

Nu gör vi något nytt så dom och införde en policy

En fallstudie av lean healthcare-implementeringen på Usil

Abstract

Studien undersöker vilka strukturer och normer som påverkar beslutsprocessen som existerar mellan politiker och tjänstemän vid policyinföranden. Sverige har under en lång tid haft relativt självständiga förvaltningar. Det är en situation där politiker varken kan släppa ifrån sig allt för mycket kontroll eller detaljstyra verksamheten. Det utgör en viktig aspekt att studera eftersom den informella aspekten av vår offentliga styrning blir större. Vi har studerat hur en policy uppstår för att kunna ge en heltäckande bild av bakgrunden till den formella och informella processen.

Detta är en fallstudie av policy-implementeringen av lean healthcare på Universitetssjukhuset i Lund, perioden 2005-2007. Materialet kommer från offentliga protokoll, nyhetsbrev samt intervjuer med aktörer involverade under processens gång. Vi fann under arbetets gång att självständighet efterfrågas samtidigt som det önskas ett ökat stöd från politiker. Likaså fann vi att det uttrycka stöd som politikerna gav skedde via informella kanaler.

Nyckelord: Policyimplementering, Governance, Policyflöden, Offentlig organisationsteori, Informella nätverk.

Antal ord: 8479

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte	2
1.2	Problemformulering	2
2	Metod	3
2.1	Material	3
3	Bakgrund	5
3.1	Region Skåne.....	5
3.2	Sjukvården och effektivitetsutmaningen	5
3.3	En vandring längs processflödet	6
3.4	Regionen informeras	7
4	Teori	8
4.1	Tre oberoende flöden, beroende av varandra?	8
4.2	Nyinstitutionalismen och en soptunna.....	9
4.3	Governance.....	10
5	Analys	12
5.1	Problemflöde	12
5.2	Policyflöde	13
5.3	Vilken låda är rätt låda?	14
5.4	Politikflödet.....	15
5.5	Nyinstitutionella skolan.....	16
5.6	Governance: hur kan vi förklara avsaknaden av debatt?.....	17
6	Diskussion	20
6.1	Policyentreprenörer och dess dubbla stolar.....	20
6.2	Är lean healthcare en modefluga?	21
6.3	Det demokratiska ansvaret	22
7	Bilagor	23
7.1	Bilaga 1 - Vad är lean healthcare?	23
7.2	Bilaga 2 - Intervjufrågor.....	23

7.2.1	Mats Welff.....	24
7.2.2	Magnus Lord	24
7.2.3	Rikard Larsson	25
8	Referenser.....	26

1 Inledning

Att säkerställa god vård är ett av Region Skånes huvudsakliga syften. En av de största ekonomiska utgifterna för regionen är de sjukhus och tillhörande verksamhet som levererar sjukvården. Universitetssjukhuset i Lund (Usil) är inte bara Region Skånes största sjukhus utan även ett av de största i Sverige. Usil ligger kontinuerligt under både intern och extern press för att effektivisera sin verksamhet och samtidigt förbättra vårdkvalitén. Under 2005 börjar sjukhusledningen på Usil undersöka möjligheten att förändra sjukhusorganisationen för att lyckas öka verksamhetens effektivitet. Dåvarande sjukhuschefen Bent Christensen fattar tillsammans med sjukhusets styrelse beslutet att Usil ska genomgå en reformprocess baserat på lean healthcare. Införandet av lean healthcare är ett ambitiöst projekt med målet att fundamentalt förändra sjukvårdsorganisationen på Usil. Lean healthcare är tänkt att resultera i ett paradigmskifte inom sättet att driva sjukvård, där fokus flyttas från stordrift till flödeseffektivitet (Bilaga 1). Under hösten 2006 hålls en presentation för Region Skånes politiker där lean healthcare presenteras. Förslaget tas emot med entusiasm av en majoritet hos regionens ledamöter. Sen händer, ingenting.

Tystnaden råder bland Skånes regionpolitiker. Tre år av möten med regionstyrelsen, hälso-och sjukvårdsnämnden samt regionfullmäktige, ingenstans går det att finna formella spår av lean healthcare. Samtidigt genomgår Universitetssjukhuset i Lund en av de största organisationsförändringarna dittills i sjukhusets moderna historia. Patrik Hall & Karl Löfgren (2006) tar upp att det inom organisationer existerar en mängd institutionella faktorer som påverkar bildandet och införandet av en ny policy. När sjukhusledningen valt att engagera sig i lean healthcare-processen är det en stor satsning inom organisationen vilket kommer att kräva en stor del av ledningens tid och energi. En sådan reform riskerar att möta stort motstånd från både tidigare etablerade normer och försvåras av externa faktorer som kräver sjukhusets uppmärksamhet.

Kingdon talar om tre typer av flöden i en policyprocess: problemflöde, politiskt flöde och policyflöde. När dessa sammanstrålar skapas ett policyfönster, en möjlighet att de facto utföra en reform. Det är utifrån samhällsvetenskaplig grund viktigt att kunna finna anledningen till att ett sådant fönster öppnas för att kunna avgöra vilka policyförslag som blir lyckade eller ej. Genom att studera policyfönstrets öppnande skapas en möjlighet att upptäcka dolda normer och hierarkier som kan hjälpa till att förklara organisationers agerande.

En möjlighet till förändring uppstår då lean healthcare presenteras för region Skånes politiker. Effektivitetsreformer har sedan länge efterfrågats. Av den anledningen blir frånvaron av politiskt agerande intressant. Men stämmer det verkligen att politiker varit frånvarande bara för att det inte går att finna spår i gamla mötesprotokoll?

Vi lever i en värld där de styrsystem som påverkar politiker och tjänstemäns vardag står under konstant förändring. Det är en förändring som stundtals är så självklar att den blivit institutionaliserad. Det går att finna tydliga spår av att tänkandet som idag råder blir allt mer influerat av ett governance-perspektiv (Pierre & Sundström 2011). Det blir därför av statsvetenskaplig vikt att studera vilken påverkan det får för hur tjänstemän och politiker idag agerar och resonerar då beslut fattas som påverkar endera sidan. Vi har valt att undersöka policyprocessens utveckling samt att följa upp vilka konsekvenser som uppstår genom att studera lean healthcare-införandet på Usil.

1.1 Syfte

Syftet med vår uppsats blir att försöka fånga upp vilken påverkan tjänstemäns och politikernas agerande har för skapandet/framförandet av ny policy inom Usils förvaltning. Genom att studera centrala aktörers agerande under processen avser vi att med hjälp av Kingdons policyflöden hitta punkter som leder fram till att en policy plockas upp och bedöms viktig nog att implementera. Med Kingdons policy-verktyg har vi analyserat betydelsen och effekterna av aktörernas agerande.

1.2 Problemformulering

Hur kan vi med hjälp av Kingdons policy-verktyg förklara införandet av lean healthcare på Usil?

Hur kan vi förklara region Skånes folkvaldas agerande under policyprocessen utifrån nyinstitutionella skolan och governance-perspektivet?

2 Metod

För att kunna skapa oss en rättvis bild som kan ge svar på vår frågeställning har vi valt att använda oss av en fallstudiemetodologi. Detta för att kunna gå på djupet i den process som vi valt att analysera. Vi menar att en fallstudie är det bästa sättet att skapa en tillräckligt djup förståelse för policyprocessen, vilket erfordras för att vi ska kunna realisera vår ambition att i grunden analysera agerandet hos processens centrala aktörer. Vi är medvetna om att det blir svårare att skapa en generaliserad bild utifrån en fallstudie, vilket Esaiasson m.fl. framhåller som central för all form av forskning (2012, s. 27). Dock vill vi hävda att även om en direkt generalisering av resultatet av en fallstudie svårligen låter sig göras så finns det ett statsvetenskapligt forskningsvärde i djupgående undersökningar av ett enskilt fenomen. Satt i sammanhang med omfattningen av vårt insamlade datamaterial anser vi att vi var tvungna att avgränsa oss till en policy-implementeringsprocess.

Det är processen fram till implementeringen av lean healthcare som är vårt fokus, inte resultatet av införandet. Vi har därmed även avgränsat oss till att studera en specifik period av implementeringen, 2005-2007, vilket är åren mellan tankarna om lean på Usil finns dokumenterade tills att projektet faktiskt påbörjas. Avgränsningen i tid faller sig således naturligt utifrån vår forskningsfråga. Vidare anser vi att våra avgränsningar bidrar till ökad intersubjektivitet - de statsvetare som vill upprepa våra steg har goda möjligheter att återupprepa studien utifrån samma information som vi använt oss av (Esaiasson m.fl. 2012).

2.1 Material

Vi började med att titta på både sekundär och primärmaterial. Vi studerade de formella strukturerna dels inom Region Skåne, dels inom sjukhusets organisation. Detta gav oss en bild av vilka aktörer som var involverade i processen. Utifrån det materialet kunde vi rita upp en karta över vilka nämnder och förvaltningar som kunde tänkas fått information om implementeringen av lean healthcare. Vi kunde därefter utifrån formella dokumenten sätta datum på händelserna. En stor hjälp var det sekundärmaterial vi fick från sjukhuset bestående i form av nyhetsinformation med sammanfattningar av mötesprotokoll där vi kunde följa händelserna. Information från sjukhuset fick vi tag på via besök och samtal med administrativ personal. Region Skåne ger via sin hemsida möjlighet att ladda ner protokoll, vilket ger en inblick i de formella processerna.

Vår fallstudie har varit väldigt beroende av att vi lyckades hitta personer som vi kunde intervjuas som satt på information som var relevant. Vi fick kontakt med tre personer som alla var aktiva på olika positioner under skedet. Det rör sig om en anställd för implementeringen på sjukhuset, Region Skånes regiondirektör vid tidpunkten, samt en politiker som satt i HSN (Hälsa- och sjukvårdsnämnden). Vi kontaktade ett stort antal politiker men fick väldigt få svar. Det är inget vi är oroliga för ska ha påverkat kvalitén på arbetet eftersom det var de tre personer vi helst ville intervjuas som vi fick svar ifrån.

Eftersom en så stor vikt av arbetet kom att läggas på våra intervjuer valde vi att använda två böcker för att lägga en grund i hur vi skulle utforma våra frågor samt tillvägagångssätt. För att säkerställa att vi höll oss till samhällsvetenskapliga normer och värderingar användes boken "A och O i samhällsvetenskaplig forskning" (Ruane, Janet M, 2006). Vi säkerställde intersubjektivitet genom att alla intervjuer spelades in och sedan transkriberades tätt in på själva intervjutillfället. Detta för att vi skulle kunna skriva upp tankar och intryck som uppkommit under själva intervjun. Alla intervjuer skedde via telefon där intervjuobjekten tillfrågades om tillstånd för inspelning. Utifrån boken Intervjumetodik (Lantz, 2013) la vi upp våra intervjufrågor på ett semi-strukturerat tillvägagångssätt. Detta för att vi ville garantera oss huvudfrågor som kunde leda vårt arbete i rätt riktning samtidigt som vi behövde möjligheten att med hjälp av uppföljningsfrågor fördjupa oss i de svar som vi fick. Vi har valt att bifoga våra intervjufrågor som bilaga i slutet på vårt arbete. Vi har enbart med de övergripande huvudfrågorna eftersom vi fann att många underfrågor som följde naturligt under samtalet framstår som svårbegripliga då de skrivs helt utan sitt samband.

3 Bakgrund

3.1 Region Skåne

Region Skåne bildades 1999 genom en fusion av landstingen i Skåne och Malmö stad. I samband med fusionen tog regionen över ansvaret för tidigare landstingsreglerad verksamhet, däribland näringslivsutveckling, kommunikationer, kultur och omvärldssamarbete. Främsta uppgiften är dock ansvaret över sjukvården i regionen. Största sjukhuset i Region Skåne är Universitetssjukhuset i Lund (benämns idag som SUS Lund). Att ansvaret för sjukvården är av vikt ses organisatoriskt genom närvaron av folkvalda politiker i regionala nämnder med ett mer direkt inflytande över hur sjukvården styrs (Skane.se 1). Tåta kontakter finns mellan politiker och tjänstemän ansvariga för sjukvårdsfrågor och möten mellan regionpolitiker och tjänstemän involverade i den dagliga driften av de skånska sjukhusen sker regelbundet. Mats Welff, tidigare regionsdirektör och som sådan regionens högsta tjänsteman, berättar i vår intervju om frekventa möten med sjukhuschefen på Usil, vilket möjliggör kontinuerlig uppdatering över vad som pågår på sjukhuset. Regiondirektören är ackrediterad till en stol på regionsstyrelsens möten och kan genom sitt deltagande där föra information om sjukhusets verksamhet vidare till regionens styrande politiker.

3.2 Sjukvården och effektivitetsutmaningen

Region Skåne definierar effektivitet inom sjukvården som bästa möjliga sätt att nyttja existerande resurser för att nå uppställda mål. Kostnadseffektiva åtgärder framhålls som essentiella för att lyckas öka effektiviteten i vården (Skane.se 2).

Att sjukvårdens ledning under lång tid haft en press på sig att effektivisera verksamheten framgår dels i våra intervjuer, dels i referat från sjukhusledningens möten. Samtliga våra intervjuobjekt påtalar att effektiviseringsarbeten är något som genomförts av Usil långt innan tanken på en genomgripande strukturförändring väcktes. Att pressen för effektivisering under längre tid varit konstant pågående påpekas också i våra intervjuer. Det står klart att Universitetssjukhuset i Lund varit föremål för ett kontinuerligt tryck att öka patientflödet genom verksamheten och samtidigt förbättra kvalitén på sjukvården.

3.3 En vandring längs processflödet

I augusti 2005 diskuterar ledningsgruppen på Usil kraven på verksamhetsområdena inom sjukvården och påpekar vikten av att förbättra tillgängligheten (Nyhetsblad Usil, 18/8 2005). Sjukhusets effektivitetspotential återkommer på andra ledningsmöten under hösten 2005. Radikala förändringar av sättet att bedriva sjukvård står på dagordningen, förändringar som ur ett organisatoriskt perspektiv riktar in sig på fundamenten i hur sjukhusets arbete är strukturerat. I september 2005 kommer företaget "Lean Concepts" till Usil (Nyhetsblad Usil, 1/9 2005). Företaget föreläser om ett nytt sätt att bedriva sjukvård. Lean Healthcare presenteras av företaget som en strömlinjeförändring av verksamheten, med fokus på processeffektivitet och patientflöden. 2005 har vissa lean-inspirerade förändringar skett på sjukhus i Sverige, dock enbart i lokala projekt på enskilda avdelningar och aldrig som en sjukhusövergripande förändring (Nyhetsblad Usil, 1/9 2005). Även om samarbetet med Lean Concepts inte utvecklas vidare efter mötet påbörjas internt på sjukhuset ett arbete initierat av sjukhusledningen att strömlinjeformera verksamheten.

År 2006 anställs Magnus Lord, med erfarenhet av arbete med lean inom näringslivet, som strategichef. I rollen som strategichef ingår att ansvara för sjukhusets utveckling på längre sikt. I vår intervju med Magnus Lord berättar han att sjukhuschefen Bent Christensen initierade en utvärdering i vilken Lord deltagit, där sjukvårdens utmaningar och orsakerna till rådande ineffektivitet undersöktes. Resultaten av denna analys pekar ut dåvarande organisationsform, nämnd som stordrift, som den främsta orsaken till sjukhusets långsamma vårdflöden och bristande kvalitet. Magnus Lord hävdar att ett stordriftstänk med fokus på resurseffektivitet för varje enskild komponent i organisationen visserligen fungerar bra om man analyserar varje enhet för sig, men att flödet mellan komponenterna blir lidande.

För patienten vars resa genom sjukvården innebär ett ständigt flyttande mellan olika enheter blir resultatet av stordriftsorganisationen onödigt långa väntetider. Lord beskriver också att ledningen på sjukhuset tittat på andra sjukhus och sett att stora framgångar har nåtts, främst bland sjukhus i USA och Storbritannien, med strukturförändringar inspirerade av lean healthcare. Sjukhusets ledning beslutar sig därför att satsa på att stegvis förändra sjukhuset i Lund efter inspiration ifrån dessa sjukhus. Mats Welff berättar i vår intervju att ett antal andra förbättringsprojekt pågår också parallellt med lean-projektet, men i egenskap av strukturfokusering nämns lean-projektet som det mest ambitiösa.

3.4 Regionen informeras

Under hösten 2006 arbetar sjukhusledningen med att förbereda införandet av lean healthcare. Samtidigt som arbetet på Usil genomförs informeras regionens tjänstemän och politiker om projektet. Detta görs i en serie föredrag där Magnus Lord beskriver resultatet av effektivitetsanalysen samt innebörden av lean healthcare. Lord berättar i vår intervju att den nya strategin mottogs med blandade reaktioner ifrån regionens politiker. Lord talar om hur vissa regionspolitiker blivit mycket entusiastiska kring lean-implementeringen medans andra varit mer skeptiska till förändringen. Denna bild bekräftas i våra andra intervjuer, däribland av Rikard Larsson, nuvarande regionspolitiker för socialdemokraterna.

Hösten 2006 var Larsson ledamot i vårdproduktionsberedningen och fick för första gången höra talas om lean healthcare på ett av Lords föredrag. Larsson beskriver att en majoritet av politikerna i regionen ställer sig positiva till projektet som Lord presenterar. Engagemanget till gagn för lean healthcare skall också ha korsat de politiska blockgränserna. Det politiska intresset minns även Mats Welff, som under hösten 2006 följer upp implementeringen av lean healthcare under samtal med sjukhuschefen Bent Christensen. Welff beskriver i vår intervju att lean healthcare väckt uppståndelse bland regionpolitikerna, men att dessa höll sig något avvaktande. Welff menar att politikerna önskade ge projektet tid att uppnå konkreta resultat innan ett mer handfast stöd kunde ges. Även Rikard Larsson talar om de politiska diskussionerna under tiden som lean healthcare börjar tillämpas. Larsson menar att effektiviseringsproblematiken i sjukvården kontinuerligt fanns med som ett inslag i många olika samtal, men att lean healthcare i sig inte fördes in i någon formell dokumentation.

Region Skånes politiker ska enligt Larsson fört diskussion om huruvida lean healthcare som arbetssätt skulle införas på ett mer konkret sätt, och i vilken utsträckning. Liknande diskussion ska enligt Larsson ha förts internt på sjukhuset i Lund. Larsson menar att en konflikt uppstått inom sjukvårdsorganisationen där en kärnfråga var i vilken omfattning sjukhuset skulle omorganiseras efter en enhetlig modell. Även Mats Welff nämner interna motsättningar inom sjukvården och pekar ut vissa delar av sjukhusets läkarkår som speciellt svårövertalad. Welff menar att det faktum att sjukhuschefen Bent Christensen var utbildad läkare hade stor betydelse för att övertyga personalen om fördelarna med lean healthcare.

Magnus Lord beskriver förekomsten av politisk närvaro i processen som begränsad och uttrycker en önskan om ett tydligare stöd från regionen, vilket enligt honom vid senare omställningar till lean healthcare inom andra landsting visat sig ha varit en viktig framgångsfaktor. Rikard Larsson framhåller i sin intervju hur sjukhuschefen för Usil vid flertalet olika möten sökt stöd för arbetssättet och pekar ut vikten av att lean healthcare inte skulle förknippas med ekonomiska nedskärningar eller åtstramningar i personalgrupperna, vilket skulle slå hårt mot personalens stöd för tanken på lean healthcare.

I januari 2007, drygt 18 månader efter det första dokumenterade mötet om ett lean healthcare-införande på Usil, börjar de första försöken att omorganisera arbetssättet genomföras.

4 Teori

Under vårt arbete har vi kommit i kontakt med en uppsjö nya tankar och idéer. Tankar har kommit och gått. Kaos har ersatts med ordning. För att kunna sälla och sortera ut den information vi känner att vi har mest nytta av har vi behövt läsa in oss på ett otal olika teorier. Dessa teorier har sedan legat till grunden för formen av vårt arbete.

4.1 Tre oberoende flöden, beroende av varandra?

För att kunna förstå de kontinuerliga processer som pågår inom samhället räcker det inte med att enbart göra en enskild djupanalys av någon aspekt man finner intressant. Förståelse erfordrar en helhetsbild där flertal komponenter möts, knuffas och slåss om uppmärksamheten i samhället för att kunna få sin vilja igenom. Därför har vi som grund valt att använda oss av John W. Kingdon's bok *Agendas, alternatives, and public policies* vars första upplaga utkom 1984. Vi har använt oss av tredje upplagan från 2011. Som vi redan i inledningen tog upp beskriver Kingdon hur det finns tre olika flöden inom policyskapandet som påverkar processen (Problemflöde, policyflöde samt politiskt flöde).

Flödena som beskrivs agerar i stort sett helt oberoende av varandras existens (2011, s 88-89). Vart och ett av flödena har en stor inverkan på om och hur policyprocesser får ett genomslag och leder till att politiker fattar ett intresse för förändring. Flödena har dock trots sina tämligen starka egna agendor täta återkopplingar till varandra. Det kan framstå som komplicerat men för att ge ett fiktivt exempel kan det finnas en önskan att införa en policy efter misslyckade skolresultat. Det politiska flödet har en stark vilja att leta och genomföra en lämplig policy som leder till önskat resultat. Det gör att två av flödena möts. Det innebär dock inte att möjligheten till policyförändring garanterat öppnats, ett så kallat policyfönster. Ser vi på policyflödet måste en reform som tros kunna erbjuda lösning på problemet existera, saknas det kommer flödena inte sammanflätas och inte heller ett policyfönster för förändring att öppnas. Det är här de gränsöverskridande punkterna mellan flödena kommer in. Då ett behov av en policy uppstår är detta något som plockas upp av både interna och externa intressenter.

Ser vi till sjukvården finns det många argument för att just ett sådant fönster borde vara, om inte öppet så i alla fall på glänt. Vi har ett problemflöde som söker efter lösning på hur en högre effektivitet kan uppnås. Vi har ett tydligt policyflöde där det inom sjukhusvärlden idag råder en tanke om att lean healthcare utgör det enda realistiska alternativet för effektivisering. Detta placerar policyn i en stark maktposition där den inte bara ligger och väntar på tillfälle att implementeras. Istället finns det idag många aktiva förespråkare som trycker på för att sjukhusen ska införa policyn. Kingdon tar även upp att det på intet sätt är dolda flöden som rör på sig (2011, s 3). Det handlar ofta om breda rörelser som har tydligt uttalade mål. En policy skapar därmed ett behov av sig själv genom att till exempel visa på ineffektiviteten i dagsläget jämfört med efter dess önskade intåg.

Ett grundläggande antagande inom Kingdons tankevärld är även att bara för att politiker har en önskan att driva en policyförändring finns det en mängd faktorer som påverkar den strömmen internt och omöjliggör det. Kingdon tar upp att rent formellt kan den högst uppsatta folkvalda ledningen kanske inte fatta ett direkt beslut som hur något bör organiseras eller styras, men genom att fälla uttalanden och föra upp en viss policy högt på agendan skapas det ett tryck på de institutionerna runtomkring att nästan per-automatik lyssna och ta till sig den politiska önskan trots att den folkvalda ledningen inte kan gå in och detaljstyra. Detta fungerar även åt det andra hållet att då tjänstemän beskriver en avsaknad av orientering kan något som uppfattas som ett problem få ligga i dvala då en förändring helt enkelt inte ses som möjlig (2011, s 21-24, 69).

Det har även riktats tydlig kritik mot Kingdons teorier för att hela upplägget på teorin gör den svår att falsifiera. Det riktas även kritik om att teorin där vissa forskare hävdar att den utgör en dålig beskrivning av verkligheten (Hall & Löfgren 2006, s. 37). Vi finner dock att den tillsammans med andra redskap utgör en bra grund i att studera hur olika policyprocesser skapas. Vi håller även med Hall & Löfgren som trots kritiken påpekar att teorin är av stor vikt eftersom den ger ett extra redskap och det i slutändan inte bara finns ett sätt att studera policyimplementering (Hall & Löfgren 2006, s. 37)

4.2 Nyinstitutionalismen och en soptunna

För att ytterligare bredda och fördjupa förståelsen för de olika policyflödena har vi valt att titta på nyinstitutionella skolan som organisationsteori. Teorin refereras ibland till som mytperspektivet, men vi kommer här efter använda nyinstitutionella skolan som beskrivning (Christensen m.fl. 2005, s 76). Christensen m.fl. beskriver själva grunden inom perspektivet som att organisationer måste ses existera inom institutionella ramar. Ordet institutionellt används inom teorin för att beskriva hur till exempel en policy blivit så självklar inom organisationer att den inte längre ifrågasätts utan hanteras som en given mall för agerande.

Organisationer kommer därmed ständigt att ta institutionaliserade policys i beaktning vid beslutsfattande utan att resonera kring deras närvaro. Detta sker även om slutresultatet inte nödvändigtvis leder till högre effektivitet, men det ses som viktigt att kunna visa upp sitt agerande till omvärlden för att skapa legitimitet för organisationen (Christensen m.fl. 2005, s 76,77).

Ett teoretiskt perspektiv vilket har kopplingar till Kingdon är March och Olsens 'garbage can'-teori. Författarna beskriver i sin artikel "A Garbage Can Model of Organizational Choice" att vägen fram till policybeslut kan gå till på flertal olika sätt. Vi har en organisation som letar efter lösning på ett problem. Vi kan ha en person som anser sig skapat en lösning (till exempel en effektiviseringsåtgärd), nu måste åtgärden finna ett problem att implementera sig på. En grundtanke inom teorin är att olika förslag placeras i lådor, vilken låda som faktiskt väljs beror tämligen mycket på vilken etikett lådan har, samt vilken låda som råkar vara nära tillhands vid beslutsfattande (March & Olsens 1972, s 2-3). Vad som väl råkar existera i lådan beskriver författarna med:

The mix of garbage in a single can depends on the mix of cans available, on the labels attached to the alternative cans, on what garbage is currently being produced, and on the speed with which garbage is collected and removed from the scene. - March & Olsens 1972, s 2

Som vi kan se finns det inget givet att innehållet i den just valda lådan är det rationellt bästa beslutet. Ibland uppkommer en effektiv lösning, ibland inte. Men det tas även upp hur det inom institutioner finns ett intresse av att visa upp en strategisk, polerad och genomtänkt yta för omvärlden (March & Olsens 1972, s 4). Det är enligt teorin av yttersta vikt att framhålla hur policys tagits upp på ett rationellt sätt för att bibehålla denna fasad.

4.3 Governance

Vi har ovan beskrivit teorier om policyflöden, institutionell makt och nyinstitutionella skolan. För att ytterligare skapa förståelse för vår frågeställning har vi också valt att inkludera governance-perspektivet. Termen governance introducerades i den statsvetenskapliga forskningen under mitten av 90-talet som en beskrivning av en pågående transformation av sättet att politiskt styra offentlig verksamhet (Hall & Löfgren 2006, s. 85). Essentiellt för förståelse av det pågående paradigmskiftet är samhällets ökade komplexitet samt förändring av besluts och implementeringsprocesser som därav uppkommit (Pierre & Sundström 2011, s. 9-10). Att hitta en klar och allmänt accepterad definition av termen governance framhålls som svårt. Två sätt att beakta governance pekas ut: dels som ett teoretiskt ramverk för förståelse av modern samhällsutveckling, dels som ett sätt att organisera offentlig verksamhet (Jessop från Björk. m.fl. 2003, s.22).

Litteraturen framhåller det skett ett fokusskifte ifrån input (hur förvaltningen ska styras) till output (vad förvaltningen kan leverera). Den politiska detaljkontrollen över förvaltningen minskar således (Pierre & Peters från Björk m.fl. 2003, S.23-24). Hall och Löfgren (2006) förespråkar tanken att se på begreppet governance som ett sätt att politiskt styra ett samhälle vars komplexa strukturer gör allmän detaljkunskap på politisk nivå svår. Styrningen i förvaltningspolitiken sker idag främst genom uppsättandet av ekonomiska ramar, vilket i sig inte är en förändring jämfört med tidigare rådande styrelsesätt. Dock har friheten för förvaltningen att själva fatta beslut inom dessa ekonomiska ramar ökat (Hall och Löfgren 2006, s. 88-89). Liknande tankar framförs av Pierre & Sundström (2011, s. 14) som menar på att kärnan i governance-begreppet är en förändring i den statliga kontrollen över dess förvaltning. Styrningen har förändrats ifrån tidigare nyttjande av precisa direktiv och regler till användande av problemformuleringar och ramverktyg inom vilka förvaltningen själva får fatta beslut.

5 Analys

5.1 Problemflöde

Ett problemflöde uppstår inte spontant. Kingdon (2011) beskriver hur problem oftast ligger latenta under en längre period. Då vi i vår bakgrund beskriver trycket som existerar på sjukhuset vad gäller effektivisering är det viktigt att vi förstår på vilket sätt det relaterar till problemflödet. Vad som egentligen skett är att sjukhuset, om inte alltid, så under en väldigt lång period haft effektiviseringsproblem. Det latenta problem som funnits synliggörs dock då aktörer börjar ifrågasätta problemet (Kingdon 2011, s. 94). Det leder oss oundvikligen fram till frågan varför problem som beskrivs som gamla hanteras först nu? Det svar som Kingdon ger oss är att det egentligen inte skapats någon ny lösning. Det sker hela tiden ett kontinuerligt arbete inom organisationer för att förbättra och förändra sig. Kingdon baserar detta på att nästan alla förändringar som görs egentligen är nytolkningar av gamla policys (Kingdon 2011, s. 141). Tittar vi på politikern Rikard Larsson beskriver han i intervjun hur det kontinuerligt sker förbättringsarbeten, men att lean healthcare går djupare och tittar på hur helheten av patientflödena påverkar sjukvården. Således studerar man samma problem som existerat tidigare och gör en ny analys. Att idéer byggs på sina föregångare är dock inte i sig något kontroversiellt. Kingdon använder det dock för att bygga vidare på förklaringen varför problemflödet blir så starkt att problemet synliggörs.

När blir ett problem ett problem? När vi studerar lean healthcare-implementeringen är det viktigt att särskilja på ett tillstånd och ett problem. När Magnus Lord talar om att det inom sjukvården råder ett stordriftstänkande och att det är problematiskt för effektiviteten, är det enbart en fråga om jämförelse. Fram tills att ett tillstånd pekats ut som problematiskt och en förändring försöker åstadkommas är det per facto inget problem utan ett tillstånd i organisationen (Kingdon 2011, s. 110).

Då sjukhuschefen och strategichefen genomför en omvärldsanalys och tittar på vilka de betraktar som de mest framgångsrika sjukhusen i världen, uppmärksammar de att sjukhus på andra platser fungerar effektivare än sjukhuset i Lund. Kingdon talar därför om att jämförelser har en roll i problemformuleringen. Det är först genom en jämförelse som en organisation inser att en kvalitetsskillnad i relation med annan organisation inom samma bransch existerar (2011 s. 111). Kingdon har även vissa gemensamma tankar med nyinstitutionella skolan då de båda talar om hur organisationer blir influerade av varandra.

Kingdon påtalar att det finns ett modespann bland idéer vilket påverkar vad som plockas upp till analysering. Egentligen är det inte så att en vettig idé som kommer fram från analysen, istället är det så att studier görs för att avgöra hur stort ett problem är (Det vill säga: Är det ett problem?) samt vilka förändringar som görs för att hantera problemet (Kingdon 2011 s.91).

Vi är då tillbaka vid själva skapandet av problemet. Ett citat från Rikard Larsson visar på vikten av att synliggöra problemet:

Den spontana reaktionen var att det sättet som dom hade analyserat sjukvården visade på hur mycket vi saknar en struktur i det vi gör inom sjukvården. – Rikard Larsson

Det visar på hur uppenbart de olika flödena har punkter som knyter dem samman. Då Magnus Lord håller sin föreläsning kommer den nya definitionen av problemen inom sjukvården upp till ytan.

5.2 Policyflöde

Att ett policyflöde kring effektivitetsarbete har funnits på Usil lång tid före initierandet av lean healthcare har framgått tidigare i vår analys. Arbetet med att införa lean healthcare utgör dock ett skifte i detta policyflöde där lokala förbättringsarbeten ersätts av en strukturomvandlande förändringsambition. För att innebörden i policyflödet ska kunna förverkligas har aktiva förespråkare, policyentreprenörer, en stor betydelse (Kingdon 2011, s. 122,133). Under leanprocessen har två individer, Magnus Lord och Bent Christensen nämnts som centrala. Deras personliga engagemang beskrivs ha varit av stor vikt för att den förändrade riktningen av policyflödet lyckades och lean kunde införas på Usil. Inom sjukvården har tidigare strukturomvandlingar försvårats av specifika yrkesgruppers motvilja till förändring. Mats Welff diskuterar betydelsen av läkarkårens makt att påverka reformarbete på sjukhuset, och menar att just framgången hos lean-förespråkarna att övertyga läkarkåren om fördelarna med policyförändring var central för att lean healthcare alls skulle kunna införas på Usil.

... det gjorde ju att många effektiviseringsförsök dom föll på att läkarna inte ville om jag ska vara alldeles uppriktig – Mats Welff

Således var det en framgångsfaktor av nöd att få läkarkåren inkluderad som positiv till införandet av lean healthcare. Policyentreprenörernas betydelse nämns också indirekt av Welff:

...Jag är inte säker på att kan jag säga dig att med en annan sjukhuschef och en sjukhuschef som inte varit läkare hade det inte varit lika lätt att genomföra – Mats Welff

Att många aktörer som arbetar inom policyns ramar eller arbetar för implementering av en policy aktivt lobbar för den är helt naturligt. För att en policy ska kunna genomföras krävs det mycket tid och energi. Ett av de mest tidskrävande momenten vid policyskapandet är att lobba externt utanför den egna organisationen. Det är enligt March och Olsen (1989, s. 48-49) enbart genom att föra en diskussion med aktörer runt om som legitimitet bildas för policyn. Det ter sig därför inte förvånande att det från sjukhusledningens sida vid en så pass stor implementering valdes ut personer som kunde anses vara klara förespråkare för dess sak. Från ledningens sida kan det rentav ses som avgörande om de önskar stöd av politiker.

En huvudtes i Kingdons teori om processflöden som tål att upprepas är frikopplingen mellan problemflöde och policyflöde (Kingdon 2011, s. 86). En lösning kan utvecklas utan att ett faktiskt problem finns. Magnus Lord talar om genomförandet av stora analyser rörande sjukhusets utmaningar där lean healthcare framstår som en lösning på det nydefinierade problemet stordrift.

Då personerna bakom effektivitetsanalysen också är förespråkarna för införandet av lean healthcare kan det hävdas att policyn färdigställdes innan problemets re definition har avklarats. Problemet med ineffektiviteten i sjukvården som inte lyckats lösas med tidigare policy (stordrift), sammanflätas nu med det nya policyförslaget, lean healthcare. Problemdefinitionen har alltså formulerats för att passa på ett specifikt policyförslag. När stordriften av sjukhuset definieras som ett problem och effektivitetsproblematiken föreslås kunna lösas med lean healthcare har både problemflödet och policyflödet ändrat riktning. Eftersom problemet passar policyförslaget ser vi här att de båda flödena har sammanstrålat.

5.3 Vilken låda är rätt låda?

När vi studerar det faktiska händelseförloppet som ledde fram till att just lean healthcare valdes ut som effektiviseringsverktyg finner vi intressanta aspekter som har mycket gemensamt med March & Olsens teori om hur policys plockas upp. Beslutet målas upp som om aktörerna suttit ner och tänkte igenom vad det är vi har för problem och vad är det vi vill uppnå för rationell lösning på problemet (Colebatch 2009, s. 90). Det riktas som vi kan se även kritik mot tanken att beslutsfattande i verkligheten går till på det sättet. Det faktiska valet av vilken policy som skulle bli implementerad ter sig inte helt självklart. Det finns en mängd teorier som gör anspråk på att kunna förklara varför en specifik policy blir utvald.

En intressant aspekt i vår analys vi noterat är hur Magnus Lord talar om att sjukhusledningen fick besök av konsulter som ville implementera lean healthcare på sjukhuset, men att samarbetet inte fortsatte efter det första mötet. Det är helt och hållet enligt garbagecan- modellen att det finns ett ambivalent förhållande mellan olika aktörer samt problem och lösning. Olika personer kan använda samma etikett för att måla upp en lösning och enighet tycks råda. När väl innehållet diskuteras och i realiteten implementeras uppstår dock en konflikt (March & Olsen 1983, s. 287). På Usil fortsätter man, trots att samarbetet med Lean Concepts anslutas, att undersöka möjligheterna att implementera lean healthcare. När sedan Magnus Lord anställs presenteras så en policy vars etikett inte skiljer sig ifrån vad som tidigare redan föreslagits. Däremot råder en väsentlig skillnad i substans där den senare versionen av lean healthcare bedömdes som bättre anpassad till sjukvårdens förutsättningar. Samma typ av etikett på förslagslådan men olika innehåll. Det här knyter an till garbagecan-modellen som påpekar att huruvida en policy är lyckad beror på innehållet i lådan. Ibland existerar det en lösning som fungerar bra, oftast inte (Kingdon 2011, s. 86). Vi lever i en värld där vikten av att visa sig rationell spelar en avgörande roll i hur vi uppfattas. Det är därför inte underligt att vi medvetet eller omedvetet väljer att forma våra tankebanor efter mönster som leder till att de beslut vi fattat har en rationell bakgrund (Colebatch 2009, s.140-141).

5.4 Politikflödet

Det finns i grunden en stabilitet när vi ser på det politiska flödet under den studerade processen. Vi kan konstatera att lean healthcare vid tidpunkten för införandet inte på något sätt var ointressant för politikerna. Samtidigt fick det inte ett tydligt genomslag mer än i uppmuntrande ordalag. Det går inte att peka ut något enskilt politiskt block som gjort mer aktivt motstånd eller stått ut som förespråkare. Kingdon själv talar om att en av de tydligaste förändringarna som kan ske inom det politiska flödet är att det sker ett skifte i den politiska majoriteten där nya viljor får komma till tals och uttrycka sina åsikter om policyförändringar (2011, s. 154). Under 2006 skedde en sådan omfördelning av mandat då allianspartierna ihop med Miljöpartiet kom till makten. Det framstår som att det råder en politisk enighet i bemötande av lean healthcare. Vi måste ställa oss frågan varför det politiska flödet inte tydligare tog ställning om policyn.

Kingdon behandlar avsaknad av formellt politiskt engagemang utifrån flertal olika aspekter. Vi har valt ut två som vi finner intressanta. En förklaring som Kingdon målar upp är att politiker sällan får höra positiva reflektioner. När det gäller feedback är det oftast klagomål på att något gått/går fel (2011, s. 150). Detta leder till att politiker blir försiktiga med sitt agerande. Om för många personer blir upprörda av ett förslag är det helt enkelt inte värt besväret (2011, s. 151). Kan det vara så att sjukvården faller under ett minerat område vad det gäller känslor?

En roll som politiker har i kraft av sin position är att vara avläsare av vad Kingdon beskriver som “the national mood”. Detta innebär att politiker ofta har en bild uppmålade om sig att de kan läsa av vad folket/samhället vill (2011, s. 149). Utan att göra en djupare undersökning kan vi konstatera att det i dagsläget finns en stor debatt om hur sjukvården styrs och vilka effekter det har för patienterna. Vi kan ta som exempel Maciej Zarembas mycket uppmärksammade artiklar om sjukvården då vi belyser vilka starka känslor vården väcker. I vissa fall måste vi fråga oss om det kan finnas bakomliggande tankar för politiker att agera på ett specifikt sätt?

En sakfråga som inte tydligt når den politiska agendan måste oundvikligen hanteras någon annanstans. Kingdon talar om att det finns specialiserade fält där expertkunskaper krävs (2011, s. 158). Vi har inom sjukvården just en sådan situation där det existerar starka expertiser och hierarkier som utmålar en tydlig legitimitet vid sitt utövande. Policyn har alltså inte lyckats nå en formell politisk agenda men den har diskuterats på informell nivå. Det råder inom policyskapandet en ständig maktkamp om de resurser som finns. Har en policy inte tillräckligt med muskler i ryggen når den inte hela vägen (Kingdon 2011, s. 152). Det politiska flödet flyter i detta fall på i mitten och det blir helt enkelt policyflödet med sina entreprenörer, samt problemflödet som söker en lösning som får böja sig och ta vad som erbjuds av politikerna. Ett entusiastiskt ryggdunkande utan formellt stöd.

Det är i slutändan kanske inte den högsta styrelsen i regionen som kan fatta alla beslut och bestämma allt, men ser vi på de politisk valda som högsta formella organ kan vi konstatera att den prioritetsordning som ledningen målar upp ganska omgående förs ut till andra aktörer utanför fullmäktiges centrum i Kristianstad. De andra aktörerna tar då till sig prioritetslistan och anpassar indirekt sina egna prioriteter utefter den utan att något beslut måste fattas (Kingdon s.21-24, 69).

5.5 Nyinstitutionella skolan

När vi studerar det politiska agerandet kan vi inte enbart göra det i en kontext fri från organisationen vi studerat policyinförandet i. Nyinstitutionella skolan går in på att normalt sett sprider sig policyreformer väldigt snabbt mellan olika organisationer. Vad som händer är att offentliga organisationer är snabba på att plocka upp vilka policybeslut som fattats och anpassar dessa sen efter den egna organisationen (Christensen m.fl. 2005, s. 76). Vad som sticker ut är inte enbart hastigheten som policys tas upp med. Det är även syftet med policyimplementeringen. Istället för att tala om en effektivisering handlar det om legitimitet där organisationen måste visa upp ett fint skyltfönster av teorier, modeller samt styrsystem för att upprätthålla sin legitimitet (Christensen m.fl. 2005, s. 76).

Under vårt samtal nämner Magnus Lord fem stora förbättringsarbeten på Usil. Mats Welff nämner det ständiga behovet av effektiviseringar. Sett utifrån den nyinstitutionella skolan är det inte underligt att Rikard Larsson i egenskap av regionspolitiker uttrycker stöd och entusiasm inför fler förbättringsarbeten. Men samtidigt har nya policys för förbättringar tillkommit kontinuerligt inom sjukvården en längre tid. Att politikerna trots det positiva berömmet såg lean healthcare som ett lokalt projekt är förståeligt. Nyinstitutionella skolan skulle snarare påpeka att i perioder måste organisationer genomföra stora tydliga förändringar för att kunna visa upp för omvärlden att de verkligen är legitima genom att leva upp till den västerländska moderniseringsandan, att konstant utveckla sig själva. (Christensen m.fl. 2005, s. 76).

Det som uppstår är en situation där vi kan dela upp sjukhuset i två delar. En som är hårt slutet och baserar sina val på teknisk kompetens, detta relaterar till läkarkårens medicinska normer. Det finns även en del av sjukhuset som är den formella som är mer öppen och går att anpassa efter omvärlden. En organisation som har en svårpåverkad del beroende på teknisk kompetens försöker ofta kompensera detta genom att visa på förändringsmöjlighet inom aspekter (Eriksson-Zetterquist m.fl. 2006, s. 288,289). Magnus Lord talar om att det har gjorts analyser om vilka metoder som är mest effektiva, därefter har sjukhuset tagit efter dem. Det har uppstått en imiterande isomorfism där sjukhuset tar efter andra organisationer för att öka sin egen effektivitet och likaså kunna peka på de sjukhus som normativt uppfattas som lyckade för att visa på sin egen organisations legitimitet (Eriksson-Zetterquist m.fl. 2006, s. 291). Det finns ett annat viktigt steg för att verkligen uppnå en organisationsförändring och det är att det långsiktigt genomförs en normativ isomorfism. Det innebär att sjukhuset skulle satsa på att utbilda personal i policyprocessen som vill införas och arbeta för att belöna de personer som lyckas effektivt. Genom att anställa personer som är professionellt utbildade inom området uppnås en långsiktig förvandling (Eriksson-Zetterquist 2006, s. 291,292). Det är först då alla stegen genomförts som det utifrån nyinstitutionella skolan går att tala om en lyckad policyimplementering.

5.6 Governance: hur kan vi förklara avsaknaden av debatt?

Det har under de senaste två decennierna skett en tydlig övergång från att styra via traditionell hierarki och mer auktoritativa styrsätt till den mer svårdefinierade governancemodellen. Detta är inget som skett snabbt eller alltid uttalat, istället en process som skett stegvis i den offentliga sfären (Pierre & Sundström 2009, s. 246-250). Vi har dock i Sverige under en lång period haft tämligen fristående offentliga förvaltningar.

Det har även här skett en förändring i vilka styrsystem som nyttjas, vilket möjliggjort friare tyglar för förvaltningar att hantera sina resurser på ett sätt som de anser passa bäst (Pierre & Sundström 2009, s. 247).

Governance är dock ingen ny företeelse, det har alltid existerat i det dagliga arbetet men det har innan saknats en heltäckande teori för att beskriva det (Hall & Löfgren 2006, s. 86). Det finns ett väldigt behov av att kunna förklara politikernas agerande även utanför de formella ramarna. Tittar vi på folkvaldas agerande enbart från det dokumenterade kan det lätt framstå som att de varit passiva, något som kan ge en falsk bild av verkligheten. Ett tydligt exempel på diskrepans finner vi i revisionsrapporten från Ernst & Young som utreder införandet av lean healthcare på Usil. Författarna beskriver i rapporten att regionledningen varken tagit ställning eller värderat det som skett. De ställer sig undrande till varför politiker hållit sig så passiva (2008, s. 25). Något som vi kan konstatera inte är helt sant. Vid våra intervjuer uttrycker samtliga respondenter att det funnits ett av intresse för implementeringen. Rikard Larsson beskriver intensiva politiska diskussioner om lean healthcare. Likaså tar han upp att det fanns ett stort engagemang och stöd för implementeringen. Larsson är inte heller ensam med att trycka på det informella mötes betydelse. Mats Welff minns ett påtagligt engagemang ifrån många politiker i samband med introduktionen av lean healthcare. Grad av politisk närvaro i processen kan givetvis diskuteras, men vi kan med stöd av vårt empiriska material med goda grunder påstå att det politiska flödet under processen varit aktivt. Studier av formella protokoll ger en annan bild, som dock inte täcker det informella spektrumet.

Som vi kan konstatera leder studiet av governance till påtagliga problem för statsvetaren. Vi finner det självklart svårt att lägga någon värdering om det är det formella väger tyngre än det informella. Vi kan däremot hävda att politikernas agerande har en reell effekt på hur implementeringen spelats ut oavsett om det är till det bättre eller sämre. Om vi nu inte ser politiker som helt passiva måste vi därmed beakta termen governance som ett aktivt sätt att styra en förvaltning.

Hall & Löfgren påpekar att en politisk process i en governance-struktur inte är nödvändig ifall aktörerna är överrens riktningen på arbetet. Är de involverade aktörerna eniga i en fråga minskar incitamenten till att föra diskussion (2006, s. 88). Våra intervjuer indikerar att en blocköverskridande politiska majoritet i regionen har sett positivt på lean healthcare. Då förvaltningsförslaget om lean healthcare tas emot med entusiasm ifrån politiskt håll har konsensus nåtts i tanken på att starta projektet. Eftersom de involverade aktörerna tycks röra sig i samma riktning är det inte nödvändigt med ett djupare politiskt engagemang.

Det kan även inom governance finnas andra motiv till deras agerande. Det kan vara svårt att alltid få experter inom ett område att agera efter sin önskan. Då politikerna finner att ett policy-projekt för att förbättra effektiviteten är under utveckling kan det finnas en rädsla för att om de går in och detaljstyr riskerar de att tappa momentum. Istället har politikerna valt att ge uppmuntrande ord. Detta stämmer väl överrens med Pierre & Sundström som beskriver hur politiker gärna

lämnar en bred policy till förvaltningarna för att säkerställa att expertisen fastställer den på bästa möjliga sätt (2009, s. 250). Rikard Larsson säger även i sin intervju att han som politiker inte önskar att gå in och plocka bort eller beblanda sig i vilka verktyg som sjukhusledningen beslutar att använda sig av när de ska uppfylla effektiviseringskraven. Emellertid, upplever politikerna att det finns ett problem och den policy som skulle kunna löst problemet inte tas upp av den självständiga förvaltningen förväntas politikerna i fråga agera (Pierre & Sundström 2009, s. 253).

Politikernas agerande visar på en paradox som uppstår då förvaltningar önskar frihet samtidigt som de vill ha ett politiskt stöd i ryggen. Vi ser att en ökad politisk närvaro efterfrågas av bland annat tjänstemannen Magnus Lord. De aktörer vars frihet har stärkts relaterat till governance-styrning är också samma som tycks önska ett tydligt politiskt ledarskap (Hall & Löfgren 2006, s. 102). Paradoxen syns i vår empiriska undersökning där motsättningen mellan en självständig förvaltning och förverkligande av politiskt uppsatta mål märks.

Det kan dock som Pierre och Sundström tar upp även finnas helt andra motiv bakom att governance-tänkandet blivit allt mer utbrett. Det är inte enbart av politisk välvilja. Genom att låta sjukhuset ta ansvaret står inte politikerna själva och får skulden om någonting skulle gå fel eller vara problematiskt vid införandet (Pierre & Sundström 2009, s. 253). Det är en syn som kan framstå som lite cynisk. Det är inte heller något som vi kan hävda att vi fått underlag för utifrån vårt arbete. Men vi finner det väl värt att notera att den tradition av fristående förvaltningar som vi har i Sverige givetvis spelar en aktiv roll i hur politiker väljer att agera då en större policy införs i en svensk förvaltning.

6 Diskussion

6.1 Policyentreprenörer och dess dubbla stolar

En faktor att ta i beaktning anser vi vara Magnus Lords roll som policyentreprenör kontra uppgiften som strategichef. Lord har de facto anställts för att ansvara för sjukhusets utveckling på längre sikt. Anställningen av en strategichef med en bakgrund i näringslivet och med stor kunskap om lean inom sjukvården anser vi vara en indikation på vilken riktning sjukhuschefen Bent Christensen anser vara önskvärd för Usil. Vad vi anser vara intressant är Magnus Lords uttalande om analysen av sjukvårdens ineffektivitet. Att problem formuleras för att passa policyentreprenörens favoriserade lösning är inte alls förvånande. Huruvida policyentreprenörernas inställning till lean healthcare påverkat analysen av Usil vill vi inte uttala oss om, ej heller vill vi lägga någon personlig värdering i resonemanget kring resultatet av sjukhusets effektivitetsanalys. Emellertid har vi med intresse noterat policyentreprenörernas dubbla stolar - dels i en position som analytiker av universitetssjukhusets utmaningar, dels som förespråkare för ett nytt driftssystem. En intressant tanke är hur den dubbla positionen påverkar alternativen till problemlösning - fanns det potentiellt en väg vid sidan av lean healthcare som missas då policyentreprenörerna fick möjlighet att utforma problemformuleringen? Hade en analys av sjukhuset genomförts av någon som ej förespråkade lean healthcare hade kanske ett alternativt effektiviseringsarbete blivit aktuellt.

Vi kan även konstatera att det kan löna sig att ha en policyentreprenör engagerad på sin sida. Ibland kan två stycken förslag se likadana ut på ytan, då hjälper det att ha en engagerad fantast på sin sida som kan sortera ut den policyn med bäst lämpat innehåll. Företaget som besökte Usil och presenterade det misskrediterade, avvisade förslaget hade bara möjlighet att formulera en lösning, Magnus Lord satt även på möjligheten att formulera problemet. Huruvida förslagslådan från Lean Concepts hade accepterats av Usil ifall problemformulerings-privilegiet hade tillfallit dem kan vi bara spekulera om. Vad vi däremot konstaterar är att Lords placering gav en unik möjlighet att påverka händelseförloppet. I egenskap av problemformulerare och policyentreprenör blir Magnus Lord därför variabeln som sammanfogar problemflödet med policyflödet.

6.2 Är lean healthcare en modefluga?

Vi har under vårt arbete kontinuerligt mött på olika teorier som säger att de idéer som flyter runt inom och mellan organisationer oftast bara är temporära sätt att styra organisationen som råkar vara moderiktiga vid nuläget. Det framstår för oss nästan lite cyniskt att se det på det sättet. Det är tämligen givet att vissa idéer råkar vara populära vid ett visst tillfälle. Men alternativet skulle vara en stagnerad förvaltning där inget nytt prövas. Snarare kan vi tycka oss se en genuin övertygelse om att policyn kan leda till något gott. Om det är långsiktigt hållbart inom sjukvården är allt för tidigt att avgöra. Vårt arbete har inte heller haft som fokus att försöka analysera policyn, vi nöjer oss med att kanske lyckats skapa ett intresse om dess framtida utveckling och därmed bringa fram nya uppslag till vidare studier.

En fråga som vi ställt oss själva är varför politiker inte tog chansen att driva på policyarbetet. Vi har målat upp en mängd med olika teorier och vinklar som vi försökt förklara agerandet utifrån. Då vi nu har möjlighet att göra en friare analys anser vi att något som varit av väldigt stor vikt är den svenska traditionen av dualism som gett förvaltningar tämligen fritt spelutrymme. Det finns en grundmurad syn på att förvaltningar själva ska fatta beslut om hur organisationen ska styras internt. Att styra genom informella kontakter har likaså ökat allt mer inom den svenska förvaltningen. Detta är inte något som bara har en marginal betydelse. Kombinationen framstår för oss att vara av yttersta vikt då vi ser på vilka styrmedel som politiker väljer att använda sig av. När Rikard Larsson uppger att han ser avsaknaden av detaljkunskap som naturlig kan vi enbart instämma, det finns inget i det nuvarande sättet att styra som möjliggör att politiker kan vara helt insatta i alla de verksamheter som ligger under dem.

Vi vill trots det inte helt bortse från att politiker trots allt sitter på ett mandat de fått genom att fånga upp röster från väljare. Vi finner det därför inte underligt om det för politiker framstår som en vinst om de håller sig borta från detaljstyrningen och därmed även slipper få skulden om det går fel, som många författare med inriktning på governance konstaterat: folk är ofta rädda för att ta allt för stora steg, ju större steg desto svårare att kalkylera det politiska utfallet. Det är en aspekt som kan framstå som långsökt men vi finner vara relevant framförallt när vi idag inte kan öppna en dagstidning utan att finna en artikel om situationen inom sjukvården, om det så gäller kötider, brist på sjuksköterskor eller artikelsier om New Public Managements intåg i sjukvården.

6.3 Det demokratiska ansvaret

Den troligen viktigaste reflektionen vi kan ta med från vårt arbete är frågan vart gränsen mellan politiker och tjänstemäns ansvar dras. I en miljö där de ”naturliga” hierarkiska gränserna allt mer suddas ut och ersätts med informella styrmedel måste vi vara uppmärksamma och vara villiga att kritiskt granska både offentliga förvaltningar och politikernas agerande. Det riskerar att uppstå en problematisk situation då politiker anser att det inte finns ett demokratiskt ansvar att på något sätt vara detaljinsatt i den förvaltning som de fått demokratiskt mandat att övervaka. Sjukvården drivs av offentliga medel och har som huvudsaklig uppgift att garantera vård på lika villkor till medborgarna i landet. Detta ansvar hamnar oundvikligen på de folkvalda. Om istället ansvaret flyttas över till förvaltningar utan demokratiskt ansvar finner vi att det långsiktigt kan urholka förtroendet för de institutioner vi i dagsläget hyser stor tillit för. Vi vill uppmana till fortsatta studier av vilka strukturer som ligger bakom policyimplementering för att kunna skapa en helhetsbild av situationen.

7 Bilagor

7.1 Bilaga 1 - Vad är lean healthcare?

Termen lean healthcare saknar en kristalliserad definition. Lean kan kallas för ett organisationssystem, en verksamhetsfilosofi eller ett verktyg för produktionseffektivisering. I denna bilaga kommer vi i korta drag ge en översiktlig förklaring till de grundläggande tankarna bakom lean-begreppet, detta för att stilla ett förhoppningsvis väckt intresse om modern sjukvårdsproduktion hos läsaren.

Ett sätt att förklara lean produktion är att sätta det i jämförelse med ett annat alternativ för produktion - stordriftstanken. Skillnaden mellan stordrift och lean-systemet kan i grunden förklaras med termerna flödeseffektivitet kontra resurseffektivitet. I en organisation där huvudsakligt fokus ligger i att varje enskild komponent i en produktionskedja skall nå maximal arbetseffektivitet kan stordriftstanken sägas vara rådande. Lean-tänket riktar istället in sig på flödeseffektivitet, vilket kan ses som en produkts resa genom produktionens olika checkpoints, alternativt en patients väg genom sjukvårdens olika stationer (Mazzocato m.fl. 2012). Hög flödeseffektivitet uppnås genom att i så hög grad som möjligt avlägsna flaskhalsar och minska på all tid som inte är värdeskapande. I ett sjukvårdssystem där lean har implementerats är ambitionen att minska graden av icke-värdeskapande tid för patienten. Mötet med vårdpersonal eller genomgåendet av en röntgenundersökning är exempel på värdeskapande tid. Långa väntetider skapar inte något mervärde för patienten och skall i högsta möjliga mån elimineras (Modig & Åhlström, 2011). Just fokusskifte från producent till patient är något som region Skåne framhåller som ett betydelsefullt förändringsarbete (skane.se - 3)

7.2 Bilaga 2 - Intervjufrågor

Vi har valt att bara ta med huvudfrågorna och inte alla följdfrågor som ställdes under intervjuens gång. Nästan alla följdfrågor är svåra att tolka när de inte sätts i sitt rätta samband.

7.2.1 Mats Welff

- Anser du att du i egenskap av regiondirektör hade något inflytande över hur Usil styrdes?
- Kan du berätta hur du fick kontakt med lean healthcare för första gången?
- Har du diskuterat införandet av lean healthcare med styrande politiker?
- Har du försökt sätta dig in mer i detalj förutom den information som du har fått från sjukhuset?
- I en rapport från Ernst & Young framgår det en viss förvåning från författarna över den politiska frånvaron i processen. Kan du beskriva din syn på engagemanget från regionpolitikerna inför lean-projektet?
- Diskuterades det någonsin några andra alternativ förutom lean healthcare som ett sätt att effektivisera sjukvården i regionen?

7.2.2 Magnus Lord

- Kan du kortfattat berätta om hur du kom i kontakt med begreppet "Lean Healthcare" första gången?
- Hur det gick till när du fick uppdraget att implementera "lean healthcare" på sjukhuset i Lund.
- Om du nu tänker på det här uppdraget du fick på sjukhuset, dåvarande Usil, gav det dig mandat att genomföra dom förändringarna som du önskade?
- Tror du att politikerna som du pratade med begrep vad "lean" var för något?
- Föredragen du höll för Region Skånes politiker, är det dom som har bjudit in dig?
- I en rapport från Ernst & Young framgår det en viss förvåning från författarna över den politiska frånvaron i processen. Hur ser du själv på det politiska engagemanget ifrån regionsnivå inför lean-förändringen?
- Om du tänker på din egen vision av vad lean healthcare skulle leda till, tycker du den på något sätt skilde sig från sjukhusledningen också då från vad politikerna i region Skåne såg framför sig?
- Ofta när man läser om lean nämns det saker som effektiviseringar och man ska göra mer med dom medlen som man har, Har du någonsin känt att lean betraktas som ett verktyg för att spara in pengar inom sjukvården?
- Bent Chistensen har avslutat sitt uppdrag som sjukhuschef, har du någonting med Lunds Universitets Sjukhus idag?
- Är det några personer utom du själv som du tycker varit centrala i den här processen?
- De erfarenheterna som du har fått av att införa lean på sjukhuset i lund, är det några erfarenheter därifrån som du tycker varit speciellt viktiga för ditt fortsatta arbete?
- Om du skulle spekulera litegrann i leans framtid i sjukhuset hur tror du det ser ut om 10 år?

7.2.3 Rikard Larsson

- Kan du berätta om hur du kom i kontakt med begreppet “lean healthcare” för första gången?
- Höll du dig uppdaterat över hur det gick för sjukhuset med dom här nya organisationstankarna?
- Vilket inflytande hade du som politiker på den positionen över hur dåvarande Usil de facto fungerade?
- Kände du något personligt ansvar att följa upp den här utvecklingen i och med att du satt på den politiska positionen so du faktiskt satt på?
- Sökte sjukhusledningen nåt stöd under den här processen ifrån politiskt håll?
- I en rapport från Ernst & Young framgår det en viss förvåning från författarna över den politiska frånvaron i processen. Diskuterades "lean healthcare"-förändringen på politisk nivå inom ramarna för Region Skånes formella politiska sammanhang?
- Du har också sagt att det diskuterades många andra sätt att effektivisera vården. Hur kommer det sig att det var just lean healthcare som man tillslut fattade beslut om?
- Hur ser du då på det demokratiska ansvaret i detta? På vilken nivå tycker du politiker behöver vara detaljinsatta i hur förvaltningen de ansvar för organiseras för att kunna leva upp till ett demokratiskt ansvarstagande?
- Vad tror du om situationen om ett par år? Tror du man kommer fortsätta jobba för arbeta enligt lean produktion i region Skåne sjukvården?

8 Referenser

- Björk, Peder; Bostedt, Göran; Johansson, Hans (2011). "Governance". Studentlitteratur, Lund.
- Colebatch, H.K, 2009. "Policy (third edition)". Berkshire: Open University Press.
- Eriksson-Zetterquist, Ulla - Thomas Kalling - Alexander Styhre, 2006. Organisation och organisering. Malmö, Liber
- Hall, Patrik & Karl Löfgren (2006) "Politisk styrning i praktiken". Malmö: Liber
- Kingdon, John W (2011) "Agendas, Alternatives, and Public Policies". Longman Publishing Group, The university of Michigan
- Lantz, Annika (2013). "Intervjumetodik". Studentlitteratur AB, Lund.
- Längby, Per, 2005. "0-7-90-90: nya koden för tillgänglighet". Nyhetsblad Usil. 18/8.
- Längby, Per, 2005. "Kvalitet, alla goda exempel ska förrenas". Nyhetsblad Usil. 1/9.
- Mazzocato, Pamela - Richard J Holden - Mats Brommels - Håkan Aronsson - Ulrika Bäckman - Mattias Elg - Johan Thor, 2012. "How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden" i BMC Health Service: Research Vol. 12 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/28>
- March, James G - Olson, Johan P (1983) "Organizing Political Life: What Administrative Reorganization Tells Us about Government" i The American Political Science Review. Juni 1983, Vol. 77, Issue 2, p281-296, 16p. Research Vol. 12 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/28>
- March, James G, Olsen, Johan P (1989) "Rediscovering institutions : the organizational basis of politics". New York, Free Press
- Michael D. Cohen, James G. March, Johan P. Olsen, "A Garbage Can Model of Organizational Choice", Administrative Science Quarterly, Vol. 17, No. 1. (Mar., 1972), pp. 1–25. <http://www.jstor.org/stable/2392088>
- Modig, Niklas, Åhlström, Pär (2011). "Vad är LEAN?". Stockholm School of Economics Institute for Research.
- Pierre, Jon – Sundström, Göran (red.) (2009) "Samhällsstyrning i förändring". Malmö: Liber.
- Revisionsrapport från Ernst & Young, 2008. "Granskning av utvecklingsstrategin Lean Healthcare vid Universitetssjukhuset i Lund". [Elektronisk] Tillgänglig: <https://www.skane.se/upload/Webbplatser/Revisionen/rapp%20leanhealthcare%2027%20maj.pdf> Hämtad: 2013-11-16
- Ruane, J. M. (2006) "A och O i samhällsvetenskaplig forskning". Lund, Studentlitteratur

- Skane.se - 1 = Region Skånes webbplats, ”Vårdproduktionsutskottet/-beredningen”
[Elektronisk] Tillgänglig:
http://www.skane.se/sv/Demokrati/Politisk_organisation/Vardproduktionsberedningen/ Hämtdatum 2013-12-05
- Skane.se - 2 = Region Skånes webbplats, ”Effektiv hälso- och sjukvård”.
[Elektronisk] Tillgänglig:
http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Riktlinjer--metoder/God-Vard/Effektiv-halso--och-sjukvard/ Hämtdatum: 2013-12-02
- Skane.se - 3 = Region Skånes webbplats, ”Uppdrag & Avtal, Patientprocesser”
[Elektronisk]. Tillgänglig:
http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Uppdrag_uppfoljning/Modell-for-verksamhetsutveckling/ Hämtdatum 2013-12-21.
- Tom Christensen, Per Lægreid, Paul G. Roness, Kjell Arne Røvik (2005)
Organisationsteori för offentlig sektor. Malmö, Liber