

Lean från teori till praktik

En studie om implementering och organisationsförändring i
svensk sjukvård

Johan Öberg

Abstract

Lean has become a popular organization model during the late 21st century, and it is widely spread through healthcare with high expectations of improvement and reorganization. The implementation of a certain policy is in the literature seen as a crucial step in policy realization. To better understand Lean and its adaptation to healthcare, this study examines how Lean is being implemented into Swedish healthcare. The organization of public healthcare is an important issue affecting what kind of healthcare citizens can expect.

This case study uses a bottom-up perspective, and aims to answer how the implementation of Lean is executed in healthcare, and how the implementation of Lean can be understood. The study uses an implementation theory to highlight crucial flaws and opportunities in the application of Lean in healthcare. The studies' major findings are that Lean represents countless positive properties, making the model less distinct and more trivial. A model mainly consisting of a broad set of values risks to delegate its possible success to already established conditions and norms, such as leadership and organizational culture. However, the examined model has potential functioning as a legitimizing factor during reorganization, and more.

Keywords: Lean, healthcare, implementation, reorganization

Nyckelord: Lean, sjukvård, implementering, organisationsförändring

Antal ord: 10 506

Innehållsförteckning

1	Inledning	2
1.1	Syfte och frågeställning.....	3
1.2	Avgränsning.....	4
1.3	Disposition.....	5
1.4	Forskningsöversikt.....	5
1.4.1	Policyprocessen.....	5
1.4.2	Implementering.....	6
1.4.3	Organisationsteori.....	7
1.4.4	Forskning om Lean.....	9
1.4.5	Lean inom sjukvården.....	11
2	Teori	12
2.1	Förståelse, vilja och möjlighet.....	12
3	Metod	14
3.1	Metodologiska utgångspunkter.....	14
3.1.1	Bottom-up-perspektivet.....	15
3.2	Fallstudie och samtalsintervju.....	15
4	Material	17
4.1	Lean på Skånes Universitetssjukhus.....	17
4.2	Val av material.....	17
5	Analys	19
5.1	Vad är Lean?.....	19
5.2	Modellens resultat.....	22
5.3	Organisationskultur och ledarskap.....	23
6	Resultat och diskussion	26
6.1	Sammanfattning och resultat.....	26
6.2	Framtida forskning.....	28
7	Referenser	30
8	Bilaga: Intervjuguide	32

1 Inledning

Idéer och åtgärder för att förändra, förbättra och producera mer för mindre har sedan lång tid tillbaka varit heta ämnen för företag och organisationer. Jakten på organisatoriska förbättringsmodeller och raffinerade arbetssätt har eftersökts av så väl privat som offentlig sektor (jmf SOU: Innovationsrådet 2012; Region Skåne 2010). Ekonomisk åtstramning har pågått i svensk offentlig sektor sedan 70-talet, vilket har bidragit till att flera olika reformer har prövats i hopp om att effektivisera verksamheterna (Siverbo 2001, s11).

Lean kan ses som en av de trender som prövats, och modellen har sedan 50-talet vunnit stor mark inom både produktions- och tjänstesektorn. Lean-modellen är starkt influerad av Toyotas produktionsmodell, *Toyota Production System*, som enkelt uttryckt är en effektiviseringsmodell som erbjuder såväl värdegrund som metoder (SOU:Innovationsrådet 2012, s 13-14). Vad Lean egentligen representerar förtjänar en djupare diskussion¹, men för stunden nöjer vi oss med att se den som en organisationsmodell med syfte att förbättra verksamheter. Lean-modellen har fått ett internationellt genomslag, såväl akademiskt som praktiskt (Åhlström & Modig 2011, s 65). Varianter av modellen har applicerats inom olika branscher, även inom sjukvården (Waring & Bishop 2010, s 1332), som ligger i fokus för denna studie.

Personligen har jag som anställd inom sjukvårdens administration, på Skånes Universitetssjukhus (SUS), i olika sammanhang arbetat med Lean. Jag har stött på en stor tilltro till Lean som förändringsmodell. Modellen ses ofta som en lösning eller dellösning i ett ekonomiskt och resurspressat klimat. På pappret lovar den en ny modern sjukvård där alla är vinnare, så väl patienter som personal och skattebetalare (jmf Region Skåne 2010). Jag frågade mig om modellen kunde vara så bra som det utlovades, och vilka problem modellen gjorde anspråk på att lösa. Lean är inte den första modellen som utlovar ett paradigmskifte och jag fann det intressant att kritiskt granska en modell som tjänstemännen i verksamheten så varmt talade om. Att djupare förstå modellen anser jag vara intressant på grund av att den starka tilltron till Lean inte begränsar sig till ett sjukhus i Skåne, utan till flera sjukhus i Sverige och även internationellt. Utan att kunna peka på några exakta siffror står det klart att stora resurser satsas på modellen och att den representerar en förändringstrend inom svensk och internationell sjukvård.

¹ Diskussion om Lean återfinns i forskningsöversikten, kapitel 1.4.4 - 1.4.5

1.1 Syfte och frågeställning

”Lean healthcare har visat sig vara ett oslagbart arbetssätt för att använda de resurser vi har på bästa sätt.”
(Bent Christensen, tidigare sjukhuschef SUS, i Region Skåne 2010)

Citatet ovan kommer från SUS sjukhuschef som 2007 valde att införa Lean som organisationsmodell (Region Skåne 2010), och det indikerar tydligt så väl tilltron som förväntningarna på modellen. Men vad är Lean och hur bedrivs arbetet i verkligheten?

Syftet med denna studie är att skapa förståelse för Lean och dess effekter inom sjukvården, vilket är viktigt eftersom Lean utgör en strategiskt viktig del för många svenska sjukhus som är en del av vår offentliga vård. Hur vården organiseras och vilka värden som prioriteras påverkar den vård som medborgarna erbjuds.

Policyprocess-litteraturen pekar på att effekterna av beslut många gånger skiljer sig från beslutets avsikter. Detta orsakas av *implementeringsproblemet*, dvs. hur (legitima) beslut inte efterföljs i praktiken (Björkemarken 1995, s 52-53). På samma vis kan Lean studeras: Lean lovar mycket i teorin men hur efterföljs detta i praktiken? Med hjälp av implementeringsforskning så undersöks hur Lean appliceras i den faktiska verksamheten – dvs. hur implementering av modellen sker. Mot den bakgrunden ställs studiens frågeställning:

Lean lovar mycket, men hur har modellen implementerats i svensk sjukvård?

Huvudfrågan besvaras via två underfrågor för att göra den mer greppbar. Studien arbetar efter en idé om att implementeringen är ett avgörande steg i en policys förverkligande.

Hur implementeras Lean på en vårdavdelning? Hur kan implementeringen av Lean förstås?

De två underfrågorna är nära sammankopplade, där den första frågan syftar till att undersöka implementering av Lean på en medicinsk vårdavdelning. Svensk sjukvård är mer omfattande än en medicinsk vårdavdelning, men vårdavdelningen är en del av svensk sjukvård och bidrar kumulativt till att beskriva hur Lean implementerats i svensk sjukvård. Den andra underfrågan öppnar för problematisering och diskussion, och möjliggör analys av fallet. Eftersom de två

underfrågorna är nära sammankopplade görs i studien ingen distinkt skillnad på vilken av underfrågorna som besvaras, då de lämpligast besvaras parallellt.

Studiens frågeställningar besvaras genom en fallstudie med ett bottom-up-perspektiv² genomförd på en medicinsk vårdavdelning. Studiens resultat säger i första hand något om avdelningen och sjukhuset där den är genomförd, men resultaten pekar också på förhållanden som är viktiga för så väl Lean som för implementeringen av organisationsmodeller i sjukvården³.

Studien har inga utvärderande anspråk, syftet är inte att reda ut om Lean är bra eller dåligt, utan att genom diskussion och problematisering skapa förståelse för möjligheter och problem som uppenbarar sig vid implementeringen av modellen.

Frågan om hur ett beslut implementeras i verklig kontext är komplex att besvara. Verkligheten representeras av många olika aktörer och orsaksfaktorerna till ett besluts effekter är oräkneligt många. Svar på hur implementeringen av Lean kan förstås kan därför sökas i olika discipliner. Det är viktigt att understryka att studien inte gör anspråk på att kartlägga kausala samband mellan beslut och lyckad eller misslyckad implementering, utan snarare är den ett bidrag till att skapa viss reda och förståelse kring implementeringen av Lean i offentlig sjukvård. Genom att studera implementeringsfasen, som jag ser som en pågående process, kan studien peka på Leans potential och utmaningar kopplade till praktisk tillämpning av modellen.

1.2 Avgränsning

Att studera en policys implementering kan tyckas vara att rycka den ur sitt sammanhang, eftersom implementeringen bara är en del av en större process. I den kommande forskningsöversikten förklaras policyprocessen, där implementeringen i sig presenteras som ett moment av den komplexa verklighet som policyn befinner sig i. Hur en policy formas, definieras, förstås och studeras representerar enskilt omfattande forskningsfält. Så även implementeringsforskningen. Jag vill påpeka att studiens frågeställning gör en medveten avgränsning i sättet den strävar efter att undersöka hur en policy, närmare bestämt Lean, implementeras. Detta är en pragmatisk ansats som intresserar mig då den på grund av sin relativt låga abstraktion till fördel kan leverera mer konkreta resultat (givet arbetets omfattning). Frågeställningen gör alltså inte anspråk på att förstå varför Lean valts som förändringsmodell eller vilka tänkbara alternativ till Lean kan vara.

² Bottom-up-perspektivet förklaras i kapitel 1.4.2 och motiveras metodologiskt i kapitel 3.1.1

³ Möjlighet till generalisering diskuteras i kapitel 3.2.

1.3 Disposition

Studien är indelad i åtta kapitel. Kapitel 1 förklarar studiens relevans, syfte och frågeställning. Sedan följer en forskningsöversikt med fokus på policyprocessen, organisationsteori och forskning om Lean. I kapitel 2 presenteras den teori som analysen arbetar med. I kapitel 3 förklaras och problematiseras metodval. Kapitel 4 diskuterar studiens material, i form av intervjuer och dokumentation från SUS. I det femte kapitlet analyseras studiens material med hjälp av den i kapitel 2 beskrivna teorin. Kapitel 6 avslutar studien med en presentation av resultat samt en diskussion och förslag på vidare forskning. Kapitel 7 och 8 innehåller referenser respektive den intervjuguide som använts vid intervjuerna.

1.4 Forskningsöversikt

För att kunna besvara studiens frågeställning används forskning från etablerade forskningsfält (jmf. Teorell & Svensson 2007, s 44). Genom att placera studien i relevanta forskningsfält kan den bidra till dessa samt hjälpas av dem. Nödvändigt är att först återge en bild av forskningsfälten, vilket sker i innevarande kapitel.

1.4.1 Policyprocessen

Styrning av allt ifrån stater till individer har sedan lång tid tillbaka väckt intresse. I moderna ordalag handlar styrningen i stor utsträckning om hur relativt fria människor, långt ifrån de styrande, kan, bör och ska styras. Policystudier är ett tvärvetenskapligt studium som återfinns i flera discipliner. Denna tvärvetenskapliga ansats för att lösa samhällsproblem växte sig stark från 50-talet och framåt i USA, och återfinns i Sverige från 60-talet (Hall & Löfgren 2006, s 11-22). Policyforskningen är till sin natur omfattande och komplex, vilket leder till att olika ansatser och verklighetsföreställningar återfinns inom policyforskningen.

Det finns ingen entydig definition av policyprocessen. Hall och Löfgren menar att begreppet i bred bemärkelse handlar om ”ett fält av aktiviteter inom en specifik sektor av samhället” (ibid., s 25). I något snävare bemärkelse kan begreppet innefatta beslut, målsättningar, problemåtgärder eller modeller (jmf. ibid., s 25).

Forskning om policyprocesser syftar till att studera den process policyn uppfattas genomgå. Hur processen tolkas skiljer sig mellan forskare, men en vanligt förekommande modell är *the stagist model*. I den ses en policy föras fram via olika etapper som tar vid efter varandra (ibid., s 28). Modellen innefattar ofta problemorientering, framtagande av alternativ, rekommendationer, beslut, implementering, utvärdering och återföring av resultaten som i sin tur skapar en ny problemorientering (Björkenmarken 1995, s 44-45). Modellen har styrkor i sin

idealmodellistiska och greppbara konstruktion. För att göra något komplext (en beslutskedja) greppbart måste förenklingar ske. Viktigt att hålla i minnet är att den beskrivna modellen är just en modell, och att det rationella handlingsförloppet nödvändigtvis inte återfinns i verkligheten (jmf. Hall & Löfgren 2006, s 27-30).

Att studera policyprocessen som steg enligt ovan har fått utstå kritik för att den inte tar hänsyn till den gradvisa förändring och påverkan de olika stegen har på varandra. Att studera policyprocessen som ett gytter av påverkansfaktorer kan eventuellt vara mer gångbart. Policyprocessen kan då studeras på olika nivå. På en makronivå studeras det övergripande klimatet under vilken policyn formas och bedrivs, t.ex. med hänsyn till globaliseringens påverkan. Makroplanet är relevant för en policy, men svårare är att veta vilken påverkan dessa makrofaktorer har på den enskilda policyn (Hudson & Lowe 2004, s 7-9).

På mikroplanet studeras enskilda individer och institutioner för att förstå policyprocessen, t.ex. hur tjänstemäns agerande påverkar vilka effekter olika beslut får. Implementeringsfasen studeras på mikronivån (ibid., s 9-12), och på denna nivå befinner sig den här studien.

Inom policyprocessstudier används statsvetenskapens kunskap om beslut, institutioner och aktörers beteende för att förstå hur policys uppkommer och hur de genomförs. Ett förenklat sätt att se på policyprocessen är att den har två förgreningar, där den ena syftar till att beskriva varför ett problem över huvudtaget finns på agendan (eller inte finns på agendan). Här problematiseras bland annat diskurs, makt och institutionalisering. I den andra förgreningen läggs fokus istället på implementeringsfasen, det vill säga hur ett beslut eller en policy översätts i praktiken (Hall & Löfgren 2006, s 23-24).

1.4.2 Implementering

Implementeringsforskningen växte fram under 60- och 70-talet i samband med forskningsresultat som visade att politiska satsningar inom ett område nödvändigtvis inte gav avsedda effekter. Idén om ett linjärt och okomplicerat samband mellan beslut och förverkligande grusades. Istället möttes man av en komplex verklighet med otaliga aktörer. Frågan om varför beslut inte fick de avsedda konsekvenserna ställdes. Beslutens karaktär kunde inte förklara varför de inte översätts till verkligheten, således uppmärksammades implementeringen (Björkenmarken 1995, s 47).

I kapitel 1.1 beskrivs implementeringsforskningens huvudsakliga problematik. Nämligen varför legitima beslut inte efterföljs i praktiken. Forskningen har försökt besvara vad som måste till för att beslut ska omsättas till praktisk handling (ibid., s 52-53). Detta ledde till att det under 1970-talet uppstod en akademisk diskussion, där frågan var hur implementering bör studeras. Debatten kan förstås utifrån två idéskolor som benämns top-down och bottom-up. Top-down-perspektivet utgår från en föreställning om en linjär process där beslutsfattarna hierarkiskt delegerar sina beslut till utförande delar längre ned i organisationen (Löfgren 2012, s 7). Top-down skolan har fått utstå mycket kritik för att vara svagt empiriskt grundad och kan idag uppfattas som ålderdomlig, men dess

relevans består då perspektivet fortfarande präglar så väl beslutsfattare, journalister och även vissa forskare. Det bör tilläggas att uppdaterade versioner av modellen tagits fram på senare år, framför allt inom nationalekonomin (ibid., s 7-9).

Bottom-up-perspektivet grundar sig i Michael Lipsky's *Street-level bureaucracy*. Han menar till skillnad från top-down-perspektivet att närbyråkraten, som sjuksköterskan eller försäkringshandläggaren, fyller en viktig del i hur policyn utformas (Lipsky 2010, s 3-12). I bottom-up-perspektivet ses implementeringen som en process där beslutet omformas vid verkställande, beroende på den kontext där beslutet verkar (Björkenmarken 1995, s 59). Bottom-up-perspektivet värderar tjänstemannanivån som viktigare än beslut eller målsättning, eftersom policyn enligt teorin produceras på just tjänstemannanivå. Bottom-up-perspektivet har kritiserats för att ha svårigheter i att skapa generella hypoteser kring implementering, på grund av sitt metodval att studera enskilda fall och närbyråkrater (Löfgren 2012, s 10-11).

1.4.3 Organisationsteori

Organisationsteorin kan bidra med teorier om hur människor och organisationer samspelar, och utgör därför en viktigt komplement i implementeringsstudier (Björkenmarken 1995, s 50-51).

Att söka svar på hur organisationer fungerar och hur organisering kan förstås har varit ett statsvetenskapligt område med stor relevans sedan ämnets uppkomst. Den akademiska diskussionen om styrning inom organisationsteorin ligger på ett mycket generellt plan (Lundquist 1987, s 161-162). Organisationsteorins studieobjekt kan vara otroligt varierade, allt ifrån stater till enskilda organisationer (ibid., s 91-92). Bakka et al. menar att det är fördelaktigt att studera organisationer med generella termer, och att detta bör vara organisationsteorins avsikt (Bakka et al. 2006, s 11-17).

Som inom andra vetenskapliga discipliner finns olika verklighetsuppfattningar baserade på epistemologiska och ontologiska skillnader. De olika uppfattningarna mynnar ut i olika metodologiska val. Detta innebär att organisationer studeras på mycket olika sätt och att resultaten kommer att tolkas olika (jmf. Hatch & Cunliffe 2006, s 25-57). Att redogöra för de olika organisationsteoretiska skolor och strömningar som finns ryms dessvärre inte här. Istället väljer jag att fokusera på organisationsförändring, organisationskultur och ledarskap, som är relevanta teman för den här studien.

Organisationsförändring är en del av organisationsteorin, med sitt ursprung i pedagogik och socialpsykologi. Organisationer, både privata och offentliga, är idag utsatta för krav på förändring på grund av ekonomiska, teknologiska, marknadsmässiga och demografiska förändringar. Detta skapar ett behov av mer flexibla organisationer med hög reaktionsförmåga gentemot omvärlden (Bakka et al. 2006, 269-270). Organisationsförändring kan vara kopplat aktiva beslut, även kallat *omställning* inom organisationsforskningen. Denna typ av förändring sker innanför organisationens ramar, t.ex. i form av en ny effektiviseringsmodell eller

ett nytt arbetsredskap (jmf. *ibid.*, s 271-273). Organisationsförändring kan även vara en förändring som utvecklas av interna eller externa krafter i form av opinion och normer, som gradvis kan utvecklas. I organisationsforskningen studeras förändringen som en process som kräver genomtänkt styrning, och som tar tid. På grund av att organisationer utsätts för nya trender och villkor som ligger bortom organisationens makt uppkommer ett moment av osäkerhet. Nyare organisationsteori lägger mycket fokus på hur organisationer förhåller sig till denna osäkerhet, där problemet bottnar i att bygga upp en organisation som kan hantera nya förändringsvindar. Av den orsaken har *löpande förnyelse* blivit ett nyckelbegrepp inom organisationsteorin (*ibid.*, s 271-273).

Ledarskap är ett växande ämne inom organisationsteorin sedan 1960-talet (*ibid.*, s 191). Inom ämnet finns två huvudströmningar som studerar ämnet ur helt olika vinklar. Dels finns *management-området* som studerar ledarskap knutet till ekonomiämnen, dels finns *ledarskap* som är knutet till beteendevetenskapliga ämnen. Idag präglas ämnet av att kombinera de två strömningarna för att studera ledarrollen som en aktör vars uppdrag är att förhålla sig till ett komplicerat samspel mellan mål, teknologi och människor (*ibid.*, s 215-216). Beteendevetenskapen intresserar sig för begreppet *ledarstil*, där man via mindre experiment kunnat uttyda olika idealtyper hos ledare (ledarstilar). Den viktiga slutsatsen studierna mynnat ut i är att sättet ledaren betar sig på direkt påverkar medarbetarna och organisationen (*ibid.*, 205-209).

Organisationskultur är ett sätt att förstå organisationer, men även ett sätt att styra dem. Fokus läggs vid de icke-strukturella dragen i organisationen. Tomas Bergström beskriver kulturbegreppet som en viktig del i att söka förståelse för organisationers beteende. Traditionellt har organisationskultur setts som en andrahandsvariabel i analysen av organisationer, men Bergström menar att kulturen kan ses som ett helhetsperspektiv för att förstå organisationer, där andra variabler kan tolkas i termer av kultur. Vad kultur egentligen är finns det inga entydiga svar på, men en Bergström använder sig av följande definition (Bergström 2002, s 35-37):

- är relaterade till historia och tradition
- är djupgående
- är svåra att fånga och redogöra för
- måste tolkas
- är kollektiva och delas av medlemmar i en grupp
- har främst att göra med värden, innebörder, föreställningar, kunskap och andra immateriella saker
- är holistiska och subjektiva snarare än strikt rationella och analytiska

Under 1980- och 1990-talet så växte sig teorier om organisationskultur starkare i organisationsforskningen. Detta ledde till att olika skolor och perspektiv växte fram, bland dem rationalismen, funktionalismen och symbolismen. För den här studien är det tillräckligt att konstatera att tolkningen av organisationskultur är en subjektiv uppfattning (Bakka et al. 2006, s 126-127).

1.4.4 Forskning om Lean

Lean är ett begrepp som uppkom i managementlitteraturen i slutet av 90-talet. Begreppet myntades av forskare på MIT, ledda av Womach & Jones, som studerade bilföretaget Toyotas produktionsmodell (*Toyota production system*). Karaktärsdragen som utmärkte Toyotas biltillverkning kom att bidra till modellen ”Lean production”, som snabbt spred sig till andra delar av tillverkningsindustrin. På senare år har modellen även influerat tjänsteverksamheter (SOU: Innovationsrådet 2012).

Som nämns inledningsvis finns det flera definitioner av Lean. Modig och Åhlström menar att det finns lika många definitioner av Lean som författare som försökt definiera begreppet. Detta försvårar samsyn och förståelsen av modellen (Åhlström & Modig 2011, s 75). Lean består av olika komponenter på olika abstraktion, där vissa delar är konkreta medel och andra delar snarare kan förstås som filosofiska (ibid., s 85).

Ett sätt att se på modellen är att den består av två fundamentala moment, där det ena momentet är att skapa effektiva flöden, och det andra momentet är att skapa en verksamhet som fungerar självförbättrande (jmf. Modig & Åhlström, s 61-64; SOU: Innovationsrådet 2012, s 24-26). Med självförbättrande verksamhet menas att arbetsplatsen ska ha en kultur där problem uppmärksammas och avhjälps. Medarbetarna ska aktivt arbeta för en arbetsplats i ständig förbättring. Arbetssätt och processer inom verksamheten ska visualiseras och standardiseras för att problemen ska komma till ytan, först då kan de lösas. Vad som menas med effektiva flöden kräver en något mer ingående förklaring.

Effektiva flöden förstås bäst i förhållande till dess motpol, nämligen resurseffektivitet. Resurseffektivitet innebär att resurserna i en process används optimalt. T.ex. att en viss apparat används så ofta som möjligt eller att läkaren inte inväntar på patienter. Stordrift är en naturlig konsekvens av resurseffektivitet, då t.ex. ett tvätteri kan nyttjas optimalt om många sjukhus tvättar all sin tvätt på samma tvätteri. Denna organisationsstrategi har varit dominerande inom den industriella utvecklingen sedan 200 år tillbaka (Åhlström & Modig 2011, s 8-9).

Flödeseffektivitet fokuserar på den enhet som förädlas inom en verksamhet. Inom sjukvården handlar det om flödet som patienten genomgår i sin vårdprocess, patienten ses som den enhet som ska ”förädlas” (ibid., s 10-11). Ett kortfattat exempel som illustrerar värdeskapande tid: En patient ska laga en tand. Väntetiden i väntrummet ses inte som en värdeskapande aktivitet, inte heller konsekvenserna av en bortglömd remiss, men däremot själva besöket inne hos tandläkaren.

De båda effektivitetsformerna, resurs- och flödeseffektivitet står i kontrast mot varandra och en organisation som väljer Lean väljer bort idén om resurseffektivitet till fördel för flödeseffektivitet. Att på förhand peka på att den ena modellen är bättre än den andra är inte möjligt, utan beror på organisation och på vad som värdesätts inom den, den förädlade enheten eller organisationens resursutnyttjande (ibid., s 85-98).

Det är svårt att kortfattat återge vad Lean representerar på grund av den bristande samsynen på modellen forskare i mellan, men för att återge en

uppfattning om vad Lean kan handla om väljer jag Womack och Jones fem kännetecknande principer för Lean (SOU: Innovationsrådet 2012, s 15):

- Specificera produktens eller tjänstens värde för kunden. Vad är viktigt för kunden i det som erbjuds?
- Identifiera ”värdeflödet”. Exempel: Vad är värdeskapande moment för en patient som är i behov av en operation?
- Skapa ett optimalt flöde genom att helt enkelt minska ovan nämnda flaskhalsar och avvikelser i produktionskedjan.
- Skapa ett ”dragande system”. Verksamheten ska arbeta efter kundens efterfrågan.
- Sträva efter perfektion. En vision utan felaktigheter eller slöseri.

För att förtydliga modellen väljer jag att tillägga Likers beskrivning av Lean (SOU: Innovationsrådet 2012, s 16):

- Långsiktigt tänkande ska genomsyra verksamheten, även om detta sker på bekostnad av kortsiktiga ekonomiska mål.
- Skapa kontinuitet i processflöden så problem kan föras upp till ytan. Låta efterfrågan styra för att undvika överproduktion.
- Jämna ut arbetsbelastningen.
- Standardiserade arbetssätt som en grund i verksamheten för att möjliggöra ständiga förbättringar och personalens delaktighet i arbetet.
- Använda visuell styrning för att synliggöra problem.

I litteraturen behandlas Lean på olika abstraktionsnivåer, vilket är ett stort problem då frågan om vad Lean är blir svårbesvarad. Enligt Modig och Åhlströms studie visar det sig att Lean uppfattas som allt ifrån en filosofi och en kultur, till en förbättringsmodell och ett produktionssystem eller på lägsta abstraktion, som ett verktyg för att minska slöseri. Problemen med den skilda abstraktionen av begreppet är dels förståelsen av Lean och dels att man översätter modellen ”fel”, i den bemärkelsen att konkreta medel översätts från en verksamhet till en annan, istället för att applicera modellen på den egna verksamheten (Åhlström & Modig 2011, s 75-81).

Modig och Åhlström visar med en studie där man låtit individer som arbetar med Lean förklara ”Varför implementerade er organisation Lean?” Svaren blev en uppsjö av goda organisatoriska egenskaper. Exempelvis: Förbättra servicen, frigöra tid, minska fel, förbättra kvaliteten, utveckla medarbetare, minska kostnader mm. Problemet med detta är att Lean ses av många forskare och praktiker som en lösning på allt. Modellens relevans blir ifrågasatt när allt bra är Lean och Lean är allt bra. Lean blir en trivial modell utan egentligen substans om det inte finns några alternativ. Om allt gott är Lean, är Lean då någonting? Modellen måste definieras och förstås utifrån ett tydligt val där något annat väljs bort, först kan modellen tillföra något (jmf. *ibid.*, s 82-84).

1.4.5 Lean inom sjukvården

Lean är en modell som applicerats inom olika branscher, och forskningsöversikten lämnar härmed den generella diskussionen om Lean för att fokusera på forskningsresultat om Lean inom sjukvården.

En utmaning Lean står inför är att definiera vilka typer av värden som ska premieras. Young och McClean studie pekar på att olika värden prioriteras vid införandet av Lean. Olika yrkesgrupper tenderade att arbeta antingen för klinikens effektivitet i form av minskade kötider, eller för kliniska förbättringar som dock kunde skapa längre kötider (Young & McClean 2008).

Lean fokuserar som tidigare nämnts mycket på värdeskapande processer, där värdet definieras efter den totala kundnyttan. Radnor et al. beskriver utifrån en studie att det i detta sammanhang uppstår problem när Lean överförs till sjukvården, eftersom kunden inte är självklart definierad. Även om personalens uppfattning om vem som är kund ofta visade sig vara patienten så är det oklart vad patienten efterfrågar. I många andra sammanhang är kunden den betalande, men i fallet om allmän sjukvård är det inte lika självklart. Är kunden patienten eller är det finansierarna, som landsting/skattebetalare? (Radnor et al. 2012).

Implementeringen av Lean har enligt Radnor et al:s studie framför allt skett på klinisk avdelningsnivå och i desto mindre utsträckning inom administrativa avdelningar. Vidare så har Lean implementerats innanför avdelningens egna väggar i hög utsträckning, och sällan skapat patientflöden över fler avdelningar. Radnor et al. menar att Lean har implementerats som ett sätt att möta avdelningsutmaningar, som överbeläggningar, snarare än att höja kvalitet och service för patienten. Lean implementeras som en engångsåtgärd och ses inte som en ständig process av utveckling och förbättring, som modellen i teorin förespråkar (ibid., 2012).

Warring och Bishop redovisar med sin studie av en operationsavdelning tre slutsatser (Warring & Bishop 2010).

- Ledarskapet är en viktig del för hur Lean kommer komma att ge resultat, det är viktigt att ledningen tydlig uttrycker vilka värden och syften modellen ska sträva efter att uppnå.
- Enbart ett mindre antal av klinikpersonalen tog till sig Lean och arbetade aktivt med modellen. Dessa individer kan enligt studien ses som eldsjälar i förändringsprocessen. Författarna frågar sig om dessa eldsjälar är drivna av Lean eller om förändringarna ändå hade uppnåtts då drivkrafterna kan vara personliga eller karriärmässiga.
- Lean och förändringarnas legitimitet har ifrågasatts gällande modellens motiv och modellens problem med att bevisa förbättringar. Ytterst handlar det om att personalen som motsätter sig modellen värnar om patienterna och ifrågasätter modellens lämplighet.

I stor utsträckning är forskningen kring Lean positiv till modellen och översättningen av den till sjukvården. Mazzocato et al. skriver efter en större studie av forskningsfältet Lean i sjukvården, att modellen framgångsrikt applicerats på många olika områden. Modellen har bidragit till förbättrad kvalitet, tillgång, effektivitet och minskad dödlighet (Mazzocato et al. 2010).

2 Teori

Min analys tar stöd emot Lennart Lundquists styrmodell (Lundquist 1987). Modellen utelämnar mycket åt analys och tolkning, och bidrar med verktyg för att strukturera utföra analysen med hjälp av nyckelbegrepp för att förstå styrning och implementering. Den valda teorin befinner sig på en hög abstraktion och låter det enskilda fallet ta stor plats i analysen. Detta ser jag som mindre problematiskt eftersom studiens frågeställning är teorianvändande och inte teoriprovande eller teoriutvecklande.

2.1 Förståelse, vilja och möjlighet

Begreppen förståelse, vilja och möjlighet är hämtade från Lennart Lundquists modell *The steering model* (ibid.). Jag väljer att enbart använda en del av modellen, men innan jag motiverar detta val så vill jag återge vad *The steering model* innebär.

Modellen kan förstås som en holistisk modell för styrning av samhället, delar av samhället eller rentav individer som ingår i det (ibid., s 90). Modellen fokuserar på två dimensioner, aktör och struktur. Strukturplanet syftar till att förklara hur strukturer på högre abstraktion påverkar strukturer på lägre abstraktion. T.ex. hur samhällets fundamentala normer styr normerna inom ett visst nätverk av organisationer. Strukturerna påverkar i sin tur aktörerna genom socialisering, information och begränsning. T.ex. så kan ett värde på strukturplan socialisera aktörerna inom en organisation, så att de diskursivt styrs i sina handlingar eller genom att påverka verklighetsbeskrivningen hos aktörerna (ibid., s 37-90).

Den del av modellen som jag kommer att använda analyserar relation mellan styrd och styrande aktör, samt kommunikationen mellan dem. Denna del kan ses som en utplockad del från den helhet modellen ursprungligen beskriver. Modellen förklarar aktörers relation i styrningsprocessen. Enligt modellen kan den styrande A och styrda B ha tre egenskaper vardera: *förståelse, vilja och möjlighet*. (Min översättning av *understand, will* och *can*). De olika egenskaperna påverkar hur väl styrningen fungerar, och båda parterna har i de tre egenskaperna en varsin roll.

Förståelse innebär B:s förståelse av A:s styrande direktiv, tydlighet och precision från A:s sida är avgörande. A:s förståelse av B:s egenskaper och handling påverkar också styrningen.

Vilja innebär att B måste ha incitament för att bli styrd i en viss riktning. En personlig motsättning mot ett beslut eller misstro mot A påverkar B:s vilja att

styras. För A innebär *vilja* normer, målsättningar och värderingar – alltså allt som ger A syfte till att styra.

Möjlighet: Även om B förstår och vill implementera A:s styrning så måste möjlighet för detta finnas. B måste ha möjlighet att följa styrningen. Om B inte har möjlighet att implementera A:s styrning kan det bero på ekonomiska, kunskapsmässiga eller organisatoriska begränsningar. För A innebär *möjlighet* vilken förmåga A har till att få B att styras, och alltså få det avsedda att ske genom B:s handling. I denna strävan kan A stärka B, t.ex. genom symboliska akter som att legitimera B:s agerande inför andra aktörer (ibid., s 75-78).

De tre beskrivna delarna bör ses som en förenklad modell av en komplex maktrelation, där de olika komponenterna samverkar och påverkar varandra.

Med modellen sammanfattad väcks en mycket relevant fråga, nämligen skillnaderna mellan styrning och implementering. Enligt mig kan implementering ses som en typ av styrning. Där en policy implementeras utförs en driven förändring – en form av styrning där en part påverkar en annan (parterna är nödvändigtvis inte individer). Löfgren menar att begreppen *understand*, *will* och *can* förklarar just implementeringsproblematiken (Löfgren 2012, s 5). Även Björkenmarken menar att Lundquists teori är ett försök till att sammanfatta ”nödvändiga villkor för lyckad styrning och därmed också lyckad implementering” (Björkenmarken 1995, s 59).

Att plocka bort strukturplanet som Lundquist diskuterar i sin modell kan tyckas vara att förvanska den. Han skriver själv att studier som inte går på djupet i strukturella förhållanden får en sämre förklaringskraft (Lundquist 1987, s 45). Studiens frågeställning handlar om implementering och inte om styrning eller policyprocessen i sin helhet. Bakomliggande strukturer är enligt policyforskningen viktiga för en policys uppkomst (agenda setting), men strukturerna spelar en mindre roll i implementeringen som jag studerar, där modellens mottagande i verksamheten står i fokus. Givetvis finns det strukturer och normer i ett socialt samspel oavsett skala, men verktygen den avgränsade modellen ger bör vara tillräckliga med hänsyn till studiens omfattning och frågeställning.

Lundquist menar att modellen, som fokuserar på två individer, inte oreflekterat kan översättas till kollektiv (som organisationer). Gränsdragningen mellan individ och kollektiv är inte oproblematiserad (ibid., s 79-80). Vilka aktörerna är i fallet Lean på SUS är svårt att säga, och måste hållas öppet för diskussion (jmf ibid., s 90). Med studiens pragmatiska ansats existerar framför allt tre aktörer i kapitel 5, analys: Sjukhusledning (som aktivt väljer Lean), enhetschef (som aktivt driver implementeringen på sin avdelning) och vårdpersonal (enhetschef och vårdpersonal som ska bedriva Lean-arbetet).

3 Metod

I kapitel 3 redogörs för metodval och metodologiska utgångspunkter. Kapitlet är indelat efter *Metodologiska utgångspunkter*, *bottom-up-perspektivet* och *Fallstudie och samtalsintervju*.

3.1 Metodologiska utgångspunkter

Vilken vetenskapsteoretisk utgångspunkt en forskare har är en relevant faktor för metodval, och därmed även vilka resultat som kan förväntas, eftersom vetenskapsteorin genomsyrar hela forskningsarbetet. Med vetenskapsteori syftar jag på ontologisk och epistemologisk uppfattning (Esaiasson et al. 2007, s 17). Orsaken till att jag väljer fallstudie med samtalsintervjuer är att jag vetenskapsteoretiskt föreställer mig att individens berättelse och min analys av denna besvarar studiens frågeställning bättre än kvantifiering av olika data. Jag anser att det inte finns några objektiva svar på en sådan fråga, utan ett transparent tolkningsarbete bidrar lämpligast till att besvara frågeställningen. Direkta kausala samband är inget som eftersöks. Forskningsöversikten om implementeringsforskning visar på att detta är en orimlig ansats när implementering analyseras.

En forskningsfråga bör leva upp till inom- och utomvetenskapliga kriterier gällande relevans. Med utomvetenskaplig relevans menas att studien bör ha mening för omvärlden, och utgå ifrån en social och politisk verklighet (Teorell & Svensson 2007, s 18). Något jag anser att min forskningsfråga uppfyller, då studien ägnar sig åt en del av vår offentliga förvaltning och hur vården organiseras. Med inomvetenskaplig relevans menas att studien ska vara bidragande till rådande forskning och ses som ett kumulativt bidrag. Detta uppnås via ett principiellt problem som kan anknytas till ett forskningsområde (ibid., s 18-19). Studien bidrar till implementeringsforskning, organisationsteori och förståelse av Leans applicering inom sjukvården.

Uppfattningen om forskarens roll i forskningsarbetet är beroende av vetenskapsteori, eftersom idén om en objektiv verklighet och objektiv kunskapsinhämtning negligerar subjektet. Med en mer tolkande eller hermeneutisk hållning (jmf Hollis 1994, s 16) är forskarens roll viktig. Då jag själv arbetar på SUS med omorganiseringar och arbetssätt har jag en uppfattning om Lean som kan komma att påverka resultaten, men i strävan efter intersubjektivitet vill jag tydligt beskriva min förförståelse (jmf. Teorell & Svensson 2007, s 54-55).

Jag har tidigare meddelat att min uppsats inte gör utvärderande anspråk, utan försöker skapa förståelse av implementeringen av Lean genom diskussion och problematisering. Det kan tyckas vara märkligt att jag samtidigt som jag pekar på forskarens subjektiva tolkning, menar att uppsatsen inte är utvärderande. Jag vill understryka att resultaten är subjektivt präglade, det är de alltid enligt mig, men studien strävar inte efter att göra en utvärdering i mening om att noggrant bedöma något eller fastställa modellens värde (jmf Vedung 1998, s 20).

Jag vill understryka att jag utför studien på en avdelning där jag inte har några yrkesmässiga eller personliga band, någon förväntan på studien finns således inte. Jag utför studien i rollen av student och inte medarbetare, detta har det inte rått några tvivel om under intervjuernas genomförande. Min förförståelse om Lean är mycket splittrad, då jag fått en bild av att vissa personer, både chefer och sjukvårdspersonal, ser stor potential i modellen. Men jag har också fått intryck av Lean är en i raden av förbättringsmodeller som kommer och går. Därmed intresserar jag mig genuint för studiens resultat. Jag vinner eller förlorar inget på att förmedla en negativ respektive positiv bild av Lean. Jag ser min anställning som en tillgång i forskningsarbetet, då materialet jag söker skulle vara svårare att uppnå utan mina kontakter och erfarenheter.

3.1.1 Bottom-up-perspektivet

Michael Lipsky's *Street-level bureaucracy* (1980) har jag kortfattat redogjort för i forskningsöversikten. Jag väljer att ägna några rader åt samma ämne i metodkapitlet.

Bottom-up-perspektivet kan enligt mig ses som en teori om syftet är att pröva eller visa på att politiken utspelar sig på en tjänstemannanivå. Personligen menar jag att tjänstemännen har en stor del i politikens resultat. För studien innebär detta att bottom-up-perspektivet används som en metodologisk utgångspunkt snarare än en teori, även om gränsdragningen kan diskuteras. Min uppfattning om bottom-up-perspektivet genomsyrar mina metodval, som samtalsintervjuer med personal.

3.2 Fallstudie och samtalsintervju

Fallstudie som metodval kan motiveras eftersom materialet jag söker är en djupdykning för att se hur något uppfattas och upplevs, inte hur något beskrivs av en teori eller modell. Som Kvale beskriver intervjumetoden: *"Det ska vara meningsfull kvalitativ forskning om människors liv och inte ett positivistiskt, kvantifierat datainsamlade på grundval av abstrakta teorier"* (Kvale 2007, s 83). Fallstudiemetod har sin styrka i djup men sin svaghet i bredd, då forskningen riskerar stå ensam utan komparation. Detta avhjälpes lämpligt via beskrivna kriterier om utom- och inomvetenskaplig relevans och därmed kumulativitet.

Studiens huvudfrågeställning har en högre abstraktion än de två underfrågorna. Huvudfrågan syftar till att undersöka Leans implementering i svensk sjukvård, och besvaras genom en djupdykning i form av en fallstudie. Svensk sjukvård består av mer än den avdelning där min fallstudie är genomförd, men avdelningen är en del av svensk sjukvård. Därmed väcks en fråga om vad en medicinsk vårdavdelning kan säga om svensk sjukvård. Problematiken som uppstår handlar om en fallstudies möjlighet att generalisera. Esaiasson et al. varnar för att dra slutsatser på kvantitativ basis från kvalitativa slutsatser. Däremot kan den kvalitativa forskningen generalisera i abstrakta termer som kartläggning av tankgångar eller uppfattningar, men utan att blanda in frekvens (Esaiasson et al 2007, s 189). Med detta menas att fallstudien kan motiveras med hållningen att studien inte gör anspråk på att ha kartlagt alla förhållningssätt, men att de förhållningssätt som hittats finns och att de är empiriskt grundade (ibid., s 189-190).

Kvale beskriver intervjuforskningen utifrån olika stadier som fungerat som utgångspunkt för studiens intervjuer (jmf. Kvale 1997, s 84-85). Bland annat menar Kvale att arbetet bör planeras med hänsyn till etiska aspekter. Mitt forskningsområde rör inget känsligt ämne, men anonymitet kommer att garanteras vid intervjutillfället eftersom personalen ska kunna anförtro sig med sina åsikter och upplevelser. Negativa kommentarer skulle utan anonymitet kunna hålls tillbaka i rädsla för att ses som en bakåtsträvare. Intervjumetoden innebär alltid ett etiskt problem eftersom man forskar om det privata, för att presentera det offentligt (Kvale 2009, s 78).

I samtliga av de genomförda intervjuerna har jag informerat den intervjuade om frivilligheten till att delta, och berättat om studiens syfte (jmf ibid., s 146-147). Under intervjuerna har en intervjumall använts. Syftet med den är att bryta ned den övergripande frågeställningen till mer pragmatiska frågor och samtalsämnen. Jag använder en halvstrukturerad intervjuguide, med på förväg uttänkta områden som ska täckas, men det ges utrymme för samtal och sidospår. Min intervjuguide återfinns som bilaga.

Mina intervjuer är transkriberade för att underlätta analysen (jmf Kvale 1997, s 85). Efter att resultaten analyserats rekommenderar Kvale verifiering av resultaten, i form av att fastställa resultatens generaliserbarhet, reliabilitet och validitet (ibid., s 85). Detta innebär att metodologiskt utvärdera sina resultat. En studies validitet utvärderas olika beroende på utvärderarens vetenskapsteoretiska uppfattning. Kvale introducerar ett balanserat tänkesätt kring intervjumetodens validitet som kortfattat går ut på att skapa trovärdighet och pålitlighet i studien (Kvale 2009, s 263), vilket uppnås via kritisk kontroll av sina resultat för trovärdighet och rimlighet (ibid., s 268) Med andra ord eftersträvas intersubjektivitet. Intervjuresultaten återges i form av citat i analyskapitlet för att skapa transparens och i någon mån minska det tolkningsföreträde som jag besitter. Med detta menar jag att enbart en bråkdel av det totala intervjumaterialet valts ut i analysen.

Samtliga intervjuade har fått erbjudande om att godkänna den transkriberade versionen av intervjun, något som några tackade ja till. Avdelningen där studien är genomförd röjs inte utan benämns i studien som medicinsk vårdavdelning.

4 Material

Kapitel 4 redogör kortfattat för det empiriska material som analyseras i studien.

4.1 Lean på Skånes Universitetssjukhus

SUS valde att införa Lean hösten 2007 och arbetet pågår sedan dess. Beslutet togs av dåvarande sjukhuschefen Bent Christensen (SUS 2007, Region Skåne 2010). Det finns gott om dokumentation om SUS arbete med Lean på deras egen hemsida, som är fylld av exempel från sjukhuset där Lean gett goda resultat. Mitt material bygger dock inte på dessa exempel utan på intervjuer med medarbetare.

För att veta hur implementeringen av Lean gått till på SUS så måste det först definieras *vad* som avses implementeras. Lean är det korta svaret, men som forskningsöversikten visar är inte Lean något enkelt definierat begrepp. Även om studiens intresse för beslutet i sig är mindre än det faktiska arbetet med Lean, så vill jag återge vad SUS menar med Lean enligt offentlig dokumentation för att skapa transparens.

Lean innebär följande för SUS följande (Region Skåne 2010):

- Utjämning: Utjämna stora variationer i arbetsbelastning och patientflöde.
- Överenskommelser: Standardiserade arbetssätt för att lättare kunna fånga upp avvikelser och förbättra arbetssätt.
- Flöden: Valfungerande flöden ur patientens perspektiv. Koppla patientens aktiviteter så nära varandra som möjligt.
- Kvalitet: Reagera på fel, återkoppla och korrigera.
- Ständiga förbättringar: Alla medarbetare ska kontinuerligt förbättra sina arbetssätt.
- Respekt för människan: Respekt för medarbetare och patienter är centralt och en grundläggande värdering för allt arbete inom SUS.

4.2 Val av material

Det empiriska material som används i denna studie är framför allt intervjuer gjorda med personal på en medicinsk vårdavdelning på SUS.

För att göra studien mer transparent vill jag motivera mitt val av fall. SUS är valt i egenskap av ett svenskt sjukhus i min geografiska närhet. SUS kan i viss

mening representera sjukhus i större skara, då jag anser att gruppen offentliga sjukhus är relativt homogen (jmf. Esaiasson et al. 2007, s 187). På många punkter råder stora skillnader mellan enskilda sjukhus, men jag menar att de ändå är jämförbara till sin natur och uppdrag.

Vårdavdelningen är vald för att den kommit relativt långt i sitt arbete med Lean. En sådan avdelning anser jag vara mer intressant än en avdelning som inte är lika involverad i modellen, eftersom jag ville ha ett rikt material. Med rikt material syftar jag på ett material som kan åskådliggöra vad Lean kan uppfattas som, och hur arbetet kan bedrivas, snarare än varför Lean-arbete inte bedrivs. Att intervjua personal på en avdelning som inte tagit till sig Lean i samma utsträckning är en annan typ av fall, som säkerligen skulle nå andra resultat, mer om detta i kapitel 6.2.

Det faktiska urvalet av vilka som skulle komma att intervjuas är genomfört av avdelningschefen. Detta gör att urvalet är påverkat utom min kotroll. Detta är problematiskt eftersom materialet i fråga ligger till grund för studiens resultat. Dessvärre fanns ingen praktisk möjlighet till att påverka urvalet i annan mån än att efterfråga en bred representation av yrkeskategorier. De intervjuade är i grunden sjuksköterskor, undersköterskor eller läkare men vissa har andra arbetsuppgifter eller ansvar, t.ex. avdelningschef, sekreterare och omvårdnadsledare. Jag vill understryka att personernas uppfattning om Lean inte nödvändigtvis är representativa för sjukvården, men som nämnt i kapitel 3.2 så existerar de kartlagda tankegångarna – utan att blanda in frekvens. Riskerna som urvalet av intervjupersoner innebär är praktiskt sett oundvikliga, eftersom erbjudandet om att få genomföra intervjuerna var mer än vad jag kunde fråga efter. Riskerna som urvalet innebär hanteras därför lämpligast genom att relatera den här studien och dess resultat till tidigare forskning, vilket görs i kapitel 6.1.

Totalt sett är fem intervjuer genomförda, och de varade mellan 30 och 50 minuter. Intervjuerna är genomförda i enrum och anonymt. Även om ämnet kan tyckas vara okänsligt så menar jag att anonymitet var lämpligt för att skapa tilltro. Efter fem intervjuer upplevde jag materialet som tillräckligt, eftersom de flesta slutsatserna stöds av mer eller mindre alla de intervjuade. Att flera av de intervjuade hade samma uppfattning om modellen kan bero på låg representation av åsikter eller för att det råder samstämmighet. Detta åligger framtida forskning att avgöra.

5 Analys

Analysen är uppdelad efter tre teman som jag uttolkat i intervjumaterialet. Dessa teman är essensen ur intervjumaterialet och bidrar till att besvara studiens frågeställning om hur Lean har implementerats och hur detta kan förstås.

I analysen ges inledningsvis en bild av hur arbetet med Lean ser ut på avdelningen, men fokus ligger vid att skapa förståelse för implementeringen. Detta sker genom att med teorin som presenterats i kapitel 2 problematisera modellen och implementeringen.

Respektive tema stärks med utdrag från intervjumaterialet för att öka studiens transparens och för att skapa intersubjektivitet.

5.1 Vad är Lean?

Vid flera tillfällen under arbetets gång har jag frågat mig själv vad Lean egentligen är, och det finns det enligt diskussionen i forskningsöversikten inga entydiga svar på. Att veta hur personalen som arbetar med Lean uppfattar modellen är ett relevant första steg för att förstå hur Lean-arbetet bedrivs.

Lean står för att slimma systemet. Strama upp verksamheten. Effektivisera i alla vinklar och vrår (Sekreterare).

Lean är konkreta verktyg för att kunna effektivisera utan att tumma på kvalitén. Kvalité för mig som personal och för patienterna (Sjuksköterska).

Systematiskt arbeta med förbättringar. (...) Att tänka förbättringar och ständigt förbättra arbetssätt. Att hitta systematik i arbetet, så kan man sammanfatta det (Enhetschef).

Lean för mig är väl att effektivisera, att tydliggöra mål, att ha ett jämt flöde, kortare vårdtider (Undersköterska).

För mig handlar Lean om att ta bort sådant som vi gör som är onödigt (Läkare).

Svaren på vad Lean är var ofta trevande och ingen självklarhet, men tydliga är teman som effektivisering och att bättre nyttja resurserna. Detta kan uppfattas som triviala moment i en organisationsmodell och Lean definieras kanske lämpligare av vilka konkreta arbetsmoment man låtit tillskriva modellen.

Vilka arbetsmoment som tillskrivs Lean är en avvägning, men efter mina intervjuer och besök på avdelningen har jag uppfattat tre konkreta moment, nämligen ett aktivt förbättringsarbete, logistikskåp och puls-möten för planering.

Puls-mötena beskriver samtliga intervjuade som oerhört centralt i avdelningens lean-arbete. Puls-mötena är ett morgonmöte där patient för patient diskuteras tvärprofessionellt. Tanken är att skapa ett kommunikationsforum och ett planeringsverktyg där patienternas vård ska göras så effektiv som möjligt genom att tydligt planera den. Under puls-mötena är det primära arbetsredskapet en magnetavla där varje patients vårdprocess visualiseras, tavlan fungerar som en slags dagordning för ett kortfattat och koncist möte.

Pulstavlan. Ja redan där vet vi att här har det kommit in en patient, och vad ska vi göra med patienten? Vi behöver kanske röntgen, vårdplanering eller när kan vi förvänta oss att patienten ska hem? Man jobbar hela tiden för det, och då tappar man inte heller någonting i mellan som man kanske annars göra. Patienten kanske hade legat flera dagar utan att någon hade hänt, och det är ju jättejobbigt för patienten också. Det är ju mycket bättre att veta vad som ska hända, och att det rullar på (Undersköterska).

Flödestavlan har burit med sig kortare vårdtider. Den har hjälpt oss skapa värdeskapande tid för våra patienter. /.../ Det har givit oss struktur över arbetet. Vi har också fått en stärkt teamkänsla, man vet vad de olika team-medlemmarna gör (Enhetschef).

Den största grejen i Lean-arbetet är patienttavlan. Man kan fråga sig vad kan en tavla göra? Men det gör faktiskt väldigt mycket (Undersköterska).

Ett aktivt förbättringsarbete ses också som ett Lean-moment.

Vi har möten regelbundet där man flaggar för problem, och så har vi förbättringsmöten där vi tillsätter arbetsgrupper som arbetar med olika förslag på hur vi kan förbättra (Läkare).

Samt logistikskåp som särskild personal, ej från avdelningen, ansvarar att hålla kompletta. Detta innebär att avdelningens personal inte behöver göra dessa beställningar längre.

/.../ vårt arbete med logistikskåp, man lägger ju massa tid på att beställa och packa upp. Så den tiden kan man istället lägga på patienterna, det är Lean för mig (Undersköterska).

En förenklad bild av vad Lean innebär för den aktuella avdelningen skulle kunna vara de ovan beskrivna momenten. Jag vill inte förminska modellen till detta. Lean är inget konkret medel, utan snarare en filosofi, vilket har presenterats i forskningsöversikten och det menade även personalen. Av den orsaken är det viktigt att diskutera definitionen av Lean snarare än modellen som modellen kan göra anspråk på att benämnas som Lean-moment. Framför allt eftersom Lean kan ses som en process där verktyg och metoder kan vara föränderliga.

Hur modellen uppfattas förtjänar problematisering med den presenterade teorin utifrån begreppet *förståelse*. Hur väl begreppet lyckats överföras från sjukhusledning till personal, eller från lean-nätverk till SUS, är en mindre viktig fråga för en studie med bottom-up-perspektiv. SUS lean-dokumentation (Region Skåne 2010) menar jag överensstämmer i viss utsträckning med avdelningens arbete, men min uppgift är inte att utvärdera detta. Intressantare än att diskutera huruvida ledningens beslut tillämpats i organisationen är hur avdelningens

uppfattning om Lean ser ut – vilket är den faktiska produkten som Lean har skapat.

Uppfattningen av modellen är varierad, vilket mycket väl kan vara en del av förklaringen till varför lean-arbete har skild framgång mellan olika organisationer, eller mellan olika avdelningar på SUS. Vad som är Lean och inte Lean är minst sagt en gråzon. I fråga om modellens abstraktion skiljer sig uppfattningarna (jmf forskningsöversikt Modig & Åhlström). Lean är allt ifrån värdegrund till en magnetavla. I avseende om modellens avgränsning sades bland annat följande:

Det beror på vad man väljer att lägga in i Lean. Man kan säga att allt är Lean och man kan säga att inget är Lean (Sjuksköterska).

Vi håller inte på att summera och granska vad som är Lean och inte Lean (Sekreterare).

Vi blev ombudda att prata på en inspirationsdag för Lean /.../ Det var när vi skulle göra det, och satt oss när för att peta in våra arbetssätt i lean-begreppet som vi sa: Ja allt är lean (Sjuksköterska).

Lean tycks vara ett svår fångat begrepp (i enlighet med forskningsöversikten). Att veta exakt vilka moment som är Lean och inte Lean är svårbedömt eftersom det handlar om ett sätt att tänka och därmed ett sätt att agera och utforma verksamheten. Modellens värdegrund är därför central. Frågan om Leans värdegrund är dock oklar. Vid fråga om det finns något bra på avdelningen som *inte* är Lean får jag efter betänkande svar som:

Nej.. Vad får man inte in i kvalitet, patientflöde, respekt för människan? Så nej. Det är också vad man gör det till och inte gör det till (Enhetschef).

Begreppet *förståelse* belyser en problematik i arbetet med Lean, nämligen att modellen förstås olika. Modellens värdegrund är så pass bred att den blir intetsägande. Att modellen tolkas olika är ett implementeringsmisslyckande som jag menar beror på en värdegrunden där praktiskt taget allt gott platsar. I förlängningen menar jag att detta utelämnar modellens gångbarhet till faktorer som organisationskultur och ledarskap, vilket diskuteras i kapitel 5.3.

Uppfattningen om modellens värdegrund kan sammanfattas som ett direktiv om att göra bättre och effektivare för patienter och personal. Om dessa förbättringar kan ske utan att något väljs bort så bör man fråga sig vad modellens substans egentligen är, annat än att legitimera förbättringsarbete och skapa ett moment av referens. Jag vill understryka att detta inte är kritik av avdelningens arbetssätt utan kritik av modellen.

Oavsett modellens gångbarhet enligt lean-litteraturen, med lösningar på problemet ovan, så är denna fallstudie ett verkligt exempel på ett stort problem som uppenbarar sig i arbete med Lean. En gemensam förståelse av en policy är enligt teorin en grundprincip för lyckad implementering, och därmed även för modellens effekter.

5.2 Modellens resultat

Den aktuella avdelningen ses i många avseenden som ett framgångsexempel på SUS. Avdelningens resultat och arbetssätt har uppmärksammats av så väl media som andra avdelningar och andra sjukhus.

Vi är lite före andra avdelningar i Lean arbetet /.../ Vi har haft radio här, vi har haft Trelleborg och Lund här och tittat, alla är här och tittar (Sekreterare).

Trots problematik om vad Lean representerar så är modellen framgångsrik på avdelningen. Personalen uppfattar modellen nästintill uteslutande som något bra. Dessutom så kan avdelningen visa upp konkreta resultat i form av kortare vårdtider, som personalen menar kan härledas till införandet av modellen.

Vi hade en medelvårdtid på åtta dygn som har gått ner till fyra (Sekreterare).

Vi har minskat våra vårdtider markant. Och man har inte sett att man tar en patientrisk. Vi har inte fler patientsäkerhetsärenden än innan (Läkare).

Flödestavlan har burit med sig kortare vårdtider. Den har hjälpt oss skapa värdeskapande tid för våra patienter. Patienterna ska ju inte vara här längre tid än de ska vara (Enhetschef).

En naturlig följdfråga är om något negativt uppkommit i den mer effektiva vården:

Alla kollegor har inte varit positiva till Lean, vissa har tyckt att man fokuserar så mycket på att man ska minska vårdtid, men det har ju inte varit vårt primära mål. De ha menat att man tar en patientrisk. Man kanske missar någonting, kanske inte skickar patienten på en undersökning för att korta vårdtiden, men det är ju inte alls det som det handlar om. /.../ Så någon patientsäkerhetsrisk ser inte jag, men det är vissa kollegor oroliga för (Läkare).

Ingen av de intervjuade ser några problem med de nya arbetssätten. Arbetssättet har effektiviserats i den mening att väntetiderna mellan olika moment har kortats. Det faktum att ingen av de intervjuade ser några konflikter i modellen och det professionella arbetet skapar en god förutsättning för lyckad implementering av modellen, med Lundquists termer blockras inte implementeringen av *vilja*, eftersom modellen framgångsrikt kan samexistera med professionella normer. Syftet som modellen ska tjäna ser de intervjuade som att tjäna patienterna – genom effektivisering. Således råder ingen konflikt mellan policy och befintlig norm.

För mig handlar Lean om att ta bort sådant som vi gör som är onödigt. /.../ Vi gör mycket dubbelarbete och det är mycket tid som vi slösar på saker som man skulle kunna göra mer effektivt. Den tiden kan man ju istället lägga på våra patienter /.../ Patienterna är ju givetvis vårt fokus. Men det blir ju värdeskapande för oss också (Läkare).

Lean har desto svårare att förändra över avdelningsgränserna. Just flöden är enligt forskningsöversikten vad som definierar Lean, kallat flödeseffektivitet. Visserligen bedrivs ett arbete där patientflöde *inom* avdelningen ägnas mycket fokus. Att få dessa flöden att sträcka sig utanför avdelningens egna väggar verkar vara ett desto svårare projekt.

Vi har inte gjort något gränsöverskridande arbete ännu /.../ Samarbetet har börjat, vi har träffats och sagt att vi borde göra detta (Enhetschef).

Nej, det (gränsöverskridande flöden) känner jag inte till. Men så vill man att det ska vara. Men man får börja i det lilla, på avdelningen (Sjuksköterska).

Vi gör mycket själva på avdelningen. Förr var det mycket patienter som åkte på ultraljud eller som skulle få drän. Nu sätter läkarna själv drän här och ultraljud har vi också här nu. Det är ju verkligen Lean. Där sparar man ju jättemycket tid för patienten också (Undersköterska).

Med Lundquist begrepp *möjlighet* kan implementeringen av flöden förstås genom att sjukhusets institutionaliserade struktur hindrar avdelningar från att arbeta med flöden över organisationsgränserna. På sjukhuset råder en hierarkisk organisation där avdelningar arbetar mer eller mindre autonomt, detta försvårar implementeringen av flöden. Detta kan således ses som en paradox i införandet av Lean: Appliceringen av Lean överlämnas till personal i verksamheten för att öka delaktigheten och skapa en god anpassning till verksamheten. Samtidigt saknas beslutsmandat och auktoritet för att bryta en institutionaliserad organisationsstruktur. De två huvudkomponenterna i Lean – aktiv förbättring och flödeseffektivitet (jmf. forskningsöversikten) skapar ett implementeringsproblem där den ena delen kräver delaktighet i verksamheten på avdelningsnivå, medan delen om flödeseffektivitet är beroende av samorganisering och auktoritet från en högre instans. I bästa fall går detta att kringgå genom att driva Lean-modellen på olika nivå i organisationen.

5.3 Organisationskultur och ledarskap

Det är svårt att avgöra vad som skapat den framgång som den aktuella avdelningen uppnått. Avdelningen arbetar uppenbarligen med Lean och resultaten skulle kunna tillskrivas modellen, men samtidigt så har intervjumaterialet presenterat två viktiga element som tros ha bidragit till framgången – organisationskultur och ledarskap. Resonemanget i kapitel 5.1 angående om hur en vagt definierad modell utelämnar mer till rådande arbetssätt kan stärkas med enhetschefens uppfattning om modellen.

Det är en värdegrund som bejakar mitt arbetssätt, att bejaka kunskapssynen och att arbeta med systematiska förbättringar (Enhetschef).

Lean har mycket fina värdegrunder, och fina verktyg som jag kan applicera på min verksamhet och som jag trivs i att leda. Det har passat mig bra, det är säkert därför det blivit framgångsrikt också (Enhetschef).

Lean fungerar på avdelningen för att det finns en *vilja* från den styrande att styra i enlighet med modellen, eller rättare sagt så är modellen kompatibel med styrningen.

Vi hade redan börjat skissa på förändringar utan att kalla det för Lean, på olika idéer för att göra det bättre på avdelningen. Patientflödestavla hade vi redan haft planer på utan att förstå att det var Lean man kallade det. /.../ Jag hade gärna arbetat med de här idéerna, om att effektivisera avdelningen, det hade vi gjort ändå (Läkare).

Fler av de intervjuade menar att modellen inte varit avgörande för rådande arbetssätt, utan snarare att modellen efterfrågat ett arbetssätt som man ändå velat driva, nämligen ett arbetssätt som strävar efter effektivitet, kvalitet, förbättring och andra i Lean-sammanhang vanligt förekommande termer. Som enhetschefen uttrycker det:

Vad får man inte in i kvalitet, patientflöde, respekt för människan? (Enhetschef)

Med Lundquists teori så existerar *möjlighet* till att arbeta med modellen eftersom avdelningens ambitioner, kultur och ideal tillåter modellen. Jag menar att ledarskap och organisationskultur avgör om det finns möjlighet för Lean att implementeras.

Med detta förutsatt uppstår ytterligare en paradox för Lean. Samtidigt som modellen baseras på en viss värdegrund och tankesätt, så förutsätter modellens gångbarhet samma typ av värdegrund och tankesätt. Jag vill stärka tesen om att organisationskultur och ledarskap är av absolut vikt för Leans framgång med följande citat:

Chefskapet här passar bra med Lean. Lean passar bra på avdelningen för vi har haft det tankesättet redan innan. Det är väl därför det har gått bra också, man har inte behövt slå huvudet i väggen för att få in detta med Lean (Sjuksköterska).

Chefen är jätteduktig och drivande. En bra chef som har sina medarbetare med sig och är öppen för diskussion, det tror jag är jätteviktigt (Läkare).

Chefen är oerhört drivande. Allt hänger på att hon varit så drivande. Hon är drivande i allt (Sekreterare).

Ingen är bättre än någon annan på vår avdelning (Läkare).

Jag tror många unga medarbetare här är pigga på förändring (Sekreterare).

Studien är genomförd på en avdelning där kulturen tillåtit modellen, men det är förhastat att fastslå om tesen ovan stämmer på mer generell basis. Lean kan ju ha en genomslagskraft som lyckas förändra en kultur så att modellen blir gångbar.

När tendenserna som pekar på vikten av organisationskultur och ledarskap trädde fram började jag tvivla på vad Lean erbjudit avdelningen, det mesta tycktes kunna härledas till avdelningens rådande normer. Men samtidigt diskuterade de intervjuade framgången som en produkt av Lean. Som nämnt menar jag att modellen har tjänat ett syfte på avdelningen. Dock inte i form av en ny värdegrund eller via konkreta medel, utan som legitim grund i förändringsarbetet

och som referens. Med detta menar jag att effektivt och progressivt arbete uppmuntras från ledning, och på så vis ges legitimitet. Detta är viktigt i en traditionell miljö fylld av så väl organisatoriska som professionella normer. Med referens menar jag att arbetet som utförs kan härledas till något större, som en värdegrund eller visionsmodell. Tankar om patienttavlan, ett centralt lean-moment på avdelningen, fanns ju redan innan Lean infördes, men hade arbetssättet fått samma genomslag om SUS inte arbetat med Lean? Hade arbetssätten fått samma uppmärksamhet och inflytande på andra avdelningar? Min slutsats är att Lean har fungerat som ett viktigt symboliskt instrument i förändringsarbetet.

6 Resultat och diskussion

Kapitel 6 inleds med att summera studien och framför allt resultaten. Slutligen föreslås framtida forskning.

6.1 Sammanfattning och resultat

Lean lovar mycket, men hur har modellen implementerats i svensk sjukvård?

Så lyder studiens frågeställning, som i sin tur besvaras av underfrågorna:

**Hur implementeras Lean på en vårdavdelning?
Hur kan implementeringen av Lean förstås?**

Frågeställningen är öppet ställd och svaret består därför i ett flertal slutsatser som baseras på de resonemang som förs i kapitel 5. Huvudfrågan besvaras av en fallstudie med lägre abstraktion än svensk sjukvård, diskussion om generaliserbarhet återfinns i metodkapitlet 3.2. Innan frågeställningen besvaras i form av olika resultat som studien når så följer en kort sammanfattning.

Lean sprids snabbt som en organisationsmodell i sjukvården, en viktig offentlig institution med ett medborgerligt allmänintresse. Modellen har en stark tilltro och i teorin så tycks Lean vara en räddning för en vård med många framtida utmaningar. Frågeställningens fokus på implementering motiveras genom det så kallade implementeringsproblemet, ifall ett legitimt beslut får avsedda konsekvenser. Med andra ord studeras hur Lean som teori förverkligas i praktiken. Frågeställningen besvaras genom en fallstudie av en vårdavdelning på SUS som aktivt arbetar med Lean, via intervjuer med personal på avdelningen. Genom att studera hur avdelningens personal uppfattar modellen samt hur de arbetar med den dras vissa slutsatser med hjälp av Lennart Lundquists teori om förståelse, möjlighet och vilja.

Studien resulterar i ett antal slutsatser, både inom- och utomvetenskapliga, och dessa gemensamt besvarar frågeställningen.

Inomvetenskapligt ger studien stöd åt policyforskningens teorier om implementeringens vitala funktion i en policys förverkligande. Studien visar på att policyns förverkligande är beroende av tjänstemännen, och att implementeringen i stor utsträckning ligger i deras händer och styrs av rådande normer i institutionen gällande ledarskap och organisationskultur.

Utomvetenskapligt visar studien på hur Lean implementeras och fungerar inom svensk sjukvård, vilket påverkar vår offentliga vård. Lean är vagt definierat om man ser till personalens skilda uppfattningar om modellen. Lean handlar om effektivisering och förbättring i någon mening. Modellen uppfattas som allting från konkreta verktyg (som en patienttavla) till en värdegrund. Lean representerar en så pass bred värdegrund att så gott som allting med positiv klang går att härleda till modellen. Begrepp som effektivisering, aktiv förbättring, patientsäkerhet, minskat slöseri, och respekt för människan rymmer allt gott på avdelningen. Således verkar det inte finnas något på avdelningen som är bra men som samtidigt inte är Lean. Den breda värdegrunden gör att modellens substans blir vag. Detta resultat stärks av Modig och Åhlström (2010, s 75-81). Detta innebär att förståelsen för modellen blir lidande, och det skapar ett uppenbart problem i implementeringen som utelämnar modellens framgång till rådande normer.

Avdelningen där studien är genomförd presterar mycket väl, och är ett framgångsexempel på SUS. Intervjuerna visar hur chefskap och personal på avdelningen, även innan Lean implementerats, arbetar för nytänkande och effektivare vård – något som går hand i hand med Leans värdegrund. Organisationskulturen beskrivs som framtidsdriven och öppen med högt i tak, vilka är viktiga faktorer vid förändringsarbeten. Således menar jag att dessa faktorer har varit viktigare komponenter än Lean för att nå avdelningens goda resultat, de har utgjort möjlighet för Lean att verka. Warring's och Bishop's studie styrker tesen om ledarskapets viktiga roll ifråga om Leans framgång (Warring & Bishop 2010). Enligt mig uppstår här ett paradoxalt samband, där en förändringsbenägen och öppensinnad värdegrund och kultur på avdelningen/organisationen förutsätts för att möjliggöra arbetet med Lean, som i sin tur framför allt erbjuder en värdegrund som förespråkar förändringsbenägenhet och öppenhet. Som nämnt i kapitel 5 så kan modellen i bästa fall ha ett genomslag som kan förändra värdegrunden i organisationer, något som den här studien inte kan uttala sig om detta.

Lean krockar inte med professionella normer och fungerar väl med enhetschefens ledarskap, således finns en *vilja* att arbeta med modellen.

En av Leans huvudprinciper, flödeseffektivitet, har enbart fungerat inom avdelningens väggar. Detta menar jag beror på ytterligare ett paradoxalt förhållande i Lean: Lean implementeras på avdelningsnivå eftersom modellen utelämnar mycket konkret arbete till den enskilda avdelningen. Men för att lyckas med flödeseffektivitet⁴ menar jag att auktoritet och övergripande koordination är viktigt för att skapa fungerade samarbeten över avdelningsgränserna. Jag anser att lean-arbetet stannar innanför avdelningens väggar för att modellen bedrivs på för låg organisatorisk abstraktion. Det finns således ingen möjlighet för implementering av arbete över avdelningsgränserna. Detta gäller för avdelningen där studien är genomförd. Eventuellt går det att råda bot på problemet genom en implementering där hela organisationshierarkin arbetar med modellen.

⁴ För beskrivning av flödeseffektivitet, se forskningsöversikt kapitel 1.4.4

Sammanfattningsvis presenterar studien en välpresterande vårdavdelning som arbetar med Lean. Men vad kan tillräknas Lean? Jag menar att organisationskultur och ledarskap är de viktiga komponenterna för avdelningens framgång, men att Lean verkar i ett symboliskt syfte genom att dels legitimera förändringsarbetet, och dels genom att skapa ett moment av referens genom att kunna sätta ord och begrepp på det progressiva arbete som utförs.

Att studera Lean har varit en svår uppgift eftersom Lean är svårdefinierat, samt att litteraturen många gånger är överdrivet positiv till modellen. Att granska implementeringen anser jag har varit ett gångbart tillvägagångssätt för att kunna observera modellens utmaningar. Studien belyser problemområden vid implementering av modellen. Att observera dessa är ett första steg i att åtgärda dem.

Den här studien illustrerar att modellens normativa grund är förenlig med sjukvårdens professionella normer, och jag menar att Lean har god potential till att förbättra sjukvården men att implementeringsarbetet är ett komplicerat och samtidigt viktigt moment i fråga om modellens framgång.

6.2 Framtida forskning

Lean bedrivs som en process över tid, men studien gör pga. sin omfattning en observation vid ett tillfälle. Problemet kan avhjälpas av framtida forskning på samma tema. Det vore intressant att se varaktigheten i modellen genom studier som analyserar modellen över tid. På samma sätt vore det intressant att se om och hur Lean kan förändra värdegrunden i organisationer över tid.

Generaliserbarheten i en fallstudie är inte oproblematiserad men jag menar att fallstudiemetoden är ett måste för att identifiera den typ av slutsatser som studien gör. Att studera fler avdelningar är ett givet steg för att driva en fallstudie vidare och göra den mer tillförlitlig och generaliserande.

Studien motiverar valet av en avdelning som lyckats bra med Lean för att få ett gediget material om modellen, men intressant vore även att studera avdelningar som inte är framgångssagor, vilka hinder uppenbarar sig för modellen? Kan modellen appliceras i en mindre förändringsbenägen miljö? På så vis kan den här studien vara utgångspunkten för kommande fallstudier som prövar tesen om ledarskap och organisationskultur som viktiga komponenter för Leans framgång. Studien går ytligt in på vilken typ av ledarskap och organisationskultur som är att föredra för lyckosamt förändringsarbete med Lean, även här finns utrymme för framtida studier.

Studien fokuserar på ett steg i policyprocessen, implementeringsfasen. Jag har pga. studiens omfattning valt bort så väl de andra stegen i policyprocessen som strukturperspektivet i Lundquists teori. För framtida forskning vore det intressant att studera Lean ur ett bredare perspektiv där strukturella variabler, som New Public Management eller teknisk utveckling, tas med i analysen. Förmodligen kan implementeringen av modellen förstås bättre om strukturella förhållanden vägs in.

Genom att tillräkna studien till implementeringsforskning, organisationsforskning och forskning om Lean hoppas jag att resultaten ska kunna bidra till ett större sammanhang och fortsatt forskning. Det finns definitivt mer att studera inom Lean och sjukvårdens applicering av modellen – något som i stor utsträckning påverkar vår allmänna sjukvård.

7 Referenser

- Bakka, Jørgen Frode & Fivelsdal, Egil (2006). *Organisationsteori: struktur, kultur, processer*. 5 uppl. Malmö: Liber
- Bergström, Tomas (2002). *Organisationskultur och kommunal förnyelse: förändring i gamla hjulspår*. 1. uppl. Malmö: Liber ekonomi
- Björkemarken, Mariann (1995). *Implementeringsanalys som komplement vid utvärdering: en fråga om perspektiv och förklaring*. Diss. Univ. : Göteborg
- Esaiasson, Peter (2007). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 3. uppl. Stockholm: Norstedts juridik
- Hall, Patrik & Löfgren, Karl (2006). *Politisk styrning i praktiken*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Hatch, Mary Jo & Cunliffe, Ann L. (2006). *Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives*. 2. uppl.. Oxford: Oxford University Press
- Hollis, Martin (1994). *The philosophy of social science: an introduction*. Cambridge: Cambridge Univ. Press
- Hudson, John & Lowe, Stuart (2009). *Understanding the policy process: analysing the welfare policy and practice*. 2. uppl. Bristol, UK: Policy/Social Policy Association
- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Lipsky, Michael (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation
- Lundquist, Lennart (1987). *Implementation steering: an actor-structure approach*. Lund: Studentlitteratur

- Löfgren, Karl (2012). *Implementeringsforskning – en kunskapsöversikt*. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö.
- Mazzocato, Pamela - Carl Savage - Mats Brommels - Håkan Aronsson - Johan Thor (2010). "Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature", *Qual Saf Health Care*, vol 19, s 376-382
- Modig, Niklas & Åhlström, Pär (2011). *Vad är lean?: en guide till kundfokus och flödeseffektivitet*. 1. uppl. Stockholm: SSE Institute for Research
- Radnor, Zoe J. – Matthias Holweg – Justin Waring (2012). "Lean in healthcare: The unfilled promise?" *Social science and medicine*, vol 74, s 364-371
- Region Skåne (2010). *Lean – ständigt bättre vård med Lean healthcare som verksamhetsfilosofi*. Malmö: Region Skåne. [elektronisk: <http://www.skane.se/sus/lean>] Hämtat 2012-04-30.
- Siverbo, Sven (2001). *Reformer och regler: om att spara och förändra i offentliga organisationer*. Diss. Göteborg : Univ., 2001
- SOU: Innovationsrådet (2012). *Lean och systemsyn i stat och kommun: förutsättningar, hinder och möjligheter*. Stockholm: Fritze
- Teorell, Jan & Svensson, Torsten (2007). *Att fråga och att svara: samhällsvetenskaplig metod*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Vedung, Evert (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Waring, Justin J & Bishop, Simon (2010). "Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance", *Social science and medicine*, vol 71, s 1332-1340.
- Young, T.P & McClean, S I (2008). "A critical look at Lean thinking in healthcare", *Qual Saf Health Care*, vol 17, s 382-386.

8 Bilaga: Intervjuguide

Intervjuerna har varit semistrukturerade. Intervjuguiden har fungerat som ett stöd under intervjuerna och frågor kan ha hoppats över eller tillkommit.

Vad betyder Lean?

Hur kom du i kontakt med Lean för första gången?

Hur skulle du definiera Lean?

När ni började arbeta med Lean, hur ställde du dig inför det då?

Vad skulle du säga är syftet med Lean?

Varför tror du att Lean har valts som arbetsmodell på SUS?

Vilka problem kan Lean lösa?

Hur arbetar ni med Lean?

Ge exempel arbetsmoment som handlar om Lean? Hur fungerar det?

Vilka arbetsmoment är inte Lean? Varför inte?

Har ni skapat några Lean-flöden? Vilka, hur etc.

Vad ger Lean för resultat?

Vad ger Lean inte för resultat?

Har chefen fått en ny roll på avdelningen sedan Lean?

Har medarbetarna fått nya uppdrag?

Har det getts resurser för Lean?

Hur uppfattas Lean här på avdelningen?

Gagnas avdelningen av arbetet med Lean?

För vems skull arbetar ni med Lean?

Har ni arbetat med andra förändringsmodeller tidigare?

Vilka, hur har det gått? Jämförelse mot Lean.

Har kulturen på avdelningen förändrats sedan Lean infördes?

Tycker du Lean passar bra som arbetsmodell inom vården? Varför?

Är det något mer du vill tillägga innan vi avslutar?