukvårdskontexten i stort. Det finns förhållandevis få empiriska studier som behandlar lean i svensk sjukvård och därmed bidrar vår studie till ökad och ny kunskap på området. Att vi i vår studie utgår ifrån ett tjänsteperspektiv, som i mångt och mycket skiljer sig från den traditionella uppfattningen om svensk sjukvård, gör vårt bidrag än mer unikt. Trots att sjukvårdskontexten är specifik, den mest strukturfyllda organisationen i samhället, tror vi att implementeringen av lean kan tydliggöras på samma sätt i andra strukturfyllda kontexter, exempelvis socialtjänsten. Implementeringen kan även där behöva utgå från ett förändrat ledarskap och skapa engagemang hos personalen för att kunna få fäste.

5.2. Kan lean anta sjukvårdens utmaningar?

Att sjukvården är i kris är, som vi inledningsvis nämnde, ett uttalande som är ständigt aktuellt. Efter denna studie vill vi snarare hävda att det är kaos, och inte kris, som karaktäriserar sjukvården idag. Kaos, i bemärkelsen oordning och desorientering, kräver andra insatser än bara pengar och resurser. Vi har funnit att det viktigaste är att börja med små saker i den stora problematiken för att skapa en förståelse för att strukturen och organiseringsprinciperna behöver men också kan förändras. Således ska inte de stora och komplexa problemen angripas direkt, att börja med det lilla kan luckra upp. Så som implementeringen av lean har skett på USiL tror vi att en del av sjukvårdens problem kan lösas genom att förändra ledarskapet, stärka personal och främja teamarbete. När personalen inser att de kan påverka och förstår sin roll och dess betydelse kan de traditionella cheferna, hierarkierna och strukturerna inom sjukvården utmanas. Först då kan sjukvården utnyttja sina resurser på ett bättre sätt och också komma närmare ett totalt tjänsteerbjudande för kunden. Sjukvården måste först kunna strukturera upp sitt kaos och stärka sin personal för att kunna anta kundfokus. USiL har börjat med enkla verktyg, små medel, intern marknadsföring och förändrat ledarskap, men saknar fortfarande en strategi för lean vilket krävs för långsiktigheten. Vi tror att USiL nu är redo att våga utmana mer och anta en strategi för lean, vilket också kräver att styrande aktörer som politiker bör involveras. Lean har mer att erbjuda och vi tror att filosofin kan göra skillnad om den väl får fäste i organisationen. Vi upplever att alla enbart ser sin egen del och talar olika språk. Lean skulle kunna bidra med ett gemensamt språk, en vision och ett mål för sjukvården att samlas kring, både internt och tillsammans med de styrande aktörerna.

5.3. Tjänsteperspektivet

I studien har vi också fått bekräftat vad som framhölls som ett problem i inledningen, att det saknas uppföljning i sjukvården vilket är nödvändigt för att kunna arbeta kundfokuserat. Det måste finnas en förståelse för att tid och därmed tillgänglighet kanske inte är allt vad kunden vill ha, essentiellt är att kunna ge tjänstekvalitet genom att hantera variationen i de unika kundmötena på ett bra sätt i sanningens ögonblick. Överhuvudtaget tror vi att det är viktigt att inse att lean är utvecklat i en annan typ av kontext än sjukvården. Lean har sitt ursprung i industrin där varulogik är det rådande förhållningssättet, vilket innebär att organisationen ställer resurser till förfogande. I en tjänstelogik som bör vara rådande i sjukvården ska organisationen istället stödja kundens värdeskapande processer. Den första principen i lean är att definiera kundvärde som sedan ska ligga till grund för allt vidare arbete. Kunden ska

erhålla efterfrågat värde från organisationen i slutet av processen men inte vara delaktig innan, vilket innebär att kundbegreppet i lean har många beröringspunkter med patientbegreppet i sjukvården. Inom Service Management betonas istället vikten av att skapa värde tillsammans med kunden och således få med kunden i processen. Då ingen av våra respondenter på USiL nämner patienten som aktiv medskapare av värde i sjukvårdsprocessen är detta inte verkligheten ute i den svenska sjukvården. I vår studie har vi stött på en ovana, och ibland till och med en ovilja, att både tala om och betrakta patienten som kund i sjukvården. Det är tydligt att sjukvården har haft tolkningsföreträde vad gäller kundvärde och inte är van att fråga vad patienten verkligen vill ha. Att USiL ser tid och tillgänglighet som viktiga mått på kvalitet tycker vi också tyder på att de ser patienten som passiv snarare än aktiv, då patienten i dagsläget varken kan eller får påverka tid eller tillgänglighet i någon större utsträckning. Vi upplever att begreppets ursprungskontext, industrin, ibland blir lite väl tydligt vid implementeringen av lean på USiL. Leanspelet är som sagt helt industrirelaterat vilket vi tror förstärker den falska bilden av att sjukvårdens uppdrag är att ge värde till patienterna, istället för att som vi förespråkar, göra dem delaktiga i värdeskapandet. Ovanstående pekar på att det inte är säkert att en implementering av lean direkt gynnar kundfokus i sjukvården, det krävs en ständig anpassning till tjänstelogiken.

Personalen fokuserar i sjukvården idag till viss del på fel saker och känner därmed att de inte har tid att fokusera på kund och värdeskapande. Vidare känner de sig inte stolta och trygga i sitt arbete vilket krävs för att kunna skapa värde i en människonära tjänst. Vi tror att det är svårt att skapa värde i sanningens ögonblick tillsammans med patienten som kund, om inte processer och stödtjänster först fungerar väl och gynnar mötet. För att sjukvården ska bli mer kundfokuserad tror vi därför att dagens system måste ifrågasättas och utmanas. Vår uppfattning är att det först och främst krävs ett förändrat arbetssätt och en stark personal för att tjänstelogik ska kunna genomsyra sjukvården. Att med hjälp av lean först ta bort slöseri som ligger utanför tjänsten, som icke-värdeskapande tid, få struktur och stärka personalen för att kunna skapa värde i sanningens ögonblick och göra patienten delaktig, kan därför vara avgörande. Arbetet med lean på USiL har stärkt personalen, vilket kan göra dem bättre rustade för servicemötet. Vi tror därmed att lean i sjukvården kan bana väg för Service Management.

För att Service Management verkligen ska göra intåg i sjukvården är det dock viktigt att förändringsprocessen i sjukvården inte stannar vid lean utan att en parallell anpassning till tjänstelogiken sker kontinuerligt. Det krävs bland annat en förståelse för att tjänstelogiken handlar om att kunden alltid ska ha insyn i hela processen. Vi upplever att lean på USiL till

stor del handlar om att skapa struktur, rutin och standard kring tjänsten, vilket som tidigare nämnts i nuläget är viktigt i sjukvården. Men det får inte ske enbart utifrån vad som är bäst för personalen, kunden ska ha insyn och få möjlighet att bekräfta att förändringarna underlättar värdeskapandet. Visserligen kan en standard i botten ge trygghet och en bättre grund för tjänsten, men vi tror att en risk är att för många rutiner och standard kan sätta handklovar på personalen. De kan på så sätt hindras att möta det unika och oförutsägbara i sanningens ögonblick. Det krävs därför en insikt om att standard och rutiner kan ge personalen en mental bild av att även kundmötet ska ske utifrån en mall och att varje kund, som i industrin, ska efterfråga samma sak. Sjukvård kräver mer flexibilitet och en ständig medvetenhet om tjänstelogiken.

REFERENSER

Skriftliga källor

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Austin, M. D. (2002). *Human Services Management – Organizational leadership in social work practice*. New York: Columbia University Press.

Ballé, M. & Régnier, A. (2007). Lean as a learning system in a hospital ward. *Leadership in Health Services, Vol.20, No.1*.

Ben-Tovim, D. I., Bassham, J. E., Bolch, D., Martin, M. A., Dougherty, M. & Szwarcbord, M. (2007) Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre. *Australian Health Review; Feb 2007; 31*.

Bhasin, S. & Burcher, P. (2006). Lean viewed as a philosophy. *Journal of Manufacturing Technology Management, Vol. 17 No. 1*.

Bryman, A. & Bell, E. (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Malmö: Liber.

Börnfelt, P-O. (2006). *Förändringskompetens på industrigolvet. Kontinuerligt förändringsarbete i gränslandet mellan lean production och socioteknisk arbetsorganisation*. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet: Institutionen för arbetsvetenskap.

Dahlgaard, J. J. & Dahlgaard-Park S.M. (2006). Leanproduction, six sigma quality, TQM and company culture. *The TQM Magazine, Vol. 18 No.3*.

Esain, A., Williams, S. & Massey, L. (2008). Combining Planned and Emergent Change in a Healthcare Lean Transformation. *Public Money & Management, Feb 2008*.

Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services, Vol. 20 No. 4*.

Fölster, S., Hallström, O., Morin, A. & Renstig, M. (2003). *Den sjuka vården. En granskning av hur sjukvårdens resurser används*. Falun: Ekerlids förlag.

Grönroos, C. (2005). Från varulogik till tjänstelogik. I Corvellec, H. & Lindquist, H. (red.). *Servicemötet – Multidisciplinära öppningar*. s.227-234. Malmö: Liber Ekonomi.

Grönroos, C. (2002). *Service Management och marknadsföring – en CRM ansats*. Malmö: Liber Ekonomi.

Hallin, B. & Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hines, P., Found, P., Griffiths, G. & Harrison, R. (2008). *Staying Lean. Thriving, not surviving*. Lean Enterprise Research Center. Cardiff Business Technology Center, Cardiff University.

Hines, P. & Lethbridge, S. (2008). New Development: Creating a Lean University. *Public Money & Management, Feb 2008*.

Hines, P., Holwe, M. & Rich, N. (2004). Learning to evolve: A review of contemporary lean thinking. *International Journal of Operations & Production Management*; 2004; 24.

Husby, P. (2007). Becoming Lean. *Material Handling Management, Aug 2007*.

Kollberg, B. & Dahlgaard, J. J. (2006). Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management, Vol.56 No.1*.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Levin, B. & Normann, R. (2001). *Vårdens chans. En modell för morgondagens vård och äldreomsorg*. Falun: Ekerlids Förlag.

Liker, J. K. (2004). *The Toyota Way. 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*. New York: McGraw-Hill.

Lindgaard Laursen, M., Gertsen, F. & Johansen, J. (2003). *Applying lean thinking in hospitals – exploring implementation difficulties*. Center for Industrial Production, Aalborg University.

Martin, W. F. (2007). Quality Models: Selecting the Best Model to Deliver Results. *The Physician Executive*, May/June 2007.

Merriam, S. B. (1999). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Mintzberg, Henry. (1993). *Structure in fives. Designing effective organisations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.

Nordgren, Lars. (2004). *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*. Akademisk avhandling. Lunds universitet: Samhällsvetenskapliga fakulteten.

Normann, R. (2000). *Service Management - ledning och strategi i tjänsteproduktion*. Malmö: Liber.

Parker, S. K. (2003). Longitudinal Effects of Lean Production on Employee Outcomes and the Mediating Role of Work Characteristics. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, No. 4, 620–634.

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

Persson, J. E. & Westrup, U. (2006). “Delivering High Touch Services. Management System Support in Service Organizations. Uppsats presenterad vid EIRASS (The European Institute of Retailing and Service Studies) conference 2006 i Budapest, Ungern. Lunds universitet: Institutionen för Service Management.

Proudlove, N. Moxham, C. & Boaden, R. (2008). Lessons for Lean in Healthcare from Using Six Sigma in the NHS. *Public Money & Management*, Feb 2008.

Radnor, Z. & Boaden, R. (2008). Editorial: Lean in Public Services – Panacea or Paradox? *Public Money & Management*, Feb 2008.

Radnor, Z. & Walley, P. (2008). Learning to Walk Before We Try to Run: Adapting Lean for the Public Sector. *Public Money & Management*, Feb 2008.

Young, T., Brailsford, S., Conell, C. Davies, R., Harper, P. & Klein, J. H. (2004). Using industrial processes to improve patient care. *British Medical Journal*, Vol. 328, No. 7432.

Wikström, S., Lundkvist, A. & Beckérus, Å. (1998). Värdeskapande. I *Det interaktiva företaget. Med kunden som största resurs*. s.39-51. Stockholm: Svenska Förlaget.

Womack, J.P., Jones, D.T. & Roos, D. (2007). *The Machine That Changed the World. The Story of Lean Production – Toyota’s Secret Weapon in the Global Car Wars that is Revolutionizing World Industry*. New York: Free Press.

Womack, J. P. & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking. Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. London: Simon & Schuster.

Yin, R. K. (2003). *Case study research. Design and methods. Third edition*. Thousand Oaks: Sage Publication Inc.

Åsberg, L. (2007). Kortare väntetider trots ökande behov. *Lundajournalen*. Nr 4, s.4-5.

Åsberg, L. (2007). Arbete i liten skala ger snabbt resultat. *Lundajournalen*. Nr 6, s.8-9.

Elektroniska källor

Lord, M. (2007a). *Lean healthcare - räddningen för sjukvården?*

<<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/USIL/Dokument/InfoOmOss/OmLean.pdf>>

(Hämtad 080216).

Lord, M. (2007b). *Verksamhetsutveckling och Lean Production?*

<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/USIL/Dokument/InfoOmOss/lean_production.pdf> (Hämtad 080216).

Universitetssjukhuset i Lund - *Om oss*.

<<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=104872>>. (Hämtad 080216).

Muntliga källor

Edberg, A. Enhetschef, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080414.

Gustavsson, P. Verksamhetschef, Ortopediska kliniken. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080422.

Hägglin, Å. Organisationsstrateg, Strategiska staben, Lean support. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080225.

Johansson, M. Verksamhetschef, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080429.

Lord, M. Strategichef Universitetssjukhuset i Lund. Föreläsning PLAN-konferens 080408.

Lord, M. Strategichef Universitetssjukhuset i Lund. Föreläsning USiL 080417.

Persson, M. Avdelningschef, Ortopeden 12. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080417.

Skötare/biträdande enhetschef, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080506.

Sjuksköterska, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080506.

Sjuksköterska, Ortopeden 12. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080417.

Sjuksköterska, Ortopeden 12. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080417.

Undersköterska, Ortopeden 12. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080417.

Undersköterska, Ortopeden 12. Universitetssjukhuset i Lund. Personlig intervju 080417.

Observation

Leanspel. (080418). Seminariet, Universitetssjukhuset i Lund.

BILAGA - Intervjuöversikt

Respondent	Enhet	När	Var	Tid
Organisationsstrateg Åsa Hägglin	Strategiska staben Lean support	080225 + 080505	Seminarier, USiL.	2 h + 1 ½ h
Verksamhetschef Pelle Gustavsson	Ortopediska kliniken	080422	Ortopediska kliniken	1 ½ h
Avdelningschef Marie Persson	Ortopeden 12	080417	Ortopeden 12	1 ½ h
Sjuksköterska	Ortopeden 12	080417	Ortopeden 12	30 min
Sjuksköterska	Ortopeden 12	080417	Ortopeden 12	30 min
Undersköterska	Ortopeden 12	080417	Ortopeden 12	30 min
Undersköterska	Ortopeden 12	080417	Ortopeden 12	30 min
Verksamhetschef Morgan Johansson	ADHD-team, BUP	080429	BUP Annetorp, Lovisastigen	1 h
Enhetschef Anders Edberg	ADHD-team, BUP	080414	BUP, Örnvägen	2 h
Skötare/biträdande enhetschef	ADHD-team, BUP	080506	BUP, Örnvägen	45 min
Sjuksköterska	ADHD-team, BUP	080506	BUP, Örnvägen	30 min