

Ledningssystem *och styrning av vård* – förutsättningar och utmaningar

Redaktörer: Jon Rognes &
Anna Krohwinkel Karlsson



Ledningssystem *och styrning av vård*

– förutsättningar och utmaningar

*Redaktörer: Jon Rognes &
Anna Krohwinkel Karlsson*



Författarpresentationer

Karin Fernler är ekonomie doktor i företagsekonomi och verksam som forskare och lärare vid Institutionen för företagande och ledning vid Handelshögskolan i Stockholm.

Claes-Fredrik Helgesson är ekonomie doktor i företagsekonomi från Handelshögskolan i Stockholm och sedan 2009 professor i Tema teknik och social förändring vid Linköpings universitet.

Anna Krohwinkel Karlsson är ekonomie doktor i företagsekonomi från Handelshögskolan i Stockholm och verksam som forskningsledare vid Leading Health Care.

Jon Rognes är ekonomie doktor i företagsekonomi från Handelshögskolan i Stockholm och biträdande generalsekreterare vid Leading Health Care.

Anna Svarts är doktorand vid institutionen för Industriell Ekonomi och Organisation vid KTH.

Mats Tyrstryp är ekonomie doktor i företagsekonomi och verksam som forskare och lärare vid Center for Advanced Studies in Leadership, Handelshögskolan i Stockholm.

Förord

Stiftelsen Leading Health Care fick i början av 2011 i uppdrag av Socialstyrelsen att med forskningens glasögon närmare studera och begrunda förutsättningarna för styrning med koppling till föreskrifterna för ledningssystem för kvalitet i vården. Resultatet är denna rapport där vi närmare granskar dessa förutsättningar utifrån olika frågeställningar:

- graden av efterlevnad av föreskrifterna ute i vårdverksamheterna;
- möjligheterna till kunskapsstyrning av ledningsarbete;
- interaktionen mellan centrala föreskrifter och lokala initiativ till flödesorientering av vårdverksamheter; och
- konsekvenserna av att det finns en mångfald av styrimpulser som verksamheterna skall anpassas till.

Rapporten lyfter fram den vetenskapligt grundade observationen att drömmen om det perfekta styrinstrumentet nog förblir just en dröm. Vi måste fokusera på hur vi skall balansera olika vällovliga ambitioner om vad man bör göra och ge utrymme för att väga olika mål och värden mot varandra för att skapa bättre fungerande verksamheter.

Under 2012 har LHC fått medel för att fortsätta arbetet och fokusera mer på konsekvenserna för olika nivåer i vårdsystemet. Vi kommer att följa med Socialstyrelsens nya ledningssystemsföreskrifter ut i landstingen, och vi kommer att samla de tankar som väckts under denna resa i en bok om ledarskapet i praktiken. En bok vi hoppas skall fungera som ett hjälpmedel för ledare på olika nivåer och i olika verksamheter att finna och utveckla sin roll i vårdens komplicerade system.

Jag vill rikta ett stort tack till forskarna som medverkat som skribenter i rapporten. Tack också till Socialstyrelsens generaldirektör Lars-Erik Holm för förtroendet att få tillämpa ledarskaps- och organisationsforskning på ett för vården så oerhört viktigt område. Och till medarbetare på Socialstyrelsen som bistått med råd och dokumentation i processen.

Jag önskar trevlig och inspirerande läsning!

Stockholm i februari 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Sammanfattning

Jon Rognes och Anna Krohwinkel Karlsson

Inledning	10
<i>Bakgrund</i>	10
<i>Analytiska utgångspunkter</i>	11
Delrapporter	12
<i>Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige</i>	12
<i>Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv</i>	12
<i>Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete</i>	13
<i>Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll</i>	14
Utmaningar för ledningssystem och styrning av vård	14
<i>Beslut centralt eller lokalt</i>	14
<i>Standardisering eller individualisering av vård</i>	15
<i>Generella recept eller specifika lösningar</i>	15
Vidare arbete på området	16

Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige

Jon Rognes och Anna Svarts

Sammanfattning	18
Inledning	19
<i>Organisering, ledningssystem och styrning av vård</i>	19
<i>En ögonblicksbild med begränsningar</i>	20
Flödesorganisering och lean – vad är det?	20
<i>Principer för lean produktion</i>	20
<i>Vad menar man med lean i vårdorganisationer?</i>	22

Beskrivningar av lean-relaterade initiativ	23
<i>Universitetssjukhus</i>	24
<i>Övriga sjukhus</i>	27
<i>Primärvård</i>	37
<i>Övriga verksamheter</i>	39
<i>Lean-arbete på landstingsnivå</i>	40
Konsekvenser för ledningssystem och riktlinjer	40
<i>Goda projekt som kanske lever vidare</i>	42
Metod och genomförande	42
<i>Källor</i>	42
<i>Beskrivning och klassificering av initiativ</i>	43
Källor och referenser	45

Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv

Mats Tyrstryp

Sammanfattning	47
Bakgrund och utgångspunkter	48
<i>Underlag och fokus</i>	48
<i>Rapportens disposition</i>	49
Om problemformuleringar rörande den svenska vården	50
<i>Ledningssystem som ramverk för utveckling</i>	50
<i>Det vidare perspektivet</i>	51
Revisionsrapporternas beskrivningar	53
<i>Reflektioner kring mönster i revisionsrapporterna</i>	58
Landstingens erfarenheter av arbete med ledningssystem – exemplet SOSFS 2006:11	59
<i>Om användningen av SOSFS 2006:11 i tillsynen</i>	59
<i>Om vad som fungerar bra respektive mindre bra</i>	60
<i>Om utvecklings- och förbättringsbehoven</i>	61
<i>Reflektioner kring landstingens erfarenheter av SOSFS 2006:11</i>	62

Socialstyrelsen om organisationer, styrning och ledarskap	64
<i>Organisationsföreställningar så som de uttrycks i Socialstyrelsens dokument</i>	64
<i>Reflektioner kring Socialstyrelsens syn på styrning och ledarskap</i>	66
Diskussion och slutsatser	68
<i>Ett organisationsperspektiv</i>	68
<i>Summering, slutsatser och rekommendationer</i>	71
Referenser	75

Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete

Karin Fernler

Sammanfattning	77
Inledning	78
Är evidensbaserad ledning något nytt?	79
Vad är evidensbaserad ledning egentligen?	80
Två återkommande argument för evidensbaserad ledning	81
<i>Ett sätt att motverka över-, under- och felanvändning</i>	81
<i>Evidensbaserad medicin är en stor framgång</i>	82
Empiriskt grundad forskning om beslutsprocesser	84
<i>Problematisering av den målrationella beslutsmodellen</i>	84
<i>Problematisering av kunskapens roll i beslutsprocesser</i>	85
<i>Problematisering av kunskapens karaktär</i>	85
Utmärkande drag hos forskningen	86
<i>Vaga och föränderliga begrepp</i>	86
<i>En mångfald av teoretiska perspektiv</i>	86
<i>Kontextuell förankring</i>	87
<i>Balansgång mellan generaliserbar och relevant kunskap</i>	87
Kunskapsformering för kunskapsstyrning	88
<i>Temporär stabilisering av kunskap</i>	89
<i>Generella riktlinjer och praktisk handling</i>	90
Vad kan evidensbaserad ledning bidra med?	91
Referenser	94

Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll

Claes-Fredrik Helgesson

Förord	97
Styrningens villkor inom hälso- och sjukvården	98
Den mångfaldiga styrningen exemplifierad	98
Kunskapsbildningens natur	99
En värld präglad av många, ibland svårförenliga, värden	101
En omfattande och mångfaldig styrning förutsätter autonomi	102
Implikationer för de statliga myndigheternas roll	102
Referenser	105

Om Leading Health Care

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport 106

Vill du veta mer om LHC? 106

LHC:s publikationer 107

Sammanfattning

Jon Rognes
Anna Krohwinkel Karlsson



Inledning

Stiftelsen Leading Health Care (LHC) har under 2011 på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört ett projekt för att klarlägga kunskapsläget kring styrning av vård med koppling till riktlinjer och allmänna råd på området. Några frågor har varit: Vilka hinder och möjligheter finns för styrning, stöd och uppföljning av vårdprocessen? Hur ser kunskapsläget ut? Vilka förutsättningar finns för att åstadkomma önskade beteendeförändringar?

Denna sammanfattning presenterar resultat och utmaningar utifrån fyra delrapporter inom uppdraget, samt från de diskussioner som löpande förts i LHC:s fokusgrupp för styrning i vården med deltagare från landsting, professionsförbund och läkemedelsindustri.

Projektet har letts av ekonomie doktor Jon Rognes vid Leading Health Care. I arbetsgruppen har ingått professor Claes-Fredrik Helgesson, Linköpings universitet, ekonomie doktorerna Karin Fernler och Mats Tyrstrup vid Handelshögskolan i Stockholm, doktorand Anna Svarts vid KTH samt ekonomie licentiat Hans Winberg vid LHC. I sammanställningen av materialet har även Ek. Dr. Anna Krohwinkel Karlsson vid LHC deltagit. Författarna ansvarar dock själva för slutsatserna i sina respektive delrapporter (se även kvalitetskriterier för en LHC-rapport i slutet av denna rapport).

Sammanfattningen är upplagd som följer. Först presenteras en bakgrund och utgångspunkter för vårt arbete med uppdraget. Sedan följer en kort sammanfattning av varje delstudie. Utifrån detta diskuteras slutsatser och utmaningar inför framtiden.

Bakgrund

Socialstyrelsen utfärdar sedan 1993 föreskrifter för kvalitet och för ledningssystem. Vid uppföljning och tillsyn i de svenska landstingen under 2008 och 2009 har SoS funnit att föreskrifterna inte i tillräcklig utsträckning lett till beteendeförändringar. För få vårdgivare följer helt enkelt föreskrifterna.

LHC beviljades under 2011 medel för att samla forskare och praktiker med avsikt att klarlägga kunskapsläget kring styrning av vård i linje med den utveckling som skett där tillsyn och föreskrifter successivt lyfts från individ- till vårdgivarnivån samt fokus förflyttats från rutiner till processer. Organisering och ledning av vårdverksamheter syftar ytterst till att rätt insats görs för rätt patient i rätt tid. Det kräver att olika resurser – kompetenser, teknik, budgetmedel och annat – koordineras på rätt sätt. Detta kan dock åstadkommas på olika sätt. En central problematik är hur arbetsfördelningen ska se ut mellan styrning på makro-, meso- och mikronivå, det vill säga nationellt, via kommuner och landsting respektive i de lokala verksamheterna? Relaterat till detta uppkommer frågor kring hur översättningen av kunskap bäst ska ske mellan dessa nivåer, vilken grad av standardisering som ska eftersträvas i organiseringslösningarna, vilka förutsättningar som krävs för framgångsrik implementering ute i verksamheterna, och vilka implikationer detta får för Socialstyrelsens och andra statliga myndigheters roller i styrningen av hälso- och sjukvården.

I uppdragets delrapporter exemplifieras och diskuteras denna problematik i relation till frågor om kunskapsstyrning, mångfaldig styrning, vertikala styrmodeller (flödesorganisering) och as-

pekter på ledarskap och ledning inom vården (se vidare nedan). Det övergripande syftet har varit att belysa alternativa handlingsvägar och generera kunskap om effekter av olika val vid utformning av direktiv och riktlinjer för organisering av det svenska vårdssystemet.

Analytiska utgångspunkter

LHC:s arbete med uppdraget har utgått från ett antal grundläggande antaganden om karaktären på de vårdverksamheter som ska styras, styrningens former och kunskapsunderlaget för styrning.

Vården är för det första inte en enhetlig massa, utan består av ett stort antal mycket olika organisationer, och även organisationer med samma uppgift kan ha mycket olika kultur och arbetssätt. Vårdens komplexitet har såväl medicinska som organisatoriska orsaker. Till de senare hör nya former för arbetsdelning (t ex teamlösningar), men också den ökande specialisering och fragmentering som teknisk utveckling såväl som valfrihetsreformer, konkurrensutsättning och så vidare bidrar till.

För det andra råder det ingen brist på styrning i sjukvården. Tvärtom finns många olika typer av styrning som interagerar, till exempel regelstyrning, ekonomisk styrning och styrning via professionella normer för att nämna några vanligt förekommande former. En andra utgångspunkt ligger därmed i hur mötet mellan olika formella och informella styrsystem hanteras i organisationers vardagspraktik. Detta är särskilt relevant att beakta i hälso- och sjukvårdssektorn, som utmärks av en mångfald legitima krav på verksamhetens utfall. Medicinska, ekonomiska och brukarrelaterade prestationsmål följs upp parallellt, men kan samtidigt konkurrera med och ibland emotsäga varandra. Effekten förstärks av det faktum att styrningen på många områden tenderar att bli mer och mer detaljerad. Att styrningen mångfaldigas och specificeras betyder dock inte nödvändigtvis att den sammantagna styreffekten förstärks. Styrningen kan tvärtom ge upphov till ett överskott på styrimpulser och kanske till ett underskott på efterlevnad.

För det tredje kan underlaget för styrningen delvis vara bristfälligt eller tas fram utifrån felaktiga kriterier. Detta hänger samman med att olika styrsystem ofta är endimensionella i vad de syftar till att kontrollera (behandlingsresultat, budgetdisciplin, patientnöjdhet osv.) och att utveckling och förändring av styrningen ofta sker separat och utifrån ett snävt avgränsat kunskapsunderlag. Trots att flertalet beslut som fattas i vårdverksamhetens vardag kräver en balansering av olika dimensioner av vad som utgör en god prestation, så är interaktionen mellan olika styrsystem ett underbelyst område. En bättre förståelse för styrningens konsekvenser kan därmed kräva att kunskapsbasen för styrningen breddas.

Mot bakgrund av ovanstående ställs Socialstyrelsen och andra styraktörer inför en rad dilemman när det gäller att övervaka styrningen av vården. Dilemman är problem som inte enkelt kan redas ut och lösas, de kräver en balanserad hantering. Möjliga tänkbara dilemman är exempelvis krockar mellan olika styrsystem, problematik med föreskrifter som ska gälla alla men möter en mycket varierande verklighet, samt spänningar som uppstår på grund av olika struktur och mognadsgrad vad gäller verksamheters förmåga att ta till sig råd och anvisningar och att själva utveckla goda arbetssätt.

Komplexitet och variation i vården är således en central fråga när man diskuterar hur vården kan och ska organiseras. De olika delrapporterna som presenteras nedan belyser närmare vad detta betyder för implementering av generella riktlinjer, vilka förutsättningar det finns för specifika typer av organisering, vad kunskapsstyrning på managementområdet kan lära oss om ovanstående och vilka konsekvenser detta får för myndighetsstyrning.

Delrapporter

Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige

I denna delrapport, författad av Ek. Dr. Jon Rognes och doktorand Anna Svarts, belyses initiativ till organisering av vård baserat på vårdkedjor och flöden, ofta kallat "Lean". Detta kan ställas mot en funktionell organisering i form av kliniker och specialiserade enheter. Rapporten samlar befintligt offentligt material och rapporter i en beskrivande sammanställning av lean-initiativ inom svensk hälso- och sjukvård. Totalt omfattar kartläggningen ca 80 verksamheter, från små primärvårdsmottagningar till stora universitetssjukhus. Studien baseras på beskrivningar som finns allmänt tillgängliga, vilket betyder att det är publika initiativ som beskrivs och sammanställs.

En slutsats av studien är att implementeringen av lean i vården är idag mycket heterogent och mognadsgraden är relativt låg. Många initiativ pågår på bred front inom alla delar av vården, men få enheter har kommit särskilt långt jämfört med industrin. Det finns heller ingen samordning mellan lean-initiativen och SOSFS 2011:9 (M och S) Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Analysen av orsakerna till att införandet av lean eller andra former av flödesorganisering försvårats eller till och med avbrutits synliggör ett antal utmaningar kring att få till en hållbar förändring. Att vända en liten del av verksamheten genom flödesinitiativ tycks inte fungera med annat än en anpassning av hela systemets logik, alltifrån ekonomistyrning till ansvarsfördelning. Att lyckas med detta i ett stort och komplext system är svårt, och att det görs stegvis kan förklara många av de friktioner och svårigheter som uppmärksammas.

En annan typ av utmaning har att göra med i vilken mån ledningssystem kan och bör anpassas till vårdens komplexa verksamhetskaraktär. Det handlar om på vilken nivå beslut ska tas, i vilken utsträckning verksamheten ska standardiseras, och hur balansen mellan standardisering och utveckling ska hanteras (se vidare diskussion nedan). Dessa utmaningar kan fungera som utgångspunkt för vidare studier av lean och flödesorientering i vården.

Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv

I den här rapporten, författad av Ek. Dr. Mats Tyrstrup, belyses den till synes långsamma utvecklingen av ledningssystem inom vården ur ett ledarskapsperspektiv. Utgångspunkten är att föreskrifter om ledningssystem har funnits sedan 1993. Trots detta har införandet av sådana system gått mycket långsammare än vad Socialstyrelsen hade förväntat sig.

Baserat på dokumentstudier av bland annat revisionsrapporter kan en betydande spridning inom vården konstateras när det gäller det kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som base-

ras på fungerande ledningssystem. I vissa landsting har man lyckats väl på central nivå och kan också visa upp sjukvårdsorganisationer där ledningssystemen stödjer utvecklingsarbetet även på klinisknivå. I andra fall är bristerna betydande vad gäller tillämpning av ledningssystem, ibland även på förvaltningsnivå, men framför allt i den operativa vårdverksamheten. Värt att notera är emellertid att det finns exempel på fungerande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete också i vårdmiljöer där det helt eller delvis saknas ledningssystem av den typ som föreskrivs av Socialstyrelsen.

Då det inte går att identifiera mer betydande samband mellan vilka typer av vårdverksamheter det är frågan om och hur långt man kommit i utvecklingen av ledningssystem pekar studien mot en annan förklaring: Förmågan till förändrings- och utvecklingsarbete varierar mycket inom vården och att det finns vårdmiljöer där både det ledarskap och den kompetens som behövs för framgångsrik organisationsutveckling helt eller delvis saknas. Detta innebär att man inte ska förvänta sig att fungerande ledningssystem kommer att utvecklas i dessa miljöer med mindre än att man endera tillför förändringskompetens och dito ledarskap alternativt ger ett betydande och närmast handgripligt stöd till de här miljöerna när det gäller utvecklingen av ledningssystem. Även strukturerade ansatser för erfarenhetsutbyten och synliggörande av goda exempel kan fungera stödjande och inspirerande i arbetet med patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor på olika nivåer.

Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete

Att beslut inom hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga, vetenskapliga kunskap är en brett vedertagen idé, ofta benämnd som evidensbaserad medicin eller helt enkelt kunskapsstyrning. Under senare år har vissa policyaktörer och forskare argumenterat för att kunskapsstyrningen borde utvidgas till att omfatta administrativa och ekonomiska beslut, såsom införandet av nya organisationsstrukturer eller lednings- och verksamhetsprocesser.

I den här delrapporten, författad av Ek. Dr. Karin Fernler, diskuteras möjligheterna att kunskapsstyra organisering av verksamheter på grundval av organisationsteori, både i form av deskriptiv analytisk kunskap om organisering och mer normativt inriktad ledarskapsteori. Kunskapsbaserade organiseringsbeslut – så kallad evidensbaserad ledning – kan fattas på såväl policy- som organisationsnivå. Det särskiljande är att besluten rör organiseringsfrågor och att kunskapsbasen utgörs av organisationsteori.

En fråga som särskilt diskuteras i rapporten är svårigheterna att formera en någorlunda samstämmig och stabil kunskapsbas på basis av organisationsteoretisk forskning. En sådan samstämmig kunskapsbas som har viss generell giltighet i tid och rum är en förutsättning för att kunna kunskapsstyra. Organisationsteoretisk forskning omfattar dock många, ofta motsäggande, perspektiv och den kumulativa kunskapsupbyggnaden sker inom ramen för respektive perspektiv, snarare än inom organisationsteorin som helhet. Ett annat, för organisationsteoretisk forskning, utmärkande drag är att studieobjektet – organisationen – är starkt kontextuellt förankrad i tid och rum. Kunskap om hur en organisationslösning fungerar i ett lokalt sammanhang kan inte med självklarhet överföras till ett annat sammanhang.

Att summera olika perspektiv och empiriska studier till en sammanhängande och stabil kunskapsbas är därför en mycket svår uppgift. Dock kan det finnas anledning att assistera

den lokala praktiken med en annan typ av kunskapssammanställningar som inte enbart fokuserar på vetenskapliga data, utan också tar in lokal kunskapsgenerering och analyserar de grundläggande principer som lösningen bygger på. En sådan sammanställning lär inte förmedla kunskap av typen X leder till Y av storleken Z, men det kan ge ett underlag till, och utgöra en uppmuntran till lokala ledare om strukturerad och systematisk reflektion innan man fattar beslut om att införa en ny organisationslösning.

Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården:

Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll

I den här delrapporten reflekterar Claes-Fredrik Helgesson kring den ymniga förekomsten av försök till styrning inom hälso- och sjukvården, och det faktum att olika försök till styrning ibland kan framstå som motstridiga. Motstridigheterna kan inte elimineras, vilket inte implicerar att försök till styrning är omotiverade. Det innebär dock att det är omotiverat att tro eller kräva att verksamheter i alla lägen kan, eller ens bör, uppvisa en fullständig följsamhet till all styrning.

I regel krävs att det i de verksamheter som styrs görs situationsanpassade avvägningar och bedömningar. Det handlar om att bedöma hur pass väl olika styrförsök är tillämpliga i den enskilda situationen, och att göra en för situationen god avvägning mellan olika värden.

En konsekvens av detta är att en ökad mängd styrning förutsätter ett ökat behov av lokal autonomi. När styrningen ökar och blir mer motstridig förutsätter den en ökad självständighet hos de verksamheter som ska styras. En slutsats är att kloka ledningssystem bör ta hänsyn till verksamheternas behov och förmåga att göra just sådana avvägningar och bedömningar.

Utmaningar för ledningssystem och styrning av vård

Som rapporterna på olika sätt illustrerar finns det ett antal utmaningar vad gäller riktlinjer kring ledning och organisering i vården. I en sammanfattande diskussion har vi valt att lyfta fram tre centrala dilemman som blivit tydliga genom de studier som presenterats ovan. Den första är på vilken nivå beslut skall tas, centralt eller lokalt. Den andra är i vilken utsträckning verksamheten skall standardiseras, till skillnad från att vara lokalt uppbyggd och anpassad. Den tredje är balansen mellan standardisering och utveckling, där standardisering delvis är i konflikt med utveckling.

Dilemman är problem som inte enkelt kan redas ut och lösas, de kräver en balanserad hantering. Annorlunda uttryckt kan dilemmana uttryckas om valfrågor kring hur arbetsdelningen mellan olika styraktörer ska se ut: När ställer man sig på vilken del av skalan i de spektra som skissas ovan? Vem ska bestämma vilken lösning som ska tillämpas? Är delegering av dessa ett sätt att möjliggöra andra aktörers självstyre, eller snarare ett sätt att undslippa ansvar? Några av dessa diskussionspunkter utvecklas vidare nedan.

Beslut centralt eller lokalt

Den första är frågan var i systemet beslut kring vårdens organisering, styrning och ledning skall tas. Skall besluten tas centralt eller lokalt? Fördelen med att ta besluten centralt är att

mer resurser kan läggas på att utreda alternativ och att säkerställa att beslutet grundar sig på ett vetenskapligt underlag.

Centralt tagna beslut innebär standardisering, och en förutsättning för att sådan skall få önskad effekt är att mottagarna är någorlunda lika - helst standardiserade de med. Sådant är dock inte läget idag. Tvärtom vet vi att organisationerna i vården är väldigt olika, och att de dessutom skiljer sig åt vad gäller mognadsgrad och mottaglighet för förändringar. I realiteten kan en variation i hur valda lösningar implementeras därför sällan undvikas.

Fördelen med att ta beslut lokalt är att de kan anpassas till de specifika förutsättningarna för verksamheten. Å andra sidan kan det leda till stora skillnader inom systemet, och till att goda lösningar inte sprids mellan enheter. Detta är synd då de delar av vården som trots allt är relativt lika skulle ha mycket att vinna på en spridning av de mest framgångsrika arbets-sätten och metoderna.

Här har vi ett ytterligare problem i det att vården är organiserad i organisatoriskt separata landsting och att det även finns en stor och ökande mångfald av vårdgivare. Samordning mellan dessa kring gemensamma standarder är ytterligare en utmaning att hantera.

Standardisering eller individualisering av vård

Utformningen av en verksamhet beror på vad som skall produceras. Om tjänsten eller produkten är lika från fall till fall och skall produceras i stort antal kan man organisera verksamheten fabrikslikt, enligt ett löpande band. Den andra ytterligheten är att allt som utförs är helt olika från fall till fall. Varje patient hanteras som en unik enhet, och produktionen anpassas helt efter de individuella behov som finns. Detta leder till en dyrare men mer flexibel och kundinriktad produktion.

Idag finns ambitioner att uppfylla båda dessa modeller samtidigt, vilket är svårt. Standardisering, effektivisering och storskalighet driver verksamheten mot en lägre grad av patientanpassning, men möjliggör besparingar.

Å andra sidan går den medicinska utvecklingen mot allt mer specifika lösningar för allt mindre grupper av patienter. Dessutom har patienterna själva mer kunskap och ställer högre krav på personligt bemötande och att behandlas som individer. Det finns alltså en spänning mellan en strävan mot effektiv storskalighet och en strävan mot individualiserad och personlig vård.

Generella recept eller specifika lösningar

Den tredje utmaningen rör utvecklingen av nya arbetssätt och metoder i vården. Utveckling sker ofta lokalt, och initieras av ett upplevt behov eller problem som behöver lösas. För att detta skall kunna ske måste det vara tillåtet att lokalt ändra arbetssätt och att utveckla dessa. Detta är i sig i strid med tanken om standardisering, där iden är att försäkra att man inte avviker från det korrekta sättet att utföra uppgiften, det vill säga standarden. Vi har här två mekanismer som behöver kunna fungera samtidigt. Standarder får inte utformas så att de tar bort alla lokala möjligheter att utvecklas, men å andra sidan kan inte den lokala rätten att avvika vara total.

En andra aspekt av detta är att i de fall någon har utvecklat en god lösning lokalt måste den kunna fångas upp och spridas till andra liknande enheter, det vill säga göras till en ny standard. Utveckling kräver både frihet att utveckla, men även mekanismer för att sprida goda exempel. Det kräver en avvägning och ett system för på vilket sätt värdeskapande avvikelser ska hanteras.

Vidare arbete på området

Vården är en synnerligen komplex och svårstyrd verksamhet. Inte desto mindre finns det många försök till såväl genomlysning och styrning. Tanken om en framtida lyckad styrning och fullständig genomlysning har en lång historia, likväl finns många föreställningar om framsteg i hur man pratar om ledning och styrning av sjukvård.

I realiteten finns få situationer där styrriktningen eller dess önskvärda utveckling entydigt kan bestämmas. Snarare kan all styrning och ledning sägas innebära att avvägningar mellan mål och balanseringar av olika värden måste till. Ovan har vi beskrivit några utmaningar och dilemman som syns oss särskilt relevanta i dagens vård- och omsorgssystem. För att förstå dessa på ett djupare plan behövs en utökad litteraturgenomgång och vidare studier kring implementeringen av ledningssystem i vården. Bland det som vi behöver veta mer om kan nämnas:

- Kunskapsläget kring användning av ledningssystem i vårdens vardag. Vilken status har nationella föreskrifter i verksamheten idag? Hur kan skillnader förklaras?
- Kunskapsläget kring individualisering av vård, och vilka konsekvenser detta får för organisering och ledning av vård, samt hur det påverkar utformningen av råd och riktlinjer för vården.
- Kunskapsläget kring utveckling versus standardisering, och hur detta samverkar med de råd och riktlinjer för ledningssystem som finns för vården idag. Påverkar ledningssystem hur försök till exempelvis sammanhållna vårdkedjor implementeras och sprids? Hur ser samspelet mellan ledningssystem och andra styrinitiativ ut?
- Kunskapsläget kring det som skrivits om praktisk kunskap och professionella avvägningar i en komplex situation. Hur kan man visa tillit till professionen, utan att för den skull avstå från att styra? Hur kan man uppmuntra värdeskapande avvikelser som följer av balanseringar mot andra värden, samtidigt som man hindrar de avvikelser som inte är värdeskapande? Vilken typ av styrning krävs?

Leading Health Care kommer under 2012 genomföra ett antal delprojekt där denna typ av frågeställningar penetreras. Genom detta vill vi söka efter en förståelse av styrning, ledning och organisering av sjukvården som tar sin utgångspunkt i vårdens mångfacetterade vardag. Vi tror att vi behöver verktyg som ökar allas förmåga att reflektera och handla i det mångtydiga och föränderliga sjukvårdssystemet, snarare än att enbart leta verktyg som försöker nagla fast detsamma. Det är vår förhoppning att vi genom att problematisera och utmana vedertagna föreställningar och modeller för vårdens och omsorgens styrning, ledning och organisering också kan bidra till utvecklingen av detsamma.

Lean i vården

En översikt över dagsläget i Sverige



Sammanfattning

Lean i vården är idag mycket heterogent och mognadsgraden är relativt låg.

- Många initiativ pågår på bred front inom alla delar av vården
- Få enheter har kommit särskilt långt jämfört med industrin
- Idag finns ingen samordning med *SOSFS 2011:9 (M och S) Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*

Vården är inte en enhetlig massa, utan består av ett stort antal mycket olika organisationer, och även organisationer med samma uppgift kan ha mycket olika struktur och mognadsgrad vad gäller förmåga att ta till sig riktlinjer eller förmåga att själva utveckla goda arbetsätt för att utföra uppgiften.

Vi ser tre centrala utmaningar kring lean i vården i kombination med riktlinjer och standardisering. Den första är på vilken nivå beslut skall tas: centralt eller lokalt. Den andra är i vilken utsträckning verksamheten skall standardiseras, till skillnad från att vara lokalt uppbyggd och anpassad. Den tredje är balansen mellan standardisering och utveckling, där standardisering delvis är i konflikt med utveckling.

Dessa utmaningar kan fungera som utgångspunkt för vidare arbete med och studier av lean och flödesorientering i vården.

Inledning

Socialstyrelsen utfärdar föreskrifter för kvalitet och för ledningssystem sedan 1993. Vid uppföljning och tillsyn i de svenska landstingen under 2008 och 2009 har SoS funnit att föreskrifterna inte har lett till önskade förändringar i beteenden. LHC har haft i uppdrag att belysa denna problematik på olika nivåer. Den här rapporten tar sig an ledning och organisering i det lokala sammanhanget. Vi kartlägger dagsläget vad gäller införande av flödesorientering eller lean i svenska vårdorganisationer, och relaterar detta till ledningssystem och nationella riktlinjer och rekommendationer.

Generella riktlinjer bör vara förenliga med de verksamhetsutvecklingsinitiativ som pågår i vårdorganisationer. Tidigare studier har visat att en förändring med mål att fokusera mer på flöden än på resursutnyttjande i en organisation kan komma i konflikt med befintliga styrsystem. Riktlinjer kan ses som en del av de befintliga systemen, och av det följer att dessa måste ta hänsyn till de eventuella organiseringsinitiativ som kan förekomma. Detta kan uttryckas som att det finns en risk att generella riktlinjer inte fullt ut är kompatibla med nya sätt att arbeta, till exempel olika former av lean. Denna utmaning skall undersökas vidare.

Organisering, ledningssystem och styrning av vård

Att övervaka styrningen av vården ställer Socialstyrelsen och andra styraktörer inför en rad dilemman. Dilemman är problem som inte enkelt kan redas ut och lösas, de kräver en balanserad hantering. Den förskjutning från tillsyn av individer till system och processer som skett de senaste åren är ett uttryck för detta. Även om den svenska sjukvården är relativt kostnadseffektiv i förhållande till de medicinska resultat som den levererar, och trots att den har många goda sidor, har den svenska vården potential att förbättras. Ett återkommande tema i dag är att vårdorganisationer försöker förbättra effektivitet och produktivitet i vården genom att arbeta med verksamheternas organisering. Erfarenheter från utvecklingen i andra branscher visar att nya arbetssätt inom operations management har kunnat bidra till kraftiga förbättringar både vad gäller kvalitet och produktivitet. Många goda försök att applicera nya tankegångar inom vårdproduktion finns runt om i landet, för tillfället framför allt i termer av flödestänkande och lean. Filosofier och metoder för organisering av verksamhet med rötter i industrin har på många håll, med goda resultat, applicerats på vård och omsorg (Rognes och Åhlström 2009).

Förbättringarna möjliggör att fler patienter kan komma till behandling snabbare – och att det blir högre kvalitet i vårdprocesserna. Förbättrad genomströmning av patienter och reducerade kötider är ett uppnått resultat vid de försök att applicera industriella principer som har förekommit, vilket är en kvalitetseffekt för både individen och hela samhället. Det står dock klart att filosofier och metoder för processförbättringar behöver modifieras för att passa i vård- och omsorgsmiljön. Ett problem ligger i att organiseringen och framför allt styrningen av sjukvården idag, försvårar införandet av nödvändiga organisatoriska förändringar och bromsar effekterna av genomförda förändringar. Detta är starkt relaterat till styrning av vården med riktlinjer, ersättningssystem och nationella rekommendationer.

En ögonblicksbild med begränsningar

Vi har valt att göra en nulägesrapport kring lean och flödesorganisering. Då begreppet lean är mycket omfattande och inte alltid entydigt, kommer översikten att ha svårt att fånga allt som skulle kunna innefattas i lean, men som i dagsläget har en annan beteckning lokalt. Det finns alltså många exempel på systematiskt förbättringsarbete och processutveckling som inte omfattas av rapporten, där man använt t.ex. genombrottsmetoden eller andra metoder för förändringsarbete. Ett exempel på detta är Sahlgrenska Universitetssjukhuset som inte finns med i översikten trots omfattande systematiskt förbättringsarbete. Det finns sannolikt också många exempel på projekt som skulle kunna omfattas av lean-begreppet men som inte finns med i översikten eftersom de använt en annan terminologi och därför inte kommit med i sökningar på t.ex. ”lean” och ”flödesvård”. Vidare finns det sannolikt många exempel på lean-arbete som inte finns med i översikten eftersom det inte dokumenterats på ett sätt som gjort att vi hittat en beskrivning av arbetet.

Flödesorganisering och lean – vad är det?

Flödesorganisering kan ses som en delmängd av begreppet ”lean production” (eller lean). Lean är en heltäckande filosofi kring hur produktion av varor eller tjänster skall bedrivas på bästa möjliga sätt. Genom Toyotas framgångar har lean fått en stor spridning, och under de senaste åren har det väckt intresse inom vården. För vårt vidare resonemang behöver vi kort gå igenom vad det innebär.

Begreppet ”lean production” skapades i det världsomspännande forskningsprojektet kring världens bilindustri som ägde rum under mitten av 1980-talet. Den centrala frågan i projektet var varför japansk bilindustri var så överlägsen den amerikanska? Svaret man fann benämndes ”lean production” och visade sig leda till möjligheten att producera bilar med dubbelt så hög kvalitet till hälften av resursinsatserna. Det visade sig också vara möjligt att få dessa effekter även utanför Japan. Det var organiseringsprinciperna som var de viktiga, inte i vilket land man befann sig. Centralt i dessa organiseringsprinciper var det arbetssätt som sedan andra världskriget utvecklats vid Toyota i Japan. Det är detta arbetssätt som utgör grunden i det som kom att kallas lean produktion.

Sedan begreppet lean myntades har det kommit att spridas till många olika sektorer och även fått mängder med uttolkningar. Det gör att det inte finns en definition av vad lean produktion är, utan väldigt många. Det är därför vanskligt att definiera exakt vad lean produktion är, men vi gör ändå ett försök.

Principer för lean produktion

Lean bygger på några centrala principer: organisationen kan hela tiden bli bättre (ständiga förbättringar) genom att involvera alla medarbetare (allas ansvar) i att eliminera alla onödiga moment (reducera slöseri) i verksamheten. Detta gör man genom att alla arbeta strukturerat och standardiserat mot gemensamma mål, genom mätning och återkoppling, och genom att ständigt förbättra verksamhetens processer.

För ledningen gäller det att ändra fokus i organisationen från bästa resursutnyttjande till att i stället fokusera på genomloppstider i verksamheten. Det innefattar att utforma produktionssystem och processer rätt, att skapa rätt incitamentsstruktur och att bygga rätt värderingar i organisationen. För mellanchefer innebär det att, genom delegering av ansvar och befogenheter, involvera alla medarbetare. Viktigt är också att arbeta med system för förbättringar och att skapa fokus genom lokal mätning, uppföljning och återkoppling. För medarbetarna innebär det att man arbetar med tydliga och gemensamma mål, att man i viktiga uppgifter har ett arbetssätt som är oberoende av vem som utför uppgiften, att arbeta med förbättringar i den dagliga verksamheten och att arbeta med mottagaren i fokus.

Processer och flödesorientering

En viktig del i lean är att se verksamheten som processer i stället för enskilda aktiviteter och avdelningar. Fördelen med att tänka process i stället för aktivitet är att fokus hamnar på producerat slutresultat i stället för effektivitet i de enskilda momenten. Flödesorientering skall alltid ske med hela stora produktionsflödet i fokus, inte bara genom att mindre moment i enskilda avdelningar optimeras. En optimering av enskilda delprocesser kan ibland till och med skada helheten. Ett exempel är om en klinik blir mycket effektiv på att förbereda patienter för operation, men genomförandet av operationen inte är synkroniserad med förberedelserna. Den första effektiviseringen får då inget genomslag på hela processen, utan kan i värsta fall leda till kö av förberedda patienter, som eventuellt behöver förberedas igen, när operationen genomförs.

Värderingar

Lean produktion är inte en samling verktyg som kan tillämpas var för sig, det är ett övergripande sätt att se på verksamheten. För att fungera måste det genomsyra alla delar, vilket gör det till en kultur och värderingsfråga likaväl som en fråga om arbetssätt och flöden. Kundtänkande kräver att fokus ändras från den egna uppgiften till vad nästa led behöver för att slutresultatet skall bli bra.

Ledarskap

Ledarskapet är en mycket central del i hur väl lean produktion lyckas. Ledarskapet måste skapa en kultur med värderingar såsom öppenhet, ömsesidigt förtroende, lagarbete, kundfokus och utbildning/träning. Ledaren måste finnas till hands, vara synlig. Genom att delta i det dagliga arbetet och ställa frågor, lyssna och framför allt agera på det man får reda på uppnås ett förtroende. En viktig princip i lean och i förbättringsarbete är att betona allas ansvar för sitt eget arbete, alla är involverade och ansvariga för resultatet av sitt eget arbete.

För att kunna arbeta med ständiga förbättringar och med tydligt kundfokus måste ansvar och befogenheter ligga hos den som utför uppgiften. Det innebär särskilda krav att leda en verksamhet som arbetar på detta viset. En viktig princip är att ansvaret och befogenheten skall ligga hos den som gör jobbet. Det innebär att medarbetarna själva får ta beslut i så stor grad som möjligt. Om uppgiften är väldefinierad och kundbehovet är klart skall medarbetarna själva kunna avgöra hur undantag och problem skall hanteras. En annan viktig princip är att flera medarbetare skall kunna göra varje uppgift. På så vis blir organisationen mer flexibel och mindre sårbar.

Förändring och förbättring

Ständiga förbättringar är en av grunderna i lean. Ständiga förbättringar innebär att medarbetarna regelbundet reflekterar över hur arbetet utförs och är villiga att pröva nya, väl underbyggda och genomtänkta sätt att arbeta. För ett framgångsrikt förbättringsarbete behöver förändringar genomföras på ett metodiskt och organiserat sätt. Ordentligt faktaunderlag ska tas fram till varje viktigt beslut, detta gäller alla nivåer i organisationen och både kort- och långsiktiga beslut. Varje medarbetare medverkar till att deras arbetssätt utvecklas över tiden. Alla arbetar i en process och den processen innehåller oftast icke värdeskapande aktiviteter som bör elimineras.

Mål, mätning och återkoppling

Mätning och uppföljning är ett krav för att kunna säkerställa förbättringar. En grundprincip för mätning av produktivitet och kvalitet är att vi skall mäta lokalt, på varje process. Mätningen skall användas som underlag för förbättringar där de görs. Alla mätningar skall återkopplas till den som utfört uppgiften. Målet är att det skall ske så snabbt som möjligt, helst direkt. Om resultatet inte är acceptabelt skall åtgärder ske direkt.

En förutsättning för att kunna göra ett bra arbete är att alla skall veta kriterierna för vad som är ett bra arbete. I vården kan det vara ett problem att avgöra vad som skall prioriteras och var gränser skall dras. Både produktivitet och kvalitet är viktigt, medarbetarna måste veta vad som utgör ett bra arbete, och vad som skall undvikas. Gränsdragningarna skall inte göras av var och en, istället skall så klara riktlinjer som möjligt göra det lättare att göra ett bra jobb. En del i det är att alla skall få återkoppling på sitt arbete och genom den veta hur man ligger till jämfört med målen.

Standardiserat arbetssätt

En uppgift skall alltid utföras enhetligt på bästa sätt för samma resultat, oberoende av vem som utför den. Det gör att medarbetarna undviker att uppfinna hjulet på nytt hela tiden. Genom att standardisera arbetssätt, uppstår en förutsägbarhet i systemet och energin kan ägnas åt att förbättra det standardiserade arbetssättet. Därmed undviker man onödiga moment och arbetar med så enkla och effektiva verktyg och hjälpmedel som möjligt. Målet är att arbeta med en praktisk formaliseringsgrad, med enkla och användbara instruktioner och undvika krångliga och överarbetade strukturer och system.

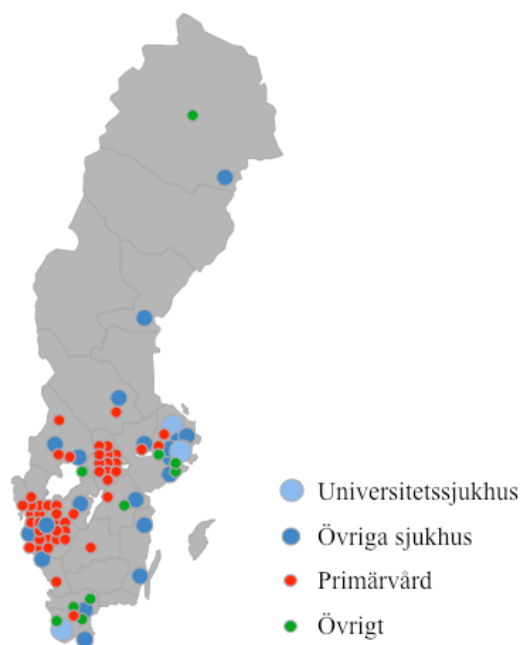
Vad menar man med lean i vårdorganisationer?

Från beskrivningarna av de olika lean-initiativen nedan är det lätt att se att det finns stor variation i vad olika vårdaktörer menar när de säger att de implementerar lean. Vissa enheter, framför allt större sjukhus, ser lean-implementering som införandet av en grundläggande strategi och värderingar där patientvärde och flödeseffektivitet är centrala begrepp. Andra inför enstaka principer eller verktyg för förbättring av något i sin verksamhet och ser det som lean-implementering.

Variationen är naturlig med tanke på den begreppsförvirring som finns kring lean och att det är ett svårt koncept att ta till sig. Ett exempel är följande citat från en sjuksköterska som samma dag hört en presentation av flödesvård (lean) för första gången:

“Jag förstod inte riktigt vad han menade med flödesvård, han pratade om att man skulle planera patientens väg mellan olika avdelningar: akuten, operation och så... Men så kom det en sjuksyrra som berättade vad de gjort på sin avdelning och då förstod jag. Det är ju t.ex. att man kan samla alla grejer på ett ställe så att man inte behöver leta – utrustning för blodtryck och status i en särskild låda så att man får med allt direkt. Jättebra, det ska jag göra på min avdelning!”

Beskrivningar av lean-relaterade initiativ



I detta avsnitt beskrivs ett antal vårdverksamheters arbete med lean och flödesorganisering. Totalt omfattar kartläggningen ca 80 verksamheter, varav drygt hälften inom primärvården. Verksamheternas storlek varierar kraftigt – från Karolinska Universitetssjukhuset med drygt 15 000 anställda till de minsta enheterna med ca 10 anställda.

I kartläggningen har vi försökt fånga upp beskrivningar som finns allmänt tillgängliga, och det kan givetvis vara slumpmässigt vad som hamnar på t.ex. en hemsida eller i en personaltidning. Vi gör alltså inte anspråk på att visa alla pågående lean-projekt. Ändå tror vi att kartläggningen i det stora hela ger en bra bild av dagsläget för lean i vården i Sverige. Det är också viktigt att notera att beskrivningarna och klassificeringarna av de olika initiativen i detta avsnitt utgår från det källmaterial som funnits tillgängligt. I verkligheten kan initiativet ha haft en bredare eller annorlunda ansats än vad som framgått av beskrivningen.

Initiativen är indelade efter typ av vårdorganisation: universitetssjukhus (som har blivit en egen kategori pga. storleken samt att de ofta leder utvecklingen inom vården), övriga sjukhus samt primärvård. Inom varje avsnitt är beskrivningarna sorterade efter landsting. Följande landstingskoder har använts för att beteckna landstings tillhörighet:¹

¹ I denna inventering har inga beskrivningar hittats av vårdenheter som arbetar med lean i Landstinget Sörmland, Landstinget Kronoberg, Region Gotland, Landstinget Blekinge, Landstinget Gävleborg, Jämtlands läns landsting och Västerbottens läns landsting. Flera av dessa landsting har dock lean-initiativ på landstingsnivå.

	Landsting
AB	Stockholms läns landsting
C	Landstinget i Uppsala län
E	Landstinget i Östergötland
F	Landstinget i Jönköpings län
H	Landstinget i Kalmar län
M	Region Skåne
N	Region Halland
O	Västra Götalandsregionen
S	Landstinget i Värmland
T	Örebro läns landsting
U	Landstinget Västmanland
W	Landstinget Dalarna
Y	Landstinget Västernorrland
BD	Norrbottnens läns landsting

Universitetssjukhus

Karolinska Universitetssjukhuset (Stockholms läns landsting)

Karolinska Universitetssjukhuset har sedan hösten 2007 arbetat med ett lean-inspirerat förbättringsarbete, kallat flödesarbete, på sina två sjukhus i Solna och i Huddinge. Initiativtagare är sjukhusdirektör Birgir Jakobsson samt Bo Herrlin, ansvarig för att utveckla infrastrukturen med dess metoder, möten, teorier, etcetera. Birgir Jakobsson och Bo Herrlin kommer båda från Capio S:t Görans Sjukhus, och även där startade de ett liknande förbättringsarbete med goda resultat (se beskrivning av St Göran längre ner).

Arbetet påbörjades under 2007 på akutmottagningarna. 17 akutmottagningar arbetar idag efter det nya arbetssättet. Resultaten är positiva, till exempel har väntetiden för patienter på kirurgakuten i Huddinge halverats. Antal patienter som är klara inom fyra timmar har också ökat drastiskt. Därefter har flödesarbetet breddats och omfattar nu även vissa elektiva och imperativa flöden: röntgen, lab, onkologiska kliniken och vissa vårdavdelningar.

Arbetet med de utvalda processerna och flödena har genomförts i tre huvudsakliga faser. I fas 1 har man gjort en radikal förändring av arbetssättet. Denna testas sedan enligt PDSA-metoden och implementeras stegvis i fas 2. I fas 3 pågår sedan kontinuerligt arbetet med ständiga förbättringar. Det är i fas 3 som de uppsatta målen kan förväntas uppnås. Två huvudstrategier har använts i arbetet med de utvalda processerna. Den första innebär att man fokuserar på att ta bort onödiga aktiviteter i processerna. Den andra strategin innebär att man fokuserar extra på tider före aktiviteterna.

Varje akutflöde har en egen förbättringsgrupp som består av upp till tio frivilliga; läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, från den aktuella akutmottagningen. Förbättringsgrupperna leds av så kallade flödesledare, normalt läkare inom respektive område, som avsätter cirka 20 procent av sin tid till förbättringsarbetet. Flödesledarna arbetar i det aktuella akutflödet under en viss del av sin arbetstid vilket innebär att arbetet är förankrat i den lokala organisationen.

Flödesarbetet har ett tydligt ledningsstöd, vilket bedöms vara en viktig faktor för att nå framgång i arbetet. Det finns en styrgrupp för varje förbättringsgrupp, bestående av sjukhusdirektören och berörda linjechefer. Stabsfunktionen strategisk verksamhetsutveckling, med bland annat Bo Herrlin, stödjer med kunskap och vägledning,

Karolinska har satt upp ett antal principer för arbetet. Dessa har modifierats under arbetets gång men är nu: "Länka", "Visualisera", "Rätt från början", "Standardisera", "Takta" och "Pröva".

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Karolinska Universitets-sjukhuset	AB	Standardisering Flödesarbete Visualisering Teams	500+	Genom flera enheter	2007

Källor: Granelli & Murray 2008; SLL 2011; www.karolinska.se (november 2011)

Akademiska sjukhuset (Landstinget i Uppsala län)

Sjukhusledningen beslutade om införande av lean med start 2009. En konsult utbildade sjukhusledningen och verksamhetscheferna och sedan valde man att gå fram i fyra steg. Steg 1 var en breddutbildning där alla anställda fick spela lean-spelet. Steg 2 var värdeflödesanalyser där man granskade patientens väg genom vården och sökte få bort den tid patienterna är hos på sjukhuset utan att det tillför värde för patienten. Steg 3 benämndes Ledarskap och där tog man upp fyra saker som cheferna måste börja arbeta med: Produktionsplanering, Kaizen, Processorientering och Visuellt styrning. Därefter inbjöds klinikerna att delta med hela personalen för en heldagsutbildning. Det sista steget handlar om lean-verktyg och startade hösten 2010.

Ett projekt som framhålls som ett framgångsexempel från lean-arbetet är "Rädda hjärnan" som halverat vårdtiden för strokepatienter. Rädda hjärnan-projektet har involverat personal i hela vårdkedjan, från ambulansen till akuten via röntgen till neurologen. Andra pilotprojekt rör hjärtkirurgi, höftfrakturer, direktinläggning inom geriatriken, teamarbete på akutmottagningen och materialflöde på mikrobiologen.

I arbetet med Lean Healthcare har det skapats en förändringsstab, Akademos, som har i uppgift att införa Lean Healthcare på sjukhusets olika avdelningar. Denna stab består av 15 anställda varav en utvecklingsdirektör, tillika chefsläkare, och ett antal chefssjuksköterskor. För att sprida erfarenheter från det som görs har sjukhuset bl.a. anordnat lean-caféer dit personalen är välkommen för att prata med varandra och lyssna på inbjudna föredragshållare.

Akademiska sjukhuset har utvecklat en lean-portal som sammanfattar värderingar, kärnvärden och principer. Värderingarna är "Patienterna först" och "Respekt för varandra". Principerna i portalen är "Rätt från mig", "Jämna flöden", "Ständig utveckling för patienternas bästa – idag och imorgon".

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Akademiska sjukhuset	C	Standardisering Flödesarbete Kaizen Visualisering Leanspel för alla	500+	Genom flera enheter	2009

Källor: Brüer 2009; Tidstedt 2010 "Så införde vi Lean på Akademiska sjukhuset", presentation vid konferensen Utvecklingskraft 2010 (hämtat från www.lj.se, november 2011); www.akademiska.se (november 2011)

Skånes Universitetssjukhus (Region Skåne)

Skånes Universitetssjukhus (SUS) bildades i januari 2010 genom en fusion av Universitetssjukhuset i Lund och Universitetssjukhuset MAS i Malmö. I Lund hade man då redan arbetet sedan 2007 med en omfattande satsning på lean. Det beslutades att den gemensamma verksamhetsfilosofin för det nya universitetssjukhuset skulle vara "lean healthcare".

Hösten 2007 startade lean-arbetet i Lund med tre testpiloter: bl.a. ADHD-mottagningen på BUP där man arbetade med patientflöden och processer med positivt resultat (utredningstiden kortades från 4 månader till 3 veckor samtidigt som kapaciteten ökade med 70%) och en ortopedavdelning där man arbetade med verktyg som 5S.

Därefter genomfördes en omfattande frivillig breddutbildning i form av en två timmars föreläsning och lean-spel. Våren 2009 hade ca 5500 av de 6500 anställda hört föreläsningen och 1500 personer spelat lean-spelet. Parallellt genomfördes frivilliga chefsutbildningar. Avdelningarna gavs sedan i stort sett fria händer att själva identifiera förbättringsmöjligheter och genomföra förändringar. Resultatet blev ca femtio till hundra mindre oberoende förbättringsprojekt. Flera var mycket små och endast ett fåtal var resultatet av systematisk flödesanalys. Resultatet av denna fas var en väl spridd kunskap om lean och ett antal "öar av effektivitet" där förändringar genomförts.

En ny fas av lean-arbetet i Lund inleddes 2009, då sjukhusledningen valde att lämna "bottom-up"-strategin för att införa lean "top down". Alla divisionschefer tillsammans fick i uppgift att driva ett utbildningsflöde tillsammans med en av sina verksamhetschefer. Syftet, förutom förbättringarna, var att träna cheferna för att senare kunna fortsätta med fler processer. Nu är lean-arbetet inte längre frivilligt för linjecheferna.

Sjukhuset lyfter idag (2011) på sin hemsida fram ett stort antal exempel på lean-projekt i verksamheten, t.ex. på smärthabiliteringen, käkkirurgiska kliniken, hudkliniken och barnkirurgins mottagning.

SUS har tagit fram en vägledande modell för lean-arbetet med sex komponenter: "Utjämning", "Överenskommelser", "Flöden", "Kvalitet", "Ständiga förbättringar" och "Respekt för människan".

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Skånes Universitets-sjukhus	M	Standardisering Flödesarbete Kaizen Visualisering Teams 5S	500+	Genom flera enheter	2007

Källor: Alfredsson et al. 2008; Forzelius & Skogerud 2008
 Granelli & Murray 2008; Chefer & Ledare i vården nr 2 2009, sid. 4-13; Läkartidningen nr 15 2010 volym 107, sid. 964-967;
 www.skane.se (november 2011)

Övriga sjukhus

Capio S:t Görans Sjukhus (Stockholms läns landsting, privat drift)

S:t Göran är det enda akutsjukhuset i Sverige med privata ägare och drivs sedan tio år tillbaka av vårdbolaget Capio. Det var ett av de första sjukhus i landet som initierade ett lean-program; det första lean-projektet startade 2005. Vid starten var lean-arbetet koncentrerat till medicinkliniken men idag är det sjukhusets grundläggande verksamhetsfilosofi och omfattar hela verksamheten.. S:t Görans ledning hävdar en klar produktivitetsförbättring. Den totala genomsnittliga vistelsetiden för en patient har under dag och kvällstid minskat med mellan 33 och 50 procent, och andelen patienter som färdigbehandlas inom fyra timmar har ökat till runt 90% (från tidigare 50%). Resultatet har uppnåtts samtidigt som antalet sökande patienter ökat.

Förändringen började med ett krisläge då akutmottagningen i 2004 fick ta emot dubbelt så många patienter som den hade kapacitet för. Medicinakutens personal granskade då patientflöden och såg att stoppen framför allt fanns i inledningen av processen då patienter väntade på att träffa en läkare och utflödet till hemgång eller vårdavdelning. Då testade de framgångsrikt den organisering som nu införts på många akutmottagningar i Sverige i samband med lean-initiativ: team med en senior läkare för initial bedömning av patienten (triage). Arbetet fortsatte sedan drivet av personalen på akuten; fokus var framför allt på att identifiera slöseri och eliminera arbetsmoment som inte skapar värde för patienten.

Successivt spreds lean-modellen även till vårdmottagningar. En viktig förändring var där att avskaffa den traditionella rondens, vilket möjliggjort utskrivning av färdigbehandlade patienter tidigare på dagen.

Initiativtagare till programmet var Göran Örnung, överläkare vid medicinakuten, samt dåvarande VD Birgir Jakobsson och Bo Herrlin, vilka båda senare gick över till Karolinska Universitetssjukhuset. Det är därför naturligt att lean-arbetet liknar Karolinskas vad gäller organisering och implementering. En skillnad är dock sättet på vilket arbetet balanseras. På S:t Göran fluktuerar arbetstakten både över enskilda dagar och mellan olika dagar. Vidare anpassar S:t Göran bemanningen på mottagningen för akut medicin för att matcha inflödet. Under en vardag börjar exempelvis dagskiftet på akut medicin på S:t Göran med en bemanning om två vårdlag inom medicin och ökar sedan successivt till fem vårdlag och ett flödesteam inom medicin och ett kardiologteam. På samma sätt trappas bemanningen successivt ned på eftermiddagen.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/ områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Capio S:t Görans Sjukhus	AB (privat drift)	Standardisering Flödesarbete Kaizen Visualisering Teams	500+	Genom flera enheter	2005

Källor: Forzelius & Skogeryd 2008; Granelli & Murray 2008; Läkartidningen nr 47 2008 volym 105, sid. 3396-3399; www.sll.se (november 2011); www.stgoran.se (november 2011)

Danderyds sjukhus (Stockholms läns landsting)

Ledningsgruppen för Danderyds sjukhus har beslutat att hela sjukhuset ska tillämpa lean-metodiken och att detta ska vara det grundläggande verktyget för verksamhetsutvecklingen. Det första lean-initiativet uppstod dock 2009, innan ledningsbeslutet, på akutmottagningen. Då pågick sedan året innan ett förändringsarbete för att nå målet om att handläggningstiden från ”dörr till dörr” skulle vara under fyra timmar. Den första förändringen var att tillsätta ett team som innefattade en specialläkare för initial bedömning av patienter. Arbetet utvidgades sedan till att uttalat omfatta lean-principer med fokus på ständiga förbättringar.

Sjukhuset har en utvecklingsgrupp som är en stödresurs i implementering av lean. I gruppen ingår ett antal resurser från sjukhusets olika staber. Här återfinns exempelvis ledarskap, information, uppföljning, kvalitet och process. Två personer ansvarar för det centrala processarbetet och stödjer verksamheterna i lean-arbetet.

Sjukhuset har valt ett angreppssätt som innebär att man inte driver allmän lean-utbildning över alla verksamheter. Man fokuserar istället på grundläggande information vid stora infoträffar, och avdelningarna får sedan ta initiativ till lean-projekt. I de verksamheter där projekt skapas fokuserar man på att utvidga kunskaperna med metodutbildning, lean-spel och liknande. Syftet med detta är att gradvis införa arbetssättet istället för att direkt utbilda samtliga utan att samtidigt kunna ge dem möjlighet att arbeta praktiskt med metoderna. Ledningsstödet för Lean-arbetet är tydligt genom hela organisationen vilket framhålls som en framgångsfaktor.

Förutom lean-arbetet på akutmottagningen finns ytterligare ett sjukhusövergripande lean-projekt. Till detta kommer klinikprojekt där alla kliniker har två eller flera pågående flödesarbeten. I det praktiska arbetet läggs stort fokus på uppföljning och resultatmätning.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/ områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
		Flödesarbete Kaizen Visualisering Teams 5S	500+	Genom flera enheter	2009

Källor: SLL 2011; Olsson 2010

Norrtälje sjukhus (Stockholms läns landsting)

Norrtälje sjukhus arbetar sedan 2009 med ett systematiskt förbättringsarbete inom ramen för TioHundra. Sjukhuset kallar sin metodik Operational Development (OD) och säger att den har en del likheter med lean.

Arbetet leds av en Tätgrupp och ett Förbättringskontor. I Tätgruppen ingår bl.a. VD, marknadschef och chefläkare och gruppens uppdrag är att förbättra kommunikation kring förbättringsarbetet och dess resultat, stödja kulturbyggande kring förbättringsarbetet och arbeta med långsiktig strategi för förbättringsarbetet. Förbättringskontoret består av två personer med lång erfarenhet från verksamheten och deras uppdrag är att vara ”igångkörare” för förbättringsarbeten och utbildning av förbättringsledare.

Det kontinuerliga förbättringsarbetet utgår från ett antal principer. Förbättringsarbete förutsätter allas medverkan och engagemang i den organisation, del av organisation eller gruppering som utsetts, syftar till att installera en förbättringskultur med nya arbetssätt och förhållningssätt och är inbyggt som ett naturligt arbetssätt i det dagliga operativa arbetet.

Förbättringsarbetet pågår inom ett stort antal områden med olika karaktär. De större projekt som pågår för närvarande berör den sammanhållna vård och omsorg som efterfrågas i hemmet, samordning och förbättrade vårdprocesser mellan närsjukvården, sjukhusvården och psykiatrin, säker läkemedelshantering och förbättrat IT-stöd för vård och omsorg.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Norrtälje sjukhus	AB	Flödesarbete Kaizen		Genom flera enheter	2009

Källor: SLL 2011

Södersjukhuset (Stockholms läns landsting)

Det första lean-arbetet vid Södersjukhuset (SÖS) inleddes på ortopedden 2008. I detta arbete gjordes en översyn av ett större antal processer. Utifrån processerna har man sedan arbetat med att hitta små förbättringar och lösningar på problem. Ortopedens Lean-projekt gav upphov till funderingar på hur man skulle arbeta vidare med liknande projekt på sjukhusnivå.

SÖS har sedan ca 2003 bedrivit systematiskt förbättringsarbete, framför allt i form av förbättringsskolor enligt genombrottsmetodiken. 2009 introducerades en ny värdegrund för sjukhuset och med värdegrunden som bas började man arbeta systematiskt för att få med hela sjukhuset i arbetet med förbättringar och att sprida förbättringskunskap. Utgångspunkten är kontinuerlig förbättring, där lean är ett verktyg men där det finns utrymme för andra metoder och teorier. Det är förbättringarna som är centrala, inte lean-filosofin. Man arbetar nu lean-inspirerat på enhetsnivå, med förbättringstavlor och medarbetarinitierade förbättringsprojekt.

Sjukhuset har byggt upp en egen organisation för att spela lean-spel. Varje verksamhetsområde har en eller två utbildade spelledare som spelar med egna medarbetare men också hjälps åt i utbildningen av alla sjukhusets medarbetare. Ett stort antal medarbetare har idag spelat lean-spel och behärskar de metoder som lärs ut i lokala förbättringsarbeten. För chefer finns en speciell heldagsutbildning som syftar till att skapa kunskap om lean, SÖS lean-principer och metoder samt de verktyg som används i förbättringsarbetet lokalt (5S, flödesanalyser etc).

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Södersjukhuset	AB	Flödesarbete Kaizen 5S	500+	Genom flera enheter	2008

Källor: SLL 2011

Södertälje sjukhus (Stockholms läns landsting)

Södertälje sjukhus har sedan ca ett till två år tillbaka inlett ett omfattande förändringsarbete mot processorientering och ständiga förbättringar, kallat ”LEAN for life”. LEAN for life har en programledning som rapporterar till sjukhusledningen. Under programledningen finns styrgrupper och projektgrupper för respektive flödesprocess där man arbetar med pilotprojekt. Till detta kommer också en projektgrupp för ledar- och medarbetarskapsutveckling.

Några flöden har valts ut för pilotprojekt: operation, akuten, mottagning operation och barn- och ungdomar med neuropsykiatriska diagnoser. Fokus och mål är att göra en produktionsökning utifrån befintlig personal.

I lean-arbetet har Södertälje sjukhus valt att fokusera på principerna utjämning, kvalitet, överenskommelser, flöden, ständiga förbättringar och respekt för människan. Sjukhuset ser lean-arbetet som en form av demokratisering av arbetsprocesserna vilket kräver att både medarbetare och ledare kan ta till sig det nya synsättet. Man genomför därför breda satsningar på utbildningar för personal- och ledningsgrupper.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Södertälje sjukhus	AB	Flödesarbete Kaizen	500+	Genom flera enheter	2010

Källor: SLL 2011; www.valcon.se (november 2011)

Vrinnevisjukhuset i Norrköping (Landstinget i Östergötland)

På ortopedkliniken i Norrköping är lean en del av kvalitetsarbetet. Personalen har kartlagt sina arbetsprocesser för att se inom vilka områden de kan förbättra verksamheten och arbetar utifrån det med olika projekt. Förbättringsområdena visualiseras på tavlor i korridorerna på de olika enheterna inom kliniken. Vid arbetsplatsträffarna möts medarbetarna vid tavlorna och kommer tillsammans fram till nya åtgärder och projekt. De arbetar även med 5S.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	E	Kaizen Visualisering 5S	10-100?	Inom enhet	

Källor: www.lio.se (november 2011)

Höglandssjukhuset (Landstinget i Jönköpings län)

Kvinnokliniken vid Höglandssjukhuset Eksjö arbetar systematiskt med ständiga förbättringar. De har en förbättringstavla där alla medarbetare kan skriva ned idéer och problem som de ser som slöserier eller hinder i arbetet. En gång per vecka träffas en tvärprofessionell grupp för att prioritera bland förslagen, bemanna förbättringsprojekt och följa upp pågående förbättringsarbeten. På förbättringstavlan redovisas också pågående förbättringsområden och resultat så att alla kan se vad som händer.

I Jönköpings län stöds lean-arbetet av landstinget utvecklingscentrum, Qulturum.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Höglands-sjukhuset	F	Kaizen Visualisering	10-100	Inom enhet	

Källor: www.lj.se (november 2011); www.suntliv.nu/Projekt/Idebanken/Projekt-och-exempel (november 2011)

Länssjukhuset i Kalmar (Landstinget i Kalmar län)

Som en del i Landstinget i Kalmar läns förbättringsarbete "Varje dag lite bättre – kraften hos många" har två lean-projekt genomförts på Länssjukhuset i Kalmar.

Det första projektet har förbättrat vårdkedjan för patienter med höftfraktur. I den nya vårdkedjan ges vård rutinmässigt redan i ambulansen istället för på akuten och patienten får direkt diagnostik på röntgenavdelningen. Resultatet av projektet har varit att väntetid på akutmottagningen har minskat från 4,5 timmar till under 10 minuter och medeltid till operation minskade från 20 till 14 timmar.

Det andra projektet har fokuserat på kortare väntetider på akutmottagningen med målet "tre timmar från dörr till dörr". För att nå detta införs bl.a. läkarledd bedömning av patienter i inledningen av vårdkedjan och ökat antal parallella aktiviteter.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Länssjukhuset i Kalmar	H	Flödesarbete Teams	100-500?	Genom flera enheter	2008

Källor: "60 goda exempel. Förbättringsarbete i Landstinget i Kalmar län", Landstinget i Kalmar Län (broschyr hämtad från www.ltkalmar.se november 2011)

Västerviks sjukhus (Landstinget i Kalmar län)

Ortopedavdelningen har arbetat för att korta tiden från att en patient kommer in till akuten med en höftfraktur tills att operationen startas. En tvärfunktionell projektgrupp gjorde processkartläggningar och mätningar och genomförde sedan förändringar som innebar kapade tider, bland annat kontaktade ambulanspersonalen sjukhuset direkt när en patient misstänktes ha en höftfraktur så patienten kunde läggas i en säng för röntgen på en gång. Medelväntetiden gick från 25 till ca 11 timmar.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Västerviks sjukhus	H	Flödesarbete	10-100?		2010

Källor: www.lkalmar.se (pressmeddelande från Landstinget i Kalmar Län 2011-01-27)

Hässleholms sjukhusorganisation (Region Skåne)

Ortopediska kliniken vid Hässleholms sjukhusorganisation har arbetat med effektivisering av flödet på avdelningen. Först studerades och kartlades patientflödet. Sedan har bytestiderna på operation har kortats ned och man har eliminerat onödigt arbete. Patienterna har fått mer ansvar och involverats i förbättringsarbetet genom att de får bättre förberedelse innan operation. För att få en helhetssyn på patientens väg genom vården samarbetar kliniken med andra vårdenheter på sjukhuset genom en planeringsgrupp med representanter från olika enheter och en sammanhållande koordinator.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Hässleholms sjukhusorganisation	M	Flödesarbete	100-500?	Genom flera enheter	2007 eller tidigare

Källor: Jonsson & Larsson 2008

Lasarettet i Ystad (Region Skåne)

Sedan 2008 har man på Lasarettet i Ystad arbetat för att integrera lean-filosofin i verksamheten. Fokus är att jämma ut arbetsflöden och identifiera vad som är värde för patienterna och sedan eliminera slöseri i form av överproduktion, dubbelarbete, väntan på undersökningstider, onödiga förflyttningar, korrigeringar av misstag etc.

Lean-arbetet samordnas av en lean-strateg och en lean-samordnare. Alla enheter ska arbeta aktivt med lean, men har friheten att göra det på olika sätt. På sjukhusets hemsida läggs goda exempel på lean-projekt ut. Ett exempel från 2011 är flödesförbättring för kortvårdspatienter inom Division Kirurgi. Flödet från det att remiss kommer från primärvården till operation och återbesök har kartlagts och flera förändringar har genomförts, framför allt har väntetider för patienterna tagits bort. Nu arbetar personalen med ständiga förbättringar av det nya flödet genom dagliga avstämningar. Kartläggning med flödeseffektivisering

som mål har också gjorts för bl.a. akutprocessen, gynekologiska operationer, lungcancerprocessen, flödet av patienter med grön och grå starr på ögonmottagningen.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Lasarettet i Ystad	M	Flödesarbete Kaizen Visualisering 5S Utbildning för alla (åtminstone för delar av sjukhuset)	500+	Genom flera enheter	2008

Källor: "Förbättringsarbete på Lasarettet i Ystad. LEAN", Lasarettet i Ystad, Region Skåne (broschyr hämtad från www.skane.se november 2011); www.skane.se (november 2011)

Alingsås lasarett (Västra Götalandsregionen)

Under 2010 beslutade Alingsås lasarett att arbeta i enlighet med lean-filosofin i sitt långsiktiga förbättringsarbete. Fokus ligger på ständiga förbättringar och att eliminera slöseri genom att lära sig att se vad som skapar värde ur patientens perspektiv. Ett uttalat mål är förbättrad effektivitet genom minskade kostnader och bibehållen eller ökad produktion och kvalitet.

Sjukhuset har senaste året genomfört omfattande utbildning i lean: verksamhetschefer, avdelningschefer, medicinskt ledningsansvariga läkare m.fl. har gått en tvådagars grundutbildning och alla klinikledningsgrupper och fackligt förtroendevalda har spelat lean-spel. Samtliga medarbetare har fått en lean-bok. En förbättringsledare för varje klinik har projektanställts 2010-2011 för att stödja personalen i att arbeta systematiskt och enligt lean-filosofin med förbättringsförslag som kommer upp. Förbättringstavlor är uppsatta på de flesta arbetsplatser.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter / områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Alingsås lasarett	O	Kaizen Visualisering Leanbok till alla	500+		2010

Källor: Rapporter från Alingsås lasarett: Årsredovisning 2010, Detaljbudget 2011, Delårsrapport mars 2011

Frölunda specialistsjukhus (Västra Götalandsregionen)

I "Projekt Operationsdagen" har man gjort en kartläggning av flödet genom operations- och vårdavdelningen – från inskrivning till utskrivning – för att identifiera icke värdeskapande tid och arbete och eliminera detta. Personalen har identifierat och försökt lösa "strul" i processen och de har även tittat på rörelse och transporter genom s.k. spaghettiagram över hur en sjuksköterska respektive läkare rör sig under en dag.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Frölunda specialist-sjukhus	O	Flödesarbete Visualisering	500+	Genom flera enheter	2008

Källor: "Lean Team eller Dream Lean?", presentation vid utbildningsprogrammet Lean i vården, mars 2009 (hämtad från www.iei.liu.se/q/lean_varden november 2011)

Skaraborgs sjukhus (Västra Götalandsregionen)

Skaraborgs sjukhus har länge arbetat med processutveckling. Metodiken har kallats offensiv verksamhetsutveckling och lean har sedan 2005 blivit en allt viktigare komponent i denna. Sjukhuset har även varit föregångare i att tillämpa Sex Sigma på vårdprocesser och har förespråkat en kombination av detta och lean. Lean-arbetet har framför allt varit fokuserat på ständigt förbättringsarbete ”i vardagen” och att eliminera slöseri i form av aktiviteter som inte skapar värde för patienterna.

Sjukhuset har en enhet för processtöd som stödjer avdelningarnas förbättringsarbete. Olika verktyg erbjuds, t.ex. utbildning i Lean, förbättringstavlor och 5S. På Kärnslukhuset i Skövde (den största enheten inom Skaraborgs sjukhus) har breda utbildningsinsatser genomförts, bl.a. lean-föreläsningar och ett tvådagars lean-spel för all personal. På arbetsplatsträffar sprids information om lean-projekt som bedrivits vid andra avdelningar.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Skaraborgs sjukhus	O	Kaizen Visualisering 5S Inspirations-föreläsningar Lean-spel för alla	500+	Genom flera enheter	2005

Källor: SKL 2008; Läkartidningen nr 23 2010 volym 107, debattartikel av Eric Bertholds; PULSEN, februari 2010 och juni 2010, nyhetsbrev för medarbetare vid Skaraborgs sjukhus; Årsredovisning 2010, Skaraborgs sjukhus

Centralsjukhuset i Karlstad (Landstinget i Värmland)

Landstinget i Värmland beslutade 2009 om implementering av lean i hela verksamheten. Inspiration kom från studiebesök i Lund och tidiga lean-initiativ som redan startats på Medicinkliniken i Karlstad och Sjukhuset i Arvika. Implementeringen har gjorts genom en bred satsning på utbildning som genomförts i Verksamhetslyftet² regi. Nu (hösten 2011) har nästan alla chefer inom hälso- och sjukvård gått en fyra dagars lean-utbildning. Cheferna ska sedan leda förbättringsarbete på sina kliniker.

Hudkliniken startade sitt arbete redan 2008. Arbetet har delats in i tre delar. Den första delen var fokus på patientnära vård, vilket bland annat har inneburit fysiska förändringar: man tagit bort sköterskeexpeditionerna och receptionen har blivit ett nav för arbetet. Den andra delen var att införa arbete i team. Den tredje delen var ett nytt schema för en jämnare arbetsbelastning. Ortopedkliniken har gjort en flödeskartläggning som lett till förändrad

² Verksamhetslyftet är ett utbildningsprogram som startades 2009 av Trygghetsfonden och SKL för att möta efterfrågan av utbildning i lean i offentlig sektor.

process för schemaläggning av läkare. På medicinkliniken har bl.a. utskrivningstider och rondtider förändrats och förråden organiserats bättre.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Centralsjukhuset i Karlstad	S	Flödesarbete Teams 5S Breddutbildning	500+?		2008?

Källor: Verksamhetslyftet 2011; Intryck nr 4 2011, personallidning inom Landstinget i Värmland

Sjukhuset i Arvika (Landstinget i Värmland)

Några medarbetare på sjukhuset i Arvika tog för drygt tre år sedan initiativ till ett lean-projekt efter att ha lyssnat till en lean-föreläsning som var tänkt för den lokala industrin. När det strategiska beslutet från landstinget om att införa lean kom (se beskrivningen av Centralsjukhuset i Karlstad) hade sjukhuset därför redan påbörjat sitt arbete. Alla chefer har gått en fyradagars grundutbildning i lean och många avdelningar har spelat lean-spel. Värdeflödesanalyser har gjorts på bl.a. dagkirurgin, rutinerna för ronderna har setts över både på medicinkliniken liksom på kirurgen. Sjukhuschefen framhåller att de inte ser arbetet som projekt utan som ett förhållningssätt.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Sjukhuset i Arvika	S	Flödesarbete Breddutbildning	100-500?		2008

Källor: Verksamhetslyftet 2011; Intryck nr 4 2011, personallidning inom Landstinget i Värmland

Västmanlands sjukhus (Landstinget Västmanland)

Medicinkliniken provar sedan 2009 lean som arbetssätt. De har tagit bort den traditionella rond; den medicinska bedömningen sker istället kontinuerligt under dagen. Arbetsflödet under arbetsdagen har blivit jämnare. Två team med var sin expedition har skapats. En överskådlig informationstavla med information om varje patient har utvecklats under projektet.

Ortopedkliniken startade lean-arbete 2010 och har även tidigare arbetat på liknande sätt med patientflöden och delaktighet.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Västmanlands sjukhus	U	Flödesarbete Visualisering Teams	10-100?	Inom en enhet	2009

Källor: www.liv.se (november 2011)

Falu lasarett (Landstinget Dalarna)

För Falu Lasarett finns beskrivningar av lean-initiativ på akutmottagningen och hjärtkliniken.

På akutmottagningen drevs 2008-2009 ett projekt kring patienter kring misstänkt djup ven-trombos. Detta var ett av två pilotprojekt som genomfördes i landstinget innan landstingsdirektören 2009 beslutade att lean ska införas i landstinget (det andra pilotprojektet gjordes vid vårdcentralen Säter, se nästa avsnitt). Lean-projektet påverkade även medicinkliniken eftersom kliniken läkare bemannar akuten. Kartläggning av belastning på medicinkliniken visade att toppbelastningen tidsmässigt inträffade ”tidig kväll”. För att få ett bättre flöde och undvika onödiga inläggningar har man valt att under dessa tider bemanna med de mest erfarna läkarna inom olika specialiteter.

Cardiologiska kliniken har valt att arbeta med lean som metod för förbättringsarbete. Förbättringsarbetet har bl.a. lett till utökad samarbete med hemsjukvården, borttagande av den traditionella rondan och ”lean-taylor” som åskådliggör läget för varje patient som är inlagd på avdelningen.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Falu lasarett	VV	Kaizen Visualisering Teams	100-500?	Genom flera enheter	2008

Källor: Ernst & Young 2010; Inblick nr 1 mars 2011, sid. 12-13, tidning från Landstinget Dalarna; Protokollsutdrag landstingsstyrelsen, Landstinget Dalarna 2009-11-09 (hämtad från www.ltdalarna.se november 2011)

Länssjukhuset Sundsvall Härnösand (Landstinget Västernorrland)

Länssjukhuset har genomfört ett lean-projekt för att minska patienttiden på akutmottagningen och operation för patienter med höftledsfrakturer. Man har kartlagt patientens väg från ambulans till färdig behandling och halverat patienttiden till ca 8 timmar genom att ambulanspersonalen har fått en utökad roll. Ambulanspersonalen tar nu patienten direkt till röntgenundersökning och först därefter till akuten – då är patienten klar för inläggning och operation. Förändringen liknar den som genomförts på Länssjukhuset i Kalmar (se ovan).

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Länssjukhuset Sundsvall Härnösand	Y	Flödesarbete	10-100?	Genom flera enheter	

Källor: www.lvn.se (november 2011); www.suntliv.nu/Projekt/Idebanken/Projekt-och-exempel (november 2011)

Piteå älvuds sjukhus (Norrbottens läns landsting)

Ortopedkliniken på Piteå älvuds sjukhus har sedan 2009 inom ramen för det nationella projektet ”Bättre flyt II” drivit ett förbättringsprojekt med fokus både på förbättrad resurseffektivitet (ökad andel nyttjad operationstid) och flödeseffektivitet (minskat slöseri med

patientens tid). Med hjälp av värdeflödesanalyser har ett antal förbättringsområden identifierades där åtgärder sedan har genomförts. Projektet fick Norrbottens läns landstings stipendium för bästa förbättrings-/utvecklingsarbete i vården 2011.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Piteå älvåldals sjukhus	BD	Flödesarbete	10-100?		2009

Källor: "Bättre flyt II – opererande verksamhet", presentation av Per Öhlund m.fl. vid ortopedkliniken, Piteå älvåldals sjukhus (hämtad från www.nll.se november 2011)
www.nll.se (november 2011)

Primärvård

Beskrivningar av lean-arbete på 47 primärvårdsenheter har hittats; de flesta är vårdcentraler (VC) men det finns även några mödravårdcentraler (MVC), barn- och ungdomsmottagningar (BUM) samt rehabiliteringsmottagningar.

Syftet med lean-projekten i primärvården är ofta en önskan om förbättrad arbetssituation för personalen med mindre stress och ett behov av förbättrad tillgänglighet för patienterna i form av fler läkartider och bättre telefontillgänglighet. Detta kan jämföras med specialistvården där syftet med lean-projekt ofta är att korta vårdköer och vårdtider.

På många vårdcentraler har fokus varit att identifiera och eliminera icke-värdeskapande aktiviteter för att få mer tid till de värdeskapande aktiviteterna. Vanliga verktyg för detta har varit värdeflödesanalyser som gjort att man har identifierat slöserier i processerna samt rutiner för kontinuerligt förbättringsarbete där förbättringsidéer från medarbetare fångas upp (ständiga förbättringar eller kaizen).

Arbetet har bl.a. inneburit förändrade rutiner som gör att administrativ tid flyttas till patienttid och förbättrad koordinering mellan olika yrkesgrupper. Exempel på förbättrad koordinering är en röd lapp som tydliggör vilken sjuksköterska som för dagen arbetar med att assistera läkare, vilket minskat den onödiga tiden som läkare tidigare lagt på att leta efter rätt sjuksköterska samtidigt som övriga sjuksköterskor slipper bli störda i sitt arbete. I vissa fall har vårdcentralen byggt om eller omdisponerat sina lokaler för att minska onödiga transporter av sig själva och patienterna och för att underlätta samarbete i personalgruppen. Ett annat exempel på hur man fått mer tid för värdeskapande aktiviteter är införandet av ApoDos, ett system där medicin automatiskt fördelas i påsar för specifika tider på specifika dagar istället för att sjuksköterskor fördelar medicin i dosetter. I ett försök med ökat införande av ApoDos bland patienterna frigjordes 38 procent av sjuksköterskornas tid (Mariebergers vårdcentral). Vissa vårdcentraler ha valt att ge ökat ansvar till sjuksköterskor för att eliminera dubbelaktiviteter och frigöra läkartid (t.ex. sköterskeledd infektionsmottagning för förkylningar, halsont och urinvägsinfektioner).

Många vårdcentraler har arbetat med sin schemaläggning och kapacitetsplanering. Man har dels försökt jämna ut variationen av patienter och telefonsamtal under dagen och dels

försökt anpassa schemaläggningen efter den variation i efterfrågan mellan olika tider på dagen och dagar i veckan som finns.

Majoriteten av fallen i primärvården beskriver förbättringsarbete med internt fokus men det finns också exempel på enheter som har satsat på att förbättra andra flöden, t.ex. förbättrad samordning med kommun och remissflöden.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/ områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes- omfattning	Första aktivitet
Stocksunds vårdcentral	AB	Flödesarbete	10-100?	Inom enhet	
Torsviks vårdcentral	AB		10-100?		
Mariebergs vårdcentral	E	Flödesarbete Kaizen	10-100	Inom enhet	2004?
Vaggeryds vårdcentral	F	Standardisering Flödesarbete	10-100	Genom flera enheter	
Brahehälsan, Praktikertjänst	M (privat drift)	Flödesarbete Kaizen	10-100?	Inom enhet	2009
Tudorkliniken i Halmstad	N (privat drift)	Flödesarbete Kaizen Visualisering	10-100	Inom enhet	
Herrestads vårdcentral	O	Flödesarbete Kaizen 5S	10-100	Inom enhet	2003
Primärvården Göteborg (16 VC, 2 rehab, 3 MVC, 2 BUM)	O	Standardisering Flödesarbete	500+?		2009
Tränings-enheten i Torsby	S	Kaizen	10-100	Genom flera enheter	2010?
Vårdcentralen Gripen	S	Flödesarbete	10-100?	Inom enhet	2010?
Vårdcentralen Grums	S	Flödesarbete 5S	10-100?	Genom flera enheter	2010?
Primärvården i Örebro läns landsting (12 VC)	T		100-500?		2009
Caremas vårdcentral i Västerås	U	Flödesarbete	10-100?	Inom enhet	
Vårdcentralen i Säter	W	Kaizen	10-100?	Inom enhet	

Källor: Forzelius & Skogeryd 2008; Jonsson & Larsson 2008

PwC 2009; SLL 2011; Allmänmedicin nr 4 2010, sid. 11-13

ArbetsLUST nr 3 2005 årgång 5, sid. 4-5

Dokument från Primärvården Göteborg, Västra Götalandsregionen: Delårsrapport mars 2009, Delårsrapport augusti 2009, Delårsrapport mars 2010, Delårsrapport augusti 2010, Delårsrapport mars 2011 (hämtade från www.vgregion.se november 2011)

Inblick nr 3 2011, tidning från Landstinget Dalarna

Intryck nr 4 2011, personaltidning inom Landstinget i Värmland

www.kompetensteamet.se (november 2011)

www.sls.sll.se (november 2011)

www.suntliv.nu/Projekt/Idebanken/Projekt-och-exempel

(november 2011)

www.svensktnaringsliv.se/regioner/halmstad (september 2010)

www.tudorkliniken.se (november 2011)

Övriga verksamheter

I denna kategori finns nio initiativ inom psykiatri, lab och röntgen. Verksamheternas olika karaktär innebär stor spridning i inriktning och upplägg av lean-arbetet.

		Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Landsting	Fokuserade aktiviteter/ områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes- omfattning	Första aktivitet
Karolinska Universitets- laboratoriet, Solna	AB	Standardisering Flödesarbete Kaizen	10-100	Inom enhet	2007?
Psykiatri Sydväst i Stockholm	AB	Standardisering Flödesarbete Kaizen Visualisering	100-500?	Inom enhet	2010
Psykiatricentrum i Södertälje, Psykiatri Sydväst, allmän- psykiatri i Lund l	AB + M	Standardisering Visualisering 5S	10-100	Inom enhet	2010
Division Diagnostik i Norrbotten	BD	Utbildning till alla Flödesarbete Standardisering Kaizen Visualisering Teams	100-500?	Inom enhet	
Klinisk mikrobiologi i Linköping	E	Standardisering Flödesarbete Kaizen Visualisering 5S	10-100	Inom enhet	
Psykiatrisk akutmottagning i Kristianstad	M	Kaizen Visualisering	10-100?	Inom enhet	2010
Röntgen Hässleholms sjukhus- organisation	M	Flödesarbete Kaizen	10-100	Flera enheter	2001
Vuxen-psykiatrisk slutenvård i Kristianstad	M	Kaizen	10-100?	Inom enhet	
Röntgenkliniken Kristinehamn	S	Flödesarbete Kaizen 5S	1-10	Inom enhet	2010?

Källor:

Jonsson & Larsson 2008; MMC 2011; SLL 2011

Intryck nr 4 2011, personaltidning inom landstinget i Värmland

"LEAN-arbete vid Klinisk mikrobiologi, Linköping", presentation vid Utbildningsdagar för BMA 2011

(hämtad från www.ltkronoberg.se november 2011)

"LEAN-resan division Diagnostik", ett flertal presentationer vid Norrbottens läns landstings förbättringsdagar 6 och 11 oktober 2011

(hämtade från www.nll.se november 2011)

www.grandezza.se/web/Kunder (november 2011)

www.suntliv.nu/Projekt/Idebanken/Projekt-och-exempel (november 2011)

www.verksamhetslyftet.se (november 2011)

Lean-arbete på landstingsnivå

I många landsting finns stabsfunktioner för verksamhetsutveckling som stödjer lean och annat förbättringsarbete i sjukvården. Dessa stabsinitiativ är i flera fall mycket omfattande och har haft stor påverkan på införandet av lean och annat förbättrings- och utvecklingsarbete i landstinget. Exempel på landsting med välkända initiativ av denna typ är Landstinget i Jönköpings län (Qulturum) och Landstinget i Kalmar län.³ I denna översikt har vi dock inte gått igenom initiativen på landstingsnivå utan vi tar endast upp specifika vårdenheter inom landstingen där lean-arbete beskrivits.

Konsekvenser för ledningssystem och riktlinjer

Som nämdes i inledningen finns det ett antal utmaningar vad gäller riktlinjer kring ledning och organisering i vården. Vi har valt att lyfta fram tre centrala utmaningar som blivit tydliga när vi studerat lean i vården i kombination med riktlinjer och standardisering.

- Den första är på vilken nivå beslut skall tas, centralt eller lokalt.
- Den andra är i vilken utsträckning verksamheten skall standardiseras, till skillnad från att vara lokalt uppbyggd och anpassad.
- Den tredje är balansen mellan standardisering och utveckling, där standardisering delvis är i konflikt med utveckling.

Dessa utmaningar påverkar möjligheten att införa lean eller andra former av flödesorganisering, och kan i många fall vara en orsak till att initiativ misslyckas eller avbryts.

Beslut centralt eller lokalt

Den första är frågan var beslut skall tas i systemet. Skall viktiga beslut tas centralt eller lokalt? Centralt kan i detta fall vara på riksnivå (SBU eller Socialstyrelsen), på landstingsnivå eller på sjukhusnivå, beroende på hur lokalt lean-initiativet är.

Fördelen med att ta besluten centralt är att mer resurser kan läggas för att försäkra sig om att valet är det bästa och att beslutet grundar sig på ett vetenskapligt underlag. Å andra sidan vet vi att organisationerna i vården är väldigt olika, och dessutom skiljer sig åt vad gäller mottaglighet och mognadsgrad.

Fördelen med att ta beslut lokalt är att de kan anpassas till de lokala förutsättningarna. Å andra sidan kan det leda till en verksamhet med stora skillnader och att bra lösningar inte sprids mellan enheter. Detta gör att frågan inte är trivial.

³ Sökning på landstingens hemsidor visar totalt tio landsting med lean-initiativ på övergripande nivå:

Landstinget Sörmland

Hälsö- och sjukvården på Gotland

Landstinget Blekinge (Blekinge Kompetenscentrum)

Landstinget Gävleborg ("Hållbar Väg")

Landstinget i Jönköpings län (Qulturum)

Landstinget i Kalmar län (Förbättringssupporten)

Landstinget i Värmland

Landstinget i Östergötland (Enheten för verksamhetsutveckling, Vårdprocesscentrum, Närsjukvården centrala Östergötland, Närsjukvården i västra Östergötland och Närsjukvården i östra Östergötland)

Landstinget Västmanland

Region Skåne (Utvecklingscentrum)

Standardisering innebär centralt tagna beslut, men för att det skall få önskad effekt förutsätter det att mottagarna är någorlunda lika, helst standardiserade. Så är inte läget idag. Dock finns det delar av vården som är relativt lika, och som skulle vinna på en spridning av de mest framgångsrika arbetssätten och metoderna.

Det kräver dock att besluten flyttas med till en mer specifik nivå och en del av vårdorganisationen. Här har vi ett ytterligare problem i det att vården är organiserad i landsting och att det även finns privata vårdgivare. Samordning mellan dessa kring gemensamma standarder är ytterligare en utmaning.

Standardisering eller individualisering av vård

Utformningen av en verksamhet beror på vad som skall produceras. Om tjänsten eller produkten är lika från fall till fall och skall produceras i stort antal kan man organisera verksamheten mer som ett flöde, eller som ett löpande band. Ytterligheten är en process som producerar samma produkt hela tiden, till exempel ett kraftverk eller en pappersmaskin. En sådan produktion är mycket effektiv, men inte alls flexibel.

Den andra ytterligheten är att allt som utförs är helt olika från fall till fall. Varje kund eller produkt hanteras som en unik person eller enhet, och produktionen kan anpassas helt efter de behov som finns. Detta leder till en dyrare men mer flexibel och kundinriktad produktion.

Idag finns det en önskan att uppfylla båda dessa samtidigt, vilket är svårt. Standardisering, effektivisering och storskalighet driver verksamheten mot en lägre grad av patientanpassning, men möjliggör besparingar.

Å andra sidan går den medicinska utvecklingen mot allt mer specifika lösningar för allt mindre grupper av patienter. Dessutom har patienter mer kunskap och ställer högre krav på bemötande och att behandlas som individer. Detta ger en spänning mellan en strävan mot effektiv storskalighet och en strävan mot individualiserad och personlig vård.

Standardisering och utveckling

Den tredje utmaningen är utveckling av nya arbetssätt och metoder i vården. Utveckling sker ofta lokalt, och initieras av ett upplevt behov som behöver lösas. För att det skall kunna ske måste det vara tillåtet att lokalt ändra arbetssätt och att utveckla dessa.

Detta är i sig i strid med tanken om standardisering, där idén är att standarden skall försäkra att man inte avviker från det korrekta sättet att utföra uppgiften, det vill säga standarden. Vi har här två mekanismer som behöver kunna fungera samtidigt. Standarder får inte utformas så att de tar bort alla lokala möjligheter att utvecklas, men å andra sidan kan inte den lokala rätten att avvika vara total.

En andra aspekt av detta är att i de fall någon har utvecklat en god lösning lokalt måste den kunna fångas upp och spridas till andra liknande enheter, det vill säga göras till en ny standard. Utveckling kräver både frihet att utveckla, men även mekanismer för att sprida ny standard. Det kräver en avvägning och ett system för på vilket sätt man har rätt att avvika från nuvarande standard.

Goda projekt som kanske lever vidare

Ett problem som uppmärksammats är att många projekt av typen lean eller andra nya sätt att arbeta ofta blommar upp kring en eldsjäl, men har svårt att överleva någon längre tid. Det tycks finnas svårigheter att få till en hållbar förändring. En orsak till det kan vara att flödesorganisering kräver en anpassning av andra delar av systemet för att kunna fungera. Det går inte att vända en liten del av verksamheten, utan hela logiken behöver ändras, alltifrån ekonomistyrning till ansvarsfördelning. Det innebär en svårighet i ett stort och komplext system att lyckas med detta, och att göra det stegvis kommer, som för alla större förändringar, att leda till friktion och svårigheter under en övergångsperiod,.

Exempel på detta är fallet med bröstcancerprocessen, där en flödesorganisering kring one-stop clinic omöjliggjordes av en upphandling av mammografi. Detta rapporteras i en LHC-rapport som finns tillgänglig på www.leadinghealthcare.se. Här ser vi en tydlig kollision mellan styrning mot effektiv resursanvändning genom fokus på upphandling mot lägsta pris, och ett för patienten effektivt flöde med hög kvalitet. Exempelen kan göras många.

Vi ser med intresse fram emot att följa utvecklingen kring lean i sjukvården, och hoppas på bättre framgång för de initiativ vi sett i denna rapport.

Metod och genomförande

Källor

Kartläggningen är baserad på sekundärkällor, främst tidningsartiklar, webbsidor och studentuppsatser. Skälet till detta är att vi på kort tid försökte att få en överblick över hela Sverige, vilket gjorde att insamling av primärdata genom enkäter eller intervjuer inte var ett görbart alternativ. För att få ett tillräckligt stort material samtidigt som vi fångar initiativ där vi kan anta att majoriteten fortfarande är aktuella har vi valt att använda källor från de senaste tre åren, dvs. från 2008 och framåt.

De senaste åren har många studenter valt att skriva examensarbeten på temat lean i vården. Vi har sökt efter dessa i databasen som finns på hemsidan www.uppsatser.se, med sökord som "lean"+"sjukvård", "verksamhetsutveckling"+"sjukvård" och "logistik"+"sjukvård". Ett antal uppsatser som innehåller fallstudier från lean-implementeringar, främst från universitetssjukhus men även från mindre vårdenheter, har varit viktiga källor i kartläggningen.

Tillsammans med uppsatserna har det viktigaste källmaterialet varit de svenska landstingens hemsidor. Där har vi dels sökt på "lean" på sidans sökmotor och dels gått via landstingsförvaltningens funktion för verksamhetsutveckling som ofta länkar till olika projekt. Genom dessa sökningar har vi hittat ett stort antal större och mindre initiativ som beskrivs t ex i personaltidningar, i årsberättelser och på vårdenheter egna hemsidor. För Stockholms Läns Landsting är den viktigaste källan en kartläggning av verksamhetsutvecklingsprojekt som gjorts av Johan Lindblad och Pia Barksenius på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Sökning har även gjorts i artikelarkiven för Läkartidningen och Dagens Medicin, där vi hittat reportage och debattartiklar som handlar om specifika lean-initiativ. Genom sökningar på konsultföretags hemsidor har vi hittat två beskrivningar av lean-initiativ som referensprojekt.

Beskrivning och klassificering av initiativ

Varje initiativ har klassificerats enligt tabell 1 nedan, baserat på den beskrivning vi hittat i sekundärkällor. När information saknas i beskrivningen har fälten lämnats tomma. I vissa fall har antaganden gjorts och markerats med frågetecken (?).

	Initiativets karaktär	Initiativets omfattning		Startår
Organisation/enhet	Fokuserade aktiviteter/ områden inom initiativet	Antal inblandade	Flödes-omfattning	Första aktivitet
Organisation A				
Organisation B				

Mall för klassificering

Initiativets karaktär

Detta skulle även kunna rubriceras ”Beskrivningens karaktär” då klassificeringen är gjord efter vad man valt att skildra i beskrivningen av initiativet. Om vi frågat dem som är berörda av initiativet hade klassificeringen kanske blivit annorlunda. Ansatsen i initiativet (enligt beskrivningen) har sammanfattats i några nyckelord.

Nyckelorden för initiativets karaktär som används i tabellerna baseras på en syntes och förenkling av flera analysverktyg för lean i organisationer. De valda kategorierna är:

- Standardisering – initiativ till enhetlighet i arbetet
- Flödesarbete – fokusering på flöden i organisationen, processfokus
- Kaizen – förbättringsgrupper
- Visualisering – tavlor, grafisk visualisering mm
- Teams – organisering med fokus på team
- 5S – ordning, städa, ofta ett tidigt steg i arbetet

Utbildning

Här förekommer flera olika former för lean eller flödesutbildningar, som beskrivs kort med ord, till exempel lean-spel eller inspirationsföreläsningar. Utbildningsinsatser har sammanfattats i de fall beskrivningen nämner att alla inom enheten har erbjudits utbildning i lean (i motsats till utbildning som stöd enbart till dem som har ansvar för utvecklingen av initiativet).

Initiativets omfattning

Antal inblandade har klassificerats i följande grupper:

1-10 / 10-100 / 100-500 / 500+

I de fall antal personer inte har varit tillgängligt har vi i de flesta fall uppskattat antalet med ledning av om det gäller t.ex. en enskild klinik eller flera kliniker och skrivit ut det uppskattade antalet följt av ett frågetecken.

Vi skiljer även på om man i initiativet (enligt beskrivningen) arbetat med internt förbättringsarbete inom respektive enhet, t.ex. på en vårdmottagning, eller om man har följt flöden genom flera enheter, t.ex. hela sjukhuset. Enhetsbegreppet är problematiskt och inte entydigt men vi har valt att använda det enligt följande: Inom specialistvård har vi använt enhet = klinik / avdelning / vårdmottagning (t.ex. akutmottagning, ortopedklinik). Inom primärvård har vi använt enhet = vårdcentral/MVC/BVC/mottagning (t.ex. rehab, barn- och ungdom). ”Flöde genom flera enheter” kan även innebära samarbete med kommuner.



Källor och referenser

Uppsatser och böcker

2008 Emma Alfredsson, Sofia Forss, Helena Nielsen: Stånga pannan blodig eller plåstra om med lean? – en fallstudie av implementeringen av lean på Universitetssjukhuset i Lund, Magisteruppsats, Lunds Universitet, Institutionen för Service Management, LUND

2009 Michael Brüer: Lean Healthcare på Akademiska. Analys av förändringsarbete med utgångspunkt från en utbildningsdag, Magisteruppsats, Uppsala Universitet, Företagsekonomiska institutionen

2008 Anna Forzelius, Marie Skogeryd: Kan Lean Healthcare vara den bit som saknas i den svenska sjukvårdens pussel? En studie av kommersiella modeller i svensk sjukvård, Magisteruppsats ISRN:LIU-IEHFI-A-08/00291-SE, Linköpings Universitet, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, LINKÖPING

2008 Jonas Granelli, Josef Murray: Lean Sjukvård - En möjlighet för svensk sjukvård att möta ett ökat vårdbehov, Examensarbete INDEK 2008:79, KTH Industriell teknik och management, Industriell ekonomi och organisation, STOCKHOLM

2008 Lovisa Jonsson, Linda Larsson: Framgångsrika logistiska förändringsprinciper i hälso- och sjukvården. En studie över vilka logistiska förändringsmetoder som gett framgångsrikt resultat vid förändringsarbete inom svensk hälso- och sjukvård, Examensarbete LIU/IEHFI-A-08/00319-SE, Linköpings Universitet Tekniska Högskolan, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, LINKÖPING

2010 Olle Olsson: Vad är nästa steg? En fallstudie om flödesförbättring och förändringsarbete på Danderyds sjukhus akutmottagning, Examensarbete LIU/IEHFI-A-10/00824-n, Linköpings Universitet Tekniska Högskolan, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, LINKÖPING

2010 Maria Tidstedt: Utvärdering av lean-arbete. Hjärtopererade patienters vårdtid, upplevelse av utskrivningssamtal och uppföljning, före och efter att lean införts som arbetsmodell. En pilotstudie, Kandidatuppsats, Uppsala Universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, UPPSALA

2009 Jon Rognes, Pär Åhlström: How can health services learn from the production management of others, i boken Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value, EFI förlag, STOCKHOLM

2011 Niklas Modig, Pär Åhlström: Vad är lean? En guide till kundfokus och flöde, SSE Institute for Research, STOCKHOLM
Rapporter

2010 Ernst & Young: Granskning av processtyrning inom hälso- och sjukvården, rapport till Landstinget Dalarna, Ernst & Young

2011 MMC: Utvärdering av Frigör tid till vård – ett förbättringsarbete för utveckling av psykiatrisk heldygnsvård, Medical Management Centre (MMC), Karolinska Institutet

2009 PwC: Uppföljning av granskning. Fritt vårdval inom Primärvården Örebro läns landsting, revisionsrapport till Örebro läns landsting, Öhrings PriceWaterHouseCoopers

2008 SKL: Six Sigma i hälso- och sjukvården, Sveriges Kommuner och Landsting

2011 SLL: Kontinuerligt förbättringsarbete för landstingets verksamheter – inventering, Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsens förvaltning, SLL Utveckling och styrning

2011 Verksamhetslyftet: LEAN – ett smartare sätt att jobba i kommuner och landsting, Verksamhetslyftet (Trygghetsfonden för kommuner och landsting i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting)

Övrigt källmaterial

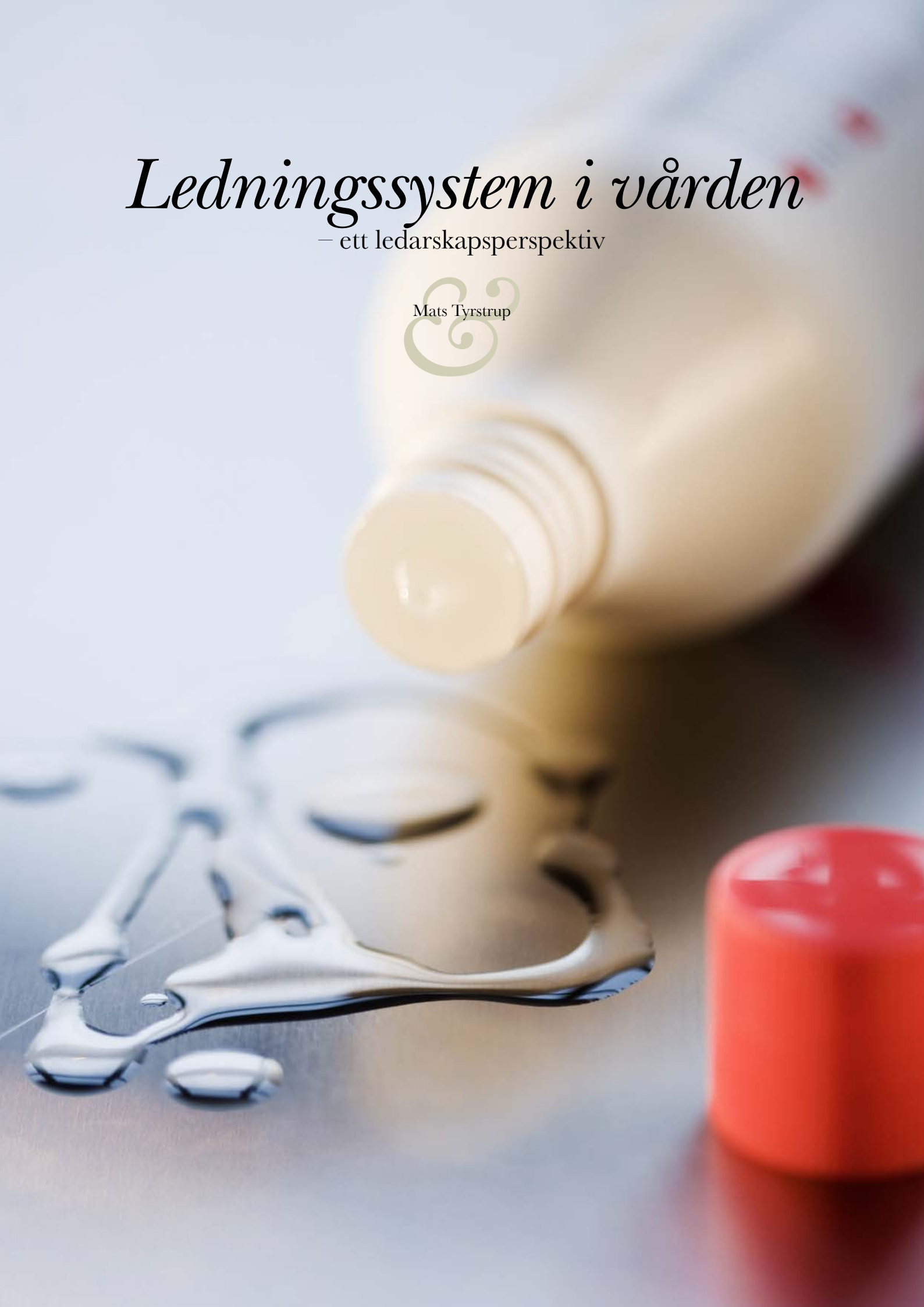
Källmaterial i form av hemsidor, tidningsartiklar, revisionsrapporter, årsredovisningar, informationsbrochyrer o. dyl. redovisas vid respektive fallbeskrivning.

Ledningssystem i vården

– ett ledarskapsperspektiv



Mats Tyrstrup



Sammanfattning

I den här rapporten belyses den till synes långsamma utvecklingen av ledningssystem inom vården ur ett ledarskapsperspektiv. Utgångspunkten är att föreskrifter om ledningssystem har funnits sedan 1993. Trots detta har införandet av sådana system gått mycket långsammare än man inom Socialstyrelsen hade förväntat sig.

Baserat på dokumentstudier av bland annat revisionsrapporter kan en betydande spridning inom vården konstateras när det gäller det kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som baseras på fungerande ledningssystem. I vissa landsting har man lyckats väl på central nivå och kan också visa upp sjukvårdsorganisationer där ledningssystemen stödjer utvecklingsarbetet även på klinisknivå. I andra fall är bristerna betydande vad gäller tillämpning av ledningssystem, ibland även på förvaltningsnivån, men framför allt i den operativa vårdverksamheten. Värt att notera är emellertid att det finns exempel på fungerande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete också i vårdmiljöer där det helt eller delvis saknas ledningssystem av den typ som föreskrivs av socialstyrelsen. Då det inte går att identifiera mer betydande samband mellan vilka typer av vårdverksamheter det är frågan om och hur långt man kommit i utvecklingen av ledningssystem pekar studien mot en annan förklaring: Förmågan till förändrings- och utvecklingsarbete varierar mycket inom vården och att det finns vårdmiljöer där både det ledarskap och den kompetens som behövs för framgångsrik organisationsutveckling saknas helt eller delvis. Detta innebär att man inte ska förvänta sig att fungerande ledningssystem kommer att utvecklas i dessa miljöer med mindre än att man endera tillför förändringskompetens och dito ledarskap alternativt ger ett betydande och närmast handgripligt stöd till de här miljöerna när det gäller utvecklingen av ledningssystem. Även strukturerade ansatser för erfarenhetsutbyten och synliggörande av goda exempel kan fungera stödjande och inspirerande i arbetet med patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor på olika nivåer.

Bakgrund och utgångspunkter

Stiftelsen Leading Health Care, LHC, har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att belysa ”föreskrifter, tillämpning och tillsyn av ledningssystem och dessas påverkan på beteendet i vårdorganisationer”. I den här rapporten är det ledarskapsaspekterna i sammanhanget som ska behandlas. Det ledarskapsbegrepp som tillämpas är förhållandevis brett och inkluderar faktorer som mellanmännsliga samspel men också ledning och styrning på både verksamhets- och organisationsnivån inklusive den typ av verktyg och mekanismer som är eller förväntas vara tillämpliga för detta.

Underlag och fokus

Denna rapport är en sammanställning av tre analyser av empiriska underlag. Samtliga underlag har karaktären av sekundärdata. Ett ramverk och en begreppsapparat för att belysa styrnings- och ledarskapsfrågor inom vårdsektorn kommer att presenteras i samband med att resultat och slutsatser diskuteras. På ett övergripande plan kan man säga att frågan som ställs i den här rapporten är följande: Vilka förutsättningar krävs för att föreskrifter rimligt enkelt ska omsättas i verksamhet? Och det tentativa svaret är att det behövs en förändringskompetens och ett ledarskap som kan fungera som mottagare, uttolkare och utformare av lösningar i arbetsvardagen.

Ett sätt att förstå vad det är som händer i en vårdverksamhet när föreskrifter ska omsättas i tillämpningar och arbetsuppgifter är att studera den typ av revisionsrapporter som kommer fram när verksamheter granskas av oberoende revisorer. Här handlar det då om att studera och försöka identifiera gemensamma nämnare alternativt mönster vilka går igen i rapporterna och som måhända hjälper oss att förstå problemens karaktär. Här är det då en fördel om de rapporter som fungerar som sekundärdata belyser ett antal olika aspekter på ledarskap, ledning och styrning i vårdorganisationer. Följande rapporter har analyserats och ligger som underlag för avsnitt 3 Revisionsrapporternas beskrivningar:

- 1) Vårdval Östergötland – Granskning av styrning och måluppfyllelse (Revisionsrapport, PWC mars 2011)
- 2) Granskning av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, Omsorgsnämnden Hässleholms kommun (Revisionsrapport Öhrlings PWC, september 2008)
- 3) Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet, Landstingen i Jönköpings lön (Revisionsrapport, PWC, mars 2011)
- 4) Granskning av styrningen inom Danderyds sjukhus AB och Färdtjänstnämnden (Revisionsrapport, Landstingsrevisorerna nr 41/2004)
- 5) Styrning, ledning och uppföljning inom vård- och äldreomsorgen, Sollefteå kommun (Revisionsrapport, november 2009, KPMG)
- 6) Styrmodellens fortsatta utveckling – styrning av hälso- och sjukvården (Uppföljning på uppdrag av Region Skånes revisorer, Svanell Konsult AB, november 2007)
- 7) Samverkan mellan kommun och landsting vid in- och utskrivning inom den slutna hälso- och sjukvården, Sollentuna kommun (Revisionsrapport, februari 2011, PWC)
- 8) Granskning av kvalitetsledningssystem inom Hemvårdsnämnden samt granskning av hantering av frågor kopplat till anmälningar om missförhållanden, Halmstads kommun (Revisionsrapport, januari 2009, Öhrlings PWC)

Ett annat perspektiv får vi genom att studera landstingens erfarenheter av att arbeta med ledningssystem i vård och omsorg. Det material som varit tillgängligt för det ändamålet är ”Sammanställning av svar på enkät angående SOSFS 2006:11, preliminär version 2009-12-16, dnr 60-11673/2009”. Här är det visserligen inte ledningssystem i sjukvården som står i fokus men det finns goda skäl att tro att problemen är snarlika när det gäller arbetet med att omsätta föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och säkerhet inom socialtjänsten och att detta är relevant för vården. Landstingens erfarenheter av arbetet med ledningssystem redovisas under avsnitt *4 Landstingen om arbetet med ledningssystem – exemplet SOSFS 2006:11*.

Ett sista perspektiv på saken har utgått från frågan hur man inom Socialstyrelsen föreställer sig att sjukvårdsorganisationer förändras exempelvis som en konsekvens av nya föreskrifter? För att belysa saken något har dokument författade inom Socialstyrelsen analyserats med syftet att just försöka identifiera de organisationsföreställningar som i någon mening kan sägas förekomma inom myndigheten och därför kan antas komma till uttryck i arbetet med exempelvis ledningssystem för vården. Material som studerats är bland annat Lägesrapport (2010) och Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – en nyckelroll för patientsäkerheten? (Tillsynsaterföring, 2005-109-16). Sammanställningar och iakttagelser redovisas under avsnitt *5 Socialstyrelsen om organisationer, styrning och ledarskap*.

För fullständighetens skull ska det nämnas att en stor mängd andra dokument också har använts som underlag för arbetet. Gemensamt för dessa dokument är att de speglar villkoren i vården på lite olika nivåer inom sektorn. Dokumenten har valts ut så att de ska spegla olika aktörers och intressenters perspektiv. Exempel på dokument är artiklar, debattartiklar, rapporter och policydokument. Det kommer bara undantagsvis att hänvisas till dokument av den här typen och det är enbart dessa dokument som det hänvisas till som tas med i referensförteckningen.

Rapportens disposition

Rapporten är upplagd så att varje avsnitt inleds med en kort introduktion, varefter underlaget presenteras i sammanfattad form. Därefter följer ett reflekterande avsnitt i vilket förekommande mönster och företeelser diskuteras. I avsnitt 6 förs en sammanfattande diskussion om problemställningar inom området ”föreskrifter, tillämpning och tillsyn av ledningssystem och deras påverkan på beteendet i vårdorganisationer”.

Måhända kan rapportens uppläggning uppfattas som lite lös till sin karaktär och kanske även i dess struktur och att en resonerande ansats har fått ersätta en möjlig och mera teknisk analys av underlagen. Argumenten för den valda ansatsen är två. För det första har de ekonomiska och tidsmässiga ramarna varit sådana att den uppläggning och ansats som valts har bedömts ge ett större utbyte jämfört med att genomföra en mera strikt och kanske även kvantitativ analys. För det andra är ämnesområdet och problemställningarna sådana att en förståelse för komplexiteten är mera avgörande för exempelvis eventuella åtgärder än att försöka identifiera en eller annan tendens till orsakssamband.

Om problemformuleringar rörande den svenska vården

Den svenska vården har diskuterats i årtionden. Bakgrunden har varit uppfattningar om att det finns problem både vad gäller kvalitet och väntetider. Även patientsäkerhetsarbetet har av och till ifrågasatts liksom arbetsmiljön, bemanningsfrågor och arbetsbelastning.

Nedan kommer olika problemformuleringar att i korthet presenteras, mest för att påminna om vilka olika aspekter som kan läggas på vårdens organisering och utveckling i stort. Men först ska något sägas om hur ledningssystem kan spela en roll som verktyg för verksamhetsutveckling inom vården.

Ledningssystem som ramverk för utveckling

I ett framtidsperspektiv beskrivs den svenska sjukvården både som ett betydande problem och som en av de centrala lösningarna. De som funderar över möjligheterna att förse en allt äldre befolkning med god vård ser nämligen växande bekymmer framför sig. De som letar efter den framtida sysselsättningen, men även spirande exportområden, tecknar istället bilden av en sektor med potential. Den sammanfattande bilden blir ungefär att läget är knepigt och blir sannolikt värre om vi inte hittar den gordiska knut som förvandlar dagens elände till en myllrande sektor liknande vad industrin var för samhället under 1900-talet.

Mot den här bakgrunden framstår hur man i olika avseenden kan förbättra och utveckla vården som viktiga områden. Inom exempelvis Västra Götalandsregionen har Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2005:12 fått bilda ramverket för utvecklingsarbetet i regionen [1], med undantag då för rent medicinskt utvecklingsarbete. Det regionala utvecklingsarbetet i Västra Götalandsregionen har samlingsbeteckningen God Vård och om God Vård sägs bland annat;

”Sedan 2008 har God Vård allt tydligare använts som ledstjärna för kvalitetsarbetet i regionen. Budgetens hälso- och sjukvårdsavsnitt har byggts upp utifrån de sex kvalitetsdimensionerna, vilket har bidragit till en ökad tydlighet i arbetet. God Vård har använts för att sortera in olika utvecklingsinsatser i en gemensam referensram. I det regiongemensamma handlingsprogrammet inom God Vård finns 39 åtgärder som är strukturerade i insatsområden av olika karaktär – från vad chefer ska fokusera till stora och komplexa investeringar.”
(sid. 2)

Det finns naturligtvis många andra exempel på landsting och sjukvårdsorganisationer som på ett framgångsrikt sätt använt sig av Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem som ett verktyg för verksamhetsutveckling. Men det finns också de landsting och vårdorganisationer som varit betydligt mindre framgångsrika i såväl ambitionen att införa ledningssystem som i tillämpningen av dem för utvecklingsändamål.

Inför den fortsatta analysen av hur arbetet med ledningssystem har fungerat finns det skäl att påminna om de mer framträdande problemformuleringarna i sjukvårdsdebatten och att placera in just ledningssystem som idé i dessa problemformuleringar. Problemformuleringarna är till antalet tre varefter en fjärde presenteras, och då som ett resultat av de analyser som ligger till grund för den här rapporten.

Det vidare perspektivet

Enkelt uttryckt är kraven på den svenska sjukvården att leverera god och säker vård till en försvarbar kostnad. Många anser att sjukvården inte lever upp till de här kraven och att det dessutom kan förväntas bli ännu sämre i framtiden. Många undersökningar visar dessutom att såväl läkare som sjuksköterskor och undersköterskor, i högre omfattning än andra yrkeskategorier, funderar på att sluta inom deras respektive professioner för att istället söka sig till sektorer utanför vården [2] eller åtminstone till en annan huvudman [3].

Situationen är inte ny. Debatten har pågått under åtminstone tre decennier. Möjligen kan man hävda att intensiteten och polariseringen tilltagit något och att ”larmrapporterna” duggar lite tätare idag än tidigare. Och för dem som arbetar i vården handlar bristen på motivation numera om dålig arbetsmiljö och försämrade möjligheter att utföra ett professionellt jobb där lönerna tidigare dominerade deras problembeskrivning.

Kännetecknande för vården är att antalet intressenter är stort. Den nyaste kategorin är de riskkapitalister som på senare tid investerat i sektorn. Enklare igenkännbara intressenter är patienter, anhöriga och personal. Därutöver finns ytterligare ett betydande antal – från olika patientföreningar till politiker, lobbyister och naturligtvis allmänheten.

Antalet aktörer som är verksamma inom vården är dessutom betydande, även om vi förenklar det hela genom att hålla oss enbart till övergripande kategorier. Några exempel är universitetssjukhus, läkemedelsföretag, vårdcentraler och medicinteknikföretag. Till detta ska sedan läggas att sektorn är extremt knepig att avgränsa. Att distriktsläkare och företagshälsovård inkluderas uppfattar nog de flesta som rimligt. När det gäller akupunktörer och gym kommer saken måhända i ett annat läge.

Sammanfattningsvis kan det vara värt att påminna om att den svenska vården visar samtliga karaktärsdrag hos en sektor som är en löslig sammanlänkning [4] av ett stort antal ömsesidigt beroende men autonoma aktörer [5] av tämligen varierande slag. Och den typen av organiserade sammanhang, den typen av fält om man så vill, uppvisar ett antal utmaningar vad gäller koordinering, styrning och reglering [6].

Mot bakgrund av att vården i vissa avseenden är en mycket heterogen sektor kan det vara en ganska besvärlig sak att komma åt de kvalitets- och patientsäkerhetsproblem som av och till kan konstateras. Samma sak gäller naturligtvis vården som arbetsplats och arbetsmiljö. Men det har ändå gjorts försök, inte minst bland politiker, att sätta fingret på vad som skulle vara det mer grundläggande problemet inom den svenska sjukvården. Förenklat uttryckt finns tre huvudsakliga problemformuleringar:

En första problemformulering går ut på att det saknas resurser och det är därför vården inte kan leverera en bra och säker vård i tillräcklig omfattning. Lösningen är alltså att tillföra mera pengar och därmed blir det hela en politisk fråga. Konflikterna hamnar i allt väsentligt utanför vården, betraktad som sektor, eftersom avvägningarna ska göras gentemot områden som exempelvis kollektivtrafiken (landstingen) och skolan (kommunerna). Intressant att notera här är alltså att sektorn som sådan, åtminstone i allt väsentligt, får leva sitt eget liv vad gäller arbetsformer, ledning och organisering. I någon mening eliminerar den här

problemformuleringen också de svåraste fallen av ideologisering av sjukvårdsfrågorna. Det handlar enligt det här synsättet om att prioritera och att göra så i relation till ett antal andra behjärtansvärda områden, men då utanför vårdsektorn.

En andra problemformulering går ut på att de institutionella förutsättningarna skulle vara i olika avseenden felaktiga. Lösningen blir därför att genomföra reformer. Det här är en problemformulering som delvis gör problemet politiskt men vanligen då av ideologisk natur. Men det handlar också om att gripa in i vårdens organisering, villkor och funktionssätt, låt vara på en mycket övergripande nivå. Husläkarreformen men också konkurrensutsättning och privatiseringar är exempel på ideologiskt laddade reformer som innebär försök att intervensera i hur vården organiseras, bedrivs och i förlängningen kan utvecklas. Kö-miljarden är politisk i meningen att pengarna kunde ha använts till annat. Men den reformen har även som ambition att genom karaktären av incitament förändra sjukvårdens organisering och prioriteringar.

En tredje problemformulering tar sin utgångspunkt i att sjukvården är ineffektivt organiserad på verksamhets- och organisationsnivå. Lösningarna är att hitta, eller utveckla, ett antal modeller för organisering av vårdarbete på såväl den operativa nivån som när det gäller sätten att styra och leda vårdverksamheter. Köpa/sälj-modeller, flödesorientering och lean-arbete är aktuella exempel på vad det kan handla om. Här betraktas alltså vårdverksamheter som i allt väsentligt ineffektiva, sett ur ett företagsekonomiskt perspektiv. Ofta hänvisas det till att medicinska överväganden av tradition har fått styra utformningen av arbetssätt och prioriteringar. Ibland anförs mindre smickrande förklaringar som prestige på klinisknivå eller att gamla fördomar om vem som ska göra vad, och vilka roller läkare, sköterskor med flera har att hålla sig till, och hur detta har fått bestämma vårdens organisering på den operativa nivån.

Socialstyrelsen föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården faller inom ramen för den här tredje problemformuleringen. Föreskriften är ju en form av modell för hur det övergripande arbetet inom vården kan och till vissa delar också ska bedrivas. Visserligen lämnas utrymme för lokal tolkning och dito anpassning. Men det är trots detta rimligt att betrakta föreskriften som en grundmodell för ledning och organisering av vårdverksamhet vilken är tänkt att gripa in i och styra delar av verksamheten. Särskilt då när det gäller kvalitetsutveckling och säkerhet.

En alternativ problemformulering

En central tes inom organisationsläran, och en tes som representerar konsensus bland forskare, är att formerna för ledarskap, organisering och ledning måste vara anpassade till omständigheterna i det enskilda fallet. Implikationen är att i den utsträckning en verksamhet skiljer sig från en annan ska vi förvänta oss olikheter i ledarskapet, hur verksamheterna är organiserade och hur exempelvis lednings- och informationssystem har utformats. Ur ett sådant situationellt teoretiskt perspektiv, är det alltså rimligt att två vårdcentraler har mer gemensamt med varandra när det gäller ledning och organisering än vad de har med exempelvis ett universitetssjukhus.

Påståendet kan tyckas trivialt, på gränsen till naivt. Men reflekterar man lite ytterligare över problemen kring likheter och olikheter ska man snart konstatera – särskilt när det är fråga

om kunskapsintensiva verksamheter – att de mest funktionella lösningar på olika lednings- och organiseringsfrågor vanligtvis är mycket lokala. Eller, annorlunda uttryckt; det är extremt svårt att komma med generella riktlinjer och modeller för ledning och organisering annat än i förhållandevis abstrakta och övergripande ordalag. Risken att hamna i plattityder är med andra ord påtaglig. Att vården ska vara av god kvalité och bedrivas effektivt kan gälla en skolsyster lika väl som en geriatrisk klinik. Men vad detta betyder i de båda fallen torde skilja sig åt – alltså vad gäller den lokala tolkningen, översättningen och själva tillämpningen av direktiven. Detta leder fram till en fjärde möjlig problemformulering för vårdsektorn i Sverige och en problemformulering som har stöd i de slutsatser som dragits av analyserna i den här rapporten: Förutsättningarna för lokalt driven verksamhetsutveckling är på vissa håll förhållandevis utvecklad och mottagligheten för riktlinjer därför dålig.

Till en del pågår redan aktiviteter som på lång sikt kommer att stärka förmågan att driva lokal verksamhetsutveckling. Utbildning är ett exempel på sådana aktiviteter. Numera deltar allt fler chefer inom vården i vidareutbildningar inom ledarskap, ekonomi, organisation etcetera. Och det förekommer även på läkarlinjer runt om i landet att en kurs i ”medical management” finns med på studieagendan. Många vårdaktörer, åtminstone om de är lite större, organiserar dessutom olika interna aktiviteter för att stärka kompetensen inom områden relevanta för att driva verksamhetsutveckling. Men det mesta återstår trots allt att göra innan vi verkligen kan tala om att vårdsektorn, på det lokala planet, präglas av betydande kompetens när det gäller att just driva sådan verksamhetsutveckling som kan hänföras till det som ibland kallas management. Och då på ett sätt som tar hänsyn till och väger in flera olika perspektiv (jfr medicin, patienter, säkerhet, ekonomi, arbetsmiljö med flera).

Vårdsektorn är emellertid inte bara mycket heterogen vad gäller de verksamheter som bedrivs inom denna och hur dessa därför har organiserats och leds. Vårdsektorn kan dessutom med fördel beskrivas som skiktad i olika nivåer, och huvudsakligen tre. Dessa är

- verksamhetsnivån (exempelvis kliniker och vårdcentraler)
- organisationsnivån (exempelvis universitetssjukhus och vårdföretag)
- sektornivån (exempelvis myndigheter och huvudmän)

Detta leder i sin tur fram till två centrala frågor: Vad är faktiskt möjligt att göra på dessa olika nivåer som verkligen bidrar till en substantiell utveckling av vården i Sverige? Och vad har svaret på frågan för konsekvenser i termer av hur en ändamålsenlig arbets- och ansvarsfördelning mellan de tre nivåerna bör utformas?

Det finns skäl att återvända till den här problemformuleringen och de här frågorna längre fram. Men innan dess ska en del av de dokumentstudier som gjorts under arbetet med den här rapporten presenteras.

Revisionsrapporternas beskrivningar

Ett sätt att förstå vad det är som händer i en vårdverksamhet när föreskrifter ska omsättas i tillämpningar och arbetsuppgifter är att studera den typ av revisionsrapporter som kommer fram när verksamheter granskas av oberoende revisorer. Här handlar det då om att studera och försöka identifiera gemensamma nämnare alternativt mönster vilka går igen i

rapporterna och som måhända hjälper oss att förstå problemens karaktär. Här är det då en fördel om de rapporter som fungerar som sekundärdata belyser ett antal olika aspekter på ledarskap, ledning och styrning i vårdorganisationer. I det följande presenteras i sammanfattande form åtta större revisioner som gjorts inom olika geografiska områden och avseende olika aspekter på ledning av vårdverksamhet därtill inom ett antal olika typer av vårdverksamhet. Rapporterna visar på en del systematiskt förekommande svårigheter varav några handlar om organisatoriska problem, medan andra rör själva tilltron till och förtroende för ledningssystem som stödjande verktyg.

Granskning av styrning och måluppfyllelse, Vårdval Östergötland

PwC har på uppdrag av förtroendevalda revisorer i Landstinget Östergötland, och avrapporterat i mars 2011, granskat om införandet av vårdvalet har gett förväntade effekter. En samlad bedömning är att utöver ökad tillgänglighet är det ännu svårt att avläsa några andra effekter. Vad gäller kvalitet går det inte att utläsa så mycket om denna ännu. Ökad mångfald och nyetableringar bland vårdaktörerna har inte skett och, med ett helhetsperspektiv, har kostnadsnivån inte påverkats nämnvärt även om exempelvis vissa vårdcentraler fått fler patienter medan andra förlorat istället. Granskarna sammanfattar saken så att Vårdval Östergötland fortfarande befinner sig i en utvecklingsfas. Man noterar särskilt att:

- Ingen riskanalys har gjorts för att identifiera eventuella svagheter i systemet
- Det finns bristande tilltro till den övergripande beställarstyrningen
- Dialog och förankring mellan beställare och utförare fungerar inte tillfredsställande
- Det finns oklarheter kring ansvar för måluppfyllelse och uppföljning vid de vårdcentraler som drivs av landstinget.

Ägarstyrningens roller och ansvar har ännu inte fått tydliga former och vårdcentralchefernas ansvar är också oklart.

Granskning av ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, Hässleholms kommun

Kommunens revisorer gav 2008 Öhrlings PricewaterhouseCoopers i uppdrag att granska ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet för den hälso- och sjukvård som ges inom äldreomsorgen. Granskarna kan konstatera att omsorgsnämnden, i egenskap av vårdgivare, inte uppfyller de skall-krav avseende ansvar som finns i SOSFS 2005:12. Dessa krav är att

- Fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbete samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten
- Ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är så utformat att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Revisorerna konstaterar också att nämnden, enligt gällande lag och föreskrift, snarast måste utse en verksamhetschef och se till att information om detta sprids i organisationen.

Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet, Jönköpings län

På uppdrag av landstingsrevisorerna i Jönköpings län utförde PwC i början av 2011 en granskning av hur arbetet med patientsäkerhet leds och styrs. Granskningen avgränsades till Höglandets sjukvårdsområde samt primärvårdsförvaltningen (Vårdcentralerna Bra Liv) och Aneby vårdcentral. Granskarna konstaterar att ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet vid Höglandssjukhuset fungerar bra i meningen att beslut och intentioner når fram till och omsätts i verksamheterna. Merparten av de verksamheter som granskats inom sjukhuset har ett fungerande patientsäkerhetsarbete som beskrivs som en del av den medicinska vardagen.

Däremot finner man brister i primärvårdsorganisationen och menar att verktyg för ledning och styrning inte fullt ut har implementerats och fått genomslag. Arbete pågår men är ännu långt ifrån väl fungerande. Ledning och styrning av patientsäkerhetsarbetet beskrivs som svagt och behöver utvecklas. Granskarna noterar att det trots detta bedrivs patientsäkerhetsarbete runt om i de olika vårdenheter men alltså utan vägledning av centrala riktlinjer och direktiv.

Granskarna noterar också att det finns brister i samverkan mellan Höglandssjukhuset och vårdenheterna inom vårdvalet som snarast borde åtgärdas.

Granskning av styrning inom Danderyds sjukhus AB och Färdtjänstnämnden

Revisionskontoret i Stockholms Läns Landsting genomförde under 2004 och med hjälp av Deloitte en granskning av den interna styrningen vid Danderyds sjukhus AB och Färdtjänstnämnden. Syftet var att få en bild av styrkor och svagheter i styrningen på underliggande nivåer inom ett sjukhus och inom en beställarorganisation.

Genom granskningen konstaterades att de studerade klinikerna på Danderyds sjukhus, och de granskade avdelningarna inom Färdtjänstnämnden, generellt sett klarar den styrning som var nödvändig för att ha kontroll över budget, prestationer och exempelvis väntetider samt beställda men inte utförda transporter.

Revisorerna menade emellertid att om effektivitetskraven skärps fanns svagheter i styrningen, i form av oklara strategier, bristande incitament och svag eller ingen ekonomisk uppföljning i processdimensionen. Dessa svagheter förhindrar eller försvårar styrningen av effektiviteten inom enheternas interna respektive gemensamma processer.

Mot bakgrund av att processorientering och samverkan mellan olika organisationer genom hela vårdkedjan är en viktig strategi för vårdens framtida utveckling finns betydande risk för att styrningen av vården inte kommer att fungera i en sådan utveckling och till och med alltså kan försvåra den här utvecklingen.

Styrning, ledning och uppföljning inom vård- och äldreomsorgen, Sollefteå kommun

KPMG genomförde under 2009 och på Sollefteå kommuns revisorers uppdrag en granskning av styrning, ledning och uppföljning av insatser för äldre inom vård- och äldre nämnden. Mot bakgrund av tidigare konstaterade brister såg man ett behov av att följa upp om vård- och äldre nämnden hade utvecklat sina styrformer och skapat bättre förutsättningar för övergripande styrning och ledning.

Granskarna finner att nämnden och förvaltningen behöver utveckla planerings- och uppföljningsprocesserna. Former för verksamhetsplanering måste införas som innefattar en process från nämnden ut till de enskilda verksamheterna. Granskarna föreslår att uppföljningar och resultatrapporteringen utformas och införs med förankring i den här verksamhetsplaneringen. Man pekar särskilt på behoven av att hos de enskilda medarbetarna utveckla kunskaper om och förståelse för den koppling som finns mellan planeringsprocessen, egna kompetenser och professioner samt vad man ska uppnå hos brukarna.

Det konstateras att ett samlat grepp om det kvalitetsarbete externa föreskrifter kräver saknas. Rekommendationen är att se till att ett kvalitetssystem utifrån de externa kraven på området skapas, med en fungerande egenkontroll som säkerställer att rutiner, policy, processer etcetera tillämpas och ständigt utvecklas och förbättras.

Uppföljning av tidigare granskning av hälso- och sjukvårdens styrning i Region Skåne

På revisorernas uppdrag genomförde Svanell Konsult AB under 2007 en uppföljning av hur styrmodellen i Region Skåne utvecklats i ljuset av en granskning som hade gjorts ett år tidigare. Utöver en övergripande analys studerades sex sjukhus och tre primärvårdsförvaltningar avseende kopplingarna till regionens styrmodell samt vad som hänt inom de områden som hade uppmärksammats 2006. Här avgränsas vad som redovisas till de resultat av granskningen som är av relevans för ledningssystem, styrning och ledarskap. Granskarna fann att;

- Borttagandet av dubbelstyrningen genom distriktsnämnderna har givit större tydlighet och mera enhetliga uppdrag.
- Uppdragsbeskrivningarna och processerna kring dessa har förbättrats, även om det fortfarande finns en mer kritisk hållning på verksamhets-/kliniknivå.
- Dialogen och arbetssättet i samspel mellan koncernledning och stab behöver utvecklas för att uppdragen ska bli ledningens verktyg.
- Det finns behov av fler kostnadsjämförelser och transparens i jämförelserna för att stärka incitamenten för en effektiv vård och för att styra resurserna dit där de gör störst nytta.
- Ersättningssystemet ger fortfarande inte tillräckliga incitament för kvalitet och mera effektiva vårdformer.
- Det finns en negativ fokusering på ersättningssystemet. Svagheten i modellen är snarast hur den upplevs och mottas. Överskridanden av budgeten motiveras ofta med brister i systemet.
- De svagheter i uppföljningsarbetet som funnits kvarstår i huvudsak.
- Särskilt viktigt är dock att uppföljningens resultat kommer till användning i en aktiv dialog om resultat och behov av åtgärder.
- Det finns klara skillnader mellan förvaltningarna i hur man arbetar med dessa frågor.
- Den fortsatta utvecklingen av styrningen av den skånska hälso- och sjukvården handlar i första hand om ledarskap, förhållningssätt, attityder, spelregler och tillit.
- Granskningen visar på brister i tilltron till förutsättningarna för utvecklingen av den skånska hälso- och sjukvården. Detta gäller både ledning och system.

- Det finns frågetecken kring vem/vilka som tar ansvaret för nuvarande styrmodell och utvecklingen av densamma på övergripande administrativ nivå.
- Granskningen väcker också frågor om det ansvar och de förväntningar som vilar på förvaltningsledningarna.

Samverkan mellan kommun och landsting vid in- och utskrivning inom den slutna hälso- och sjukvården, Sollentuna kommun

Revisorerna i Sollentuna kommun gav PwC i uppdrag att göra en översiktlig granskning av vårdkedjan vid ut- och inskrivning av patienter inom vården. Granskningen redovisades i februari 2011. Frågan gällde om vård- och omsorgsnämnden hade fastställt system, riktlinjer och rutiner som tillgodosåg regelverkets krav på en fungerande vårdplanering i samband med enskildas in- och utskrivning inom den slutna hälso- och sjukvården.

Granskarna finner att nämnden har tagit fram och fastställt lokala riktlinjer och rutiner vilka i allt väsentligt uppfyller befintliga regler vad gäller vårdplanering samt säkerställandet av en kvalitativt god och säker vård.

Det finns dock anledning att uppmärksamma några svagheter och brister i den aktuella vårdkedjan. Dessa gäller att Sollentuna kommun vid tillfället saknade en överenskommelse och ett samverkansavtal med landstinget. Detta för att tydliggöra dels hur själva vårdkedjan är uppbyggd, dels parternas roll- och ansvarsfördelning. (I tidigare remissbehandling hade kommunen gjort gällande att själva övertagandet av det medicinska ansvaret efter behandling i slutenvården gjorde denna typ av avtal onödiga). Men och framför allt, menar granskarna, att det handlar om primärvårdens brist på medverkan i vårdplaneringsprocessen under tiden för sjukhusvistelsen. Risken finns att ett glapp uppstår vad gäller fortsatt vård och fortsatta medicinska insatser. Granskningen indikerade att det handlar om brist på ekonomiska drivkrafter för primärvården att delta i vårdplaneringen.

Granskning av kvalitetsledningssystem inom Hemvårdsnämnden samt av hantering av anmälningar om missförhållanden, Halmstads kommun

Halmstads kommuns revisorer ger Öhrlings PricewaterhouseCoopers i uppdrag att genomföra en granskning av Hemvårdsnämndens kvalitetsledningssystem. Granskningen avrapporterar i januari 2009. Bakgrunden är en incident på Bäckagårdens äldreboende hösten 2008. Efter en intern utredning med vidhängande åtgärder vill man ha en kompletterande och oberoende utredning av kvalitetssäkrings- och ansvarsfrågorna.

Granskarna kommer fram till att det finns ett ledningssystem för kvalitet i enlighet med författningar från Socialstyrelsen även om systemet inte är komplett. Mål, dokumenterade rutiner och arbetsformer bedöms som ändamålsenliga och rimligt fungerande. Det finns också rutiner i den dagliga verksamheten som, om de tillämpas korrekt, ger goda möjligheter att upptäcka kvalitetsbrister. Likaså bedöms formerna för kvalitetssäkring och kontroll också i övrigt vara tillräckliga. Vilket bekräftas av att det pågår många aktiviteter i verksamheten med syftet att vidareutveckla kvaliteten och patientsäkerheten.

Den invändning som föreligger är att det saknas en överblick över samtliga system och arbetsformer som tillämpas i samband med kvalitetsarbetet. Likaså finns ingen samlad bild över hur ansvarsfördelningen ser ut. Detsamma gäller rutinerna och sätten att följa upp och utvärdera verksamheten. Till detta kan läggas ett särskilt behov av att utveckla hur man ar-

betar med att göra olika sorters riskbedömningar. Genom granskningen konstateras också att den incident som initierat granskningen visade att förmågan att identifiera risker måste förbättras och systematiseras.

Reflektioner kring mönster i revisionsrapporterna

Först ska konstateras att det finns stora variationer i vad revisioner av ledningssystem inom vården kommer fram till. På vissa ställen har man endast funnit behov av mindre justeringar alternativt smärre kompletteringar. Andra revisioner har gjorts inom verksamheter där man knappt har påbörjat arbetet.

Värt att notera är också att det pågår både patientsäkerhets- och kvalitetsarbete även på ställen där man har hittat stora brister i överföringen av föreskrifter till de kliniska verksamheterna. Detta i sig är knappast förvånande. Rimligen betraktar både läkare och sköterskor det som en naturlig del av den egna professionen att ha ett så att säga spontant säkerhetstänkande och att också se kvaliteten i vården som viktigt. Allt annat vore konstigt.

I de fall där brister uppdagas, oavsett om dessa är att betrakta som mer eller mindre allvarliga, är det genomgående två huvudsakliga faktorer som lyfts fram. Det ena är olika organisatoriska aspekter. Det andra är förtroendet för och tilltron till ledningsverktyg men även förtroendet för ledningar på organisations- och/eller förvaltningsnivå.

När det gäller organisatoriska problem handlar dessa endera om svårigheter som uppkommer mellan olika organisationsnivåer alternativt om svårigheter att bedriva arbetet på de olika nivåerna. Det är framförallt kommunikation mellan olika nivåer syftande till översättningar som förefaller besvärligt. Det talas i många rapporter om otydliga roller och dåligt utformade ansvarsområden och hur detta försvårar samarbetet mellan exempelvis förvaltningsnivån och olika primärvårdsenheter. Ofta innebär brister på en nivå svårigheter för andra nivåer.

Tydligast är kanske problemen vertikalt – alltså att i det enskilda fallet lyckas hela vägen från föreskrift via förvaltning till sjukvårdsorganisationer och därefter ut i den kliniska verksamheten. Det uppstår en betydande mängd översättningsproblem och det finns stora risker att man inte lyckas integrera arbetet på olika nivåer sinsemellan. Detta utgör alltså det ena mer betydande problemkomplexet i sammanhanget.

Det andra handlar om förtroende och tilltro. Av en del revisionsrapporter framgår att tilltron till ledningssystem som sådana på vissa håll är låg. I vissa sammanhang tycks det finnas en direkt misstro bland de som arbetar på den kliniska verksamhetsnivån mot möjligheten att få stöd av ledningssystemet i kvalitets- och säkerhetsarbetet. En del verkar helt enkelt inte ha sett sambandet mellan ledningssystemen och möjligheterna till verksamhetsutveckling alternativt tror man inte på den möjligheten och ser därför inte poängen med att lägga tid på systemen när man redan är hårt belastad med själva vårdarbetet. Att det finns exempel på miljöer där man lyckats införa ledningssystem och fått igång de rutiner som ska omsätta intentionerna med ledningssystemen i den dagliga verksamheten betyder inte att det är möjligt att lyckas överallt. Det tycks också finnas uppfattningar på verksamhetsnivån att ledningssystemens förmåga att verkligen stödja verksamhetsutveckling inom områdena kvalitet och säkerhet har tagits för givna utan att egentligen prövas och verifieras. Eller, annorlunda uttryckt: att det

finns många miljöer med ett fungerade kvalitets- och säkerhetsarbete behöver inte förklaras av att de infört ledningssystem. De aktuella rutinerna kunde mycket väl ha skapats i alla fall och ledningssystemen kanske mest har haft rollen som katalysator snarare än stödjande verktyg. Det framgår av vissa revisionsrapporter att den vårdande personalen på sina håll är tämligen trötta på alla, som de uppfattar, administrativt orienterade system och verktyg som läggs på dem. De uppfattar många system och rutiner som hinder snarare än hjälpmedel. Sannolikt finns det därför, på sina håll, direkt negativa attityder mot olika former av administrativa modeller. Modeller som dessutom gör anspråk på att vara bättre på vårdkvalitet och patient-säkerhet än de medicinska professionerna. I ljuset av detta kan ledningssystemen måhända uppfattas provocerande med enbart låg eller ingen evidens alls, såsom saken uppfattas på verksamhetsnivån.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att de lokala förutsättningarna för att ta emot, tolka och anpassa föreskrifter och råd om ledningssystem varierar. Så gör också förtroendet för och tilltron till sådana system och, framför allt kanske, deras förmåga att stödja arbetet med kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Förändras inte dessa förhållanden är det knappast särskilt sannolikt att utvecklingen kommer att fortsätta i mycket högre takt än hitills.

Det kan möjligen tyckas egendomligt att inkludera en revisionsrapport från 2004 i materialet. Denna är ju sju år gammal och i bästa fall har förändringar skett inom den verksamhet som granskades. Syftet med att inkludera den var att ge en viss känsla för utvecklingen över tiden. Att inte alla rapporter är från de senaste åren ger en möjlighet att se att det trots allt sker vissa förändringar till det bättre över tiden. Allt annat vore förvånande. Samtidigt som man ska ha i åtanke att 2004 trots allt var elva år efter att den första föreskriften hade kommit. Det vill säga mer än ett decennium senare vilket måste anses vara ganska lång tid.

Landstingens erfarenheter av arbete med lednings-system – exemplet SOSFS 2006:11

Vid ett samverkansmöte hösten 2009 beslutades att Socialstyrelsen skulle skicka ut en enkät för att förhöra sig om länsstyrelsernas erfarenheter av arbetet med SOSFS 2006:11. Den föreskriften reglerar visserligen verksamheter som bedrivs inom kommunernas socialtjänster. Utgångspunkten här är att ledningssystemen för kvalitet och säkerhet i socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården har betydande paralleller som system betraktade. Därför kan erfarenheter från arbete med ledningssystem i kommunernas förvaltningar och socialtjänstverksamheter ha relevans för att förstå de ledningssystem som ska finnas inom hälso- och sjukvården.

Mot den bakgrunden har en sammanställning av enkätsvaren studerats för att kunna dra slutsatser om svårigheterna rent generell i att arbeta med den här typen av ledningssystem.

Om användningen av SOSFS 2006:11 i tillsynen

I Socialstyrelsens enkät gällde den första frågan, av fyra, vilka erfarenheter Landstingen hade i sin tillsynsverksamhet av SOSFS 2006:11 respektive den handbok som också tagits fram. Av de nitton landsting som svarat på enkäten hade alla använt både föreskriften och handboken i sina tillsynsverksamheter.

Många landsting pekade på att både föreskriften och handboken hade använts för att bryta ner riktlinjerna i tillämpningar vilka i sin tur underlättade tillsynsverksamheten. Det blev exempelvis möjligt att definiera de aspekter tillsynen skulle granska. I den meningen har många landsting använt föreskrift och handbok vid planering och genomförande av tillsyn. En del landsting har redogjort för hur frågor formulerats med utgångspunkt i föreskrift och handbok inför intervjuer, men även i samband med annan datainsamling.

En annan frekvent användning gäller föreskrift och handbok som lämpligt underlag för samtal och diskussioner med politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdare. Många landsting såg här en viktig tillämpning då kunskaperna om ledningssystem för kvalitet och säkerhet på många håll fortfarande är dåligt spridda och i vissa extrema fall inte ens kända. (Här är det viktigt att erinra om att föreskrift och råd om ledningssystem i socialtjänsten är av betydligt senare datum än de som avsett hälso- och sjukvården).

Ett landsting menade att likheterna mellan föreskriften för ledningssystem inom socialtjänsten respektive motsvarande för hälso- och sjukvården kunde användas när tillsyn av socialtjänst och hälso- och sjukvården hade gjorts i samverkan. Något som underlättat planeringen av gemensamma tillsynsinsatser.

Flera landsting hade använt föreskriften och handboken som referenspunkt för såväl bedömningar som beslut i enskilda tillsynsärenden. Ett landsting hade tillämpat föreskriften för ett förslag om att ta fram ett ledningssystem inom äldreomsorgen där ett sådant helt hade saknats.

Sammanfattningsvis förefaller såväl föreskriften som handboken fungera som ett bra stöd för tillsynsverksamheten.

Om vad som fungerar bra respektive mindre bra

Den andra frågan som ställdes i enkäten gällde vad som hade varit bra med föreskrift och handbok. I allt väsentligt hänvisar de landsting som svarat på frågan till sina svar under fråga 1. Alternativt upprepar de i stort sett vad som svarades på den frågan.

Den tredje frågan gällde vad som hade fungerat mindre bra. Här kan man relativt tydligt se att det finns tre huvudsakliga områden med svårigheter. Det första området gäller föreskriften och handboken som sådana. Det andra gäller organisationsnivån och framför allt kanske samspel mellan olika organisationsnivåer. Och det tredje handlar om tillämpningen i de olika aktivitetsområden som föreskriften och handboken behandlar.

Inom många landsting menar man att föreskriften har för mycket karaktär av allmänna råd. Några menar att bestämmelserna generellt sett är luddiga. Och detta även inom områden där förutsättningarna för tydlighet är relativt goda. Som exempel nämns krav på kompetens som ju åtminstone kan innehålla rent formella delar. Ett annat exempel är bemanningsområdet där det ju är möjligt att ange specifika regler för exempelvis antalet dag- respektive nattpersonal på äldreboenden. Ett landsting uttryckte saken så att Socialstyrelsen måste "sätta ner foten" när det gällde just kompetens och bemanning.

Även handboken anses av flera landsting vara i många avseenden abstrakt och teoretisk. Det är svårt att se hur själva tillämpningen kan gå till eller hur exempelvis rutiner kan utformas. En del landsting påpekar att framför allt avvikelsearbetet är mycket svårt då det vanligen är oklart vad som är att betrakta som fel och brister. Föreskrift och handbok är också på det här området alltför allmänt hållna menar en del landsting.

Vissa landsting menar att föreskriften om ledningssystem inom socialtjänsten är förhållandevis okänd bland politiker och tjänstemän i många kommuner. Därför är den också, av enkelt insedda skäl, otillräckligt tillämpad i de fall då ledningssystem inte saknas helt. I de fall där ledningssystem finns på förvaltningsnivån har det ofta visat sig svårt att föra dem vidare till de operativa verksamheterna. Några landsting menar att kopplingen mellan just ledningssystem och verksamhet i kommunerna är dålig generellt sett. Många påpekar att ledningssystemet som sådant riskerar att bli en tillräcklig åtgärd från kommunernas sida och att det är därför dess effekter på de verksamheter systemet ska utveckla är förhållandevis obetydliga. Andra menar att det helt enkelt är svårt att tillämpa föreskrift och handbok på en så pass mångfasetterad verksamhet som den kommunala omsorgen och socialtjänsten trots allt är.

En del landsting pekar särskilt på svårigheten att jobba med föreskrift och handbok i de olika verksamheter som avses. Många lyfter fram svårigheterna att översätta det som står i föreskrift och handbok i vad de beskriver som uppföljningsbara mål. Några landsting menar att det inte framgår särskilt väl vad som är kvalitet i omsorgs och socialtjänstverksamhet. En del pekar på svårigheterna att få överblick och se helheten i kvalitetsarbetet men också att det inte finns mycket stöd i föreskrift och handbok för hur man håller kvar kvaliteten på en god nivå när man väl har lyckats etablera en sådan.

Om utvecklings- och förbättringsbehoven

Socialstyrelsens enkät innehöll också en fråga om förbättringspotential, därtill den fjärde och sista frågan.

En del förslag till förbättringar och utveckling reflekterar tämligen rakt av de brister som hade tagits upp under fråga 3. Ett sådant gällde möjligheten till förtydliganden där så är möjligt, exempelvis vad gäller krav på kompetens eller personaltäthet. Samtidigt fanns det några landsting som uttryckte oro för att i så fall komma att detaljreglera, till förfång för möjligheten att anpassa till de lokala förutsättningarna i en verksamhet.

Några landsting betonade vikten av helhetssyn i just kvalitetsarbetet i verksamheterna. Här fanns det då visst utrymme för såväl föreskriften som handboken, och kanske framför allt den senare, att förtydliga den här sidan av saken. Låt vara att det var något oklart hur landstingen tänkte sig att detta skulle ske.

Förtydliganden och helhetsperspektiv i all ära men det allt annat överskuggande problemet var själva tillämpandet av föreskrift och handbok i verksamheter och på förvaltningsnivån. Särskilt det förra, alltså genomslaget i verksamheterna, är ett betydande problem och ett område där förbättringspotentialen bedöms som särskilt stor. Ett landsting menar till och med att en regelrätt certifiering kan vara en väg att gå och då med någon form av stödprocess fram till själva certifieringen.

Generellt efterlyses stödjande aktiviteter för införande och upprätthållande av ledningssystem. En del landsting menar att utbildningar kan vara en väg men att redan stärkt kompetens bland dem som utövar tillsyn kan innebära ett bra stöd för dem som arbetar med frågorna i förvaltningar och verksamheter. Man ser här någon form av dialog och samverkan, på gränsen till konsultation, som ett medel för att stärka och stödja insatserna för att bygga ut respektive förbättra ledningssystemen. En del landsting för fram uppfattningen att själva tillsynsmetodiken som sådan kan utvecklas till ett verktyg för att konkret och handfast bedriva arbetet med utveckling av kvaliteten och säkerheten i omsorgen och socialtjänsten.

Ett landsting menade att, eftersom man kommit längre i kvalitets- och säkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården, borde Socialstyrelsen sitta på kunskaper, kompetens och erfarenheter som kunde komma landstingen till godo i deras arbete med motsvarande frågor inom landets kommuner.

Reflektioner kring landstingens erfarenheter av SOSFS 2006:11

Landstingens erfarenheter av SOSFS 2006:11 är blandade. Även om föreskriften avser andra verksamheter än sjukvård finns det goda skäl att tro att både problem och möjligheter som uppfattats i anslutning till SOSFS 2006:11 har sina motsvarigheter i de ledningssystem som avser vården. Det som har framkommit i landstingens enkätsvar innehåller också mycket tydliga paralleller till vad som framkommit genom revisionsrapporterna ovan.

Ett sätt att sammanfatta landstingens enkätsvar är att föreskriften har varit till större nytta för dem som kontrollerar än för de kontrollerade. Bilden av att föreskriften underlättat tillsynen, och har varit ett bra verktyg i det sammanhanget, är tämligen entydig. Detta i sig är kanske inte så förvånande men pekar ändå ut – återigen – det praktiska omsättandet som den huvudsakliga svårigheten när det gäller ledningssystem. Oavsett om man i de praktiska verksamheterna har lyckats väl eller mindre väl i arbetet med att föra in ledningssystem i den befintliga verksamheten har den som utövar tillsyn nytta av föreskriften så att säga som måttstock.

Bilden av hur väl man har lyckats med att införa ledningssystem på olika nivåer ute i kommunerna motsvaras av vad som framkommit i revisionsrapporterna om ledningssystem och angränsande frågor i sjukvården. Hela bredden finns representerad – från kommuner som mer eller mindre totalt misslyckats med ledningssystemen redan på förvaltningsnivå till de som lyckats föra in arbetet också på arbetsplatsnivå, därtill med ett något så när väl fungerande samspel mellan olika nivåer.

Enkätsvaren antyder att det på sina håll finns betydande kunskapsluckor ute i kommunerna både bland politiker och tjänstemän och att detta kan vara en förklaring till att arbetet med ledningssystemen brustit på sina håll. Det faktum att politiker byts ut då och då gör också att arbetet med ledningssystem ibland avbryts eller av och till prioriteras ner till förmån för annat arbete som bedöms vara mera akut. Omsättningen bland politiker kan naturligtvis göra att kompetens och kunskap som fanns rörande ledningssystemen så att säga röstas bort och ersätts av personer som kanske inte ens känner till de aktuella föreskrifterna. Brister kunskaperna också hos tjänstemännen finns betydande risker att arbetet stannar av i de fall det alls pågått något arbete med ledningssystemfrågor.

En huvudsaklig svårighet som lyfts fram genom enkätsvaren är föreskriftens karaktär av att var generell och i den meningen också abstrakt. Något som i och för sig kan sägas ligga i sakens natur, men som får sina konsekvenser. På samma sätt som i revisionsrapporterna från vården växer bilden fram av betydande svårigheter att översätta föreskriften i aktiviteter på förvaltningsnivån för att sedan översätta resultatet av dessa aktiviteter till rutiner och arbetsuppgifter ute i de olika verksamheterna. När det gäller just verksamhetsnivån framtonar återigen problemen med att verksamheterna kan ha väldigt skiftande förutsättningar, varför den lokala anpassningen och utformningen av exempelvis arbetsrutiner som stödjer kvalitets- och säkerhetsarbetet blir kritisk. Detta visar sig också i att landstingen uppfattar att det finns betydande svårigheter i att överföra modeller och erfarenheter från exempelvis socialtjänsten till hemtjänsten. Än knepigare blir det när modeller och erfarenheter dessutom ska föras in i verksamheten inom de olika arbetsområdena inom socialtjänsten respektive hemtjänsten.

Problematiken återspeglas också väl i de förslag till förbättring och utveckling som lämnats inom ramen för enkäten. Möjligheten att göra förtydliganden av vad som avses i föreskriften påpekas av flera landsting samtidigt som man ju kan se handboken just som ett förtydligande i sig. Men även handboken förefaller i vissa avseenden uppfattas som både abstrakt och generell. Det är snarare fler verktyg och mer stöd i arbetet med att omsätta föreskriften om ledningssystem i aktiviteter och rutiner på olika nivåer som pekas ut som det huvudsakliga och strategiska behovet. Ett förslag att genomföra regelrätta certifieringar kan i sammanhanget framstå som en tämligen kraftfull åtgärd men det är oklart om effekterna skulle bli så stora. Redan det faktum att det finns en föreskrift borde ha motsvarande signalvärde ute i kommunerna bland både politiker och tjänstemän likaväl som ute i de olika verksamheterna.

Ett något mjukare förslag är att skapa förutsättningar för Socialstyrelsen att tämligen handfast kunna erbjuda något som närmast får liknas vid konsultstöd och handledning. Flera landsting påpekar att det finns betydande kompetens vad gäller både problem och bra lösningar bland dem som svarar för tillsynen. Det ligger i sakens natur att den som utövar tillsyn, och i den meningen kommer i kontakt med ett stort antal verkliga fall, bygger upp en god överblick. En överblick som skulle kunna användas till annat än att enbart korrigera dem som inte lever upp till krav och riktlinjer. Många av landstingen har också påpekat att både föreskrift och handbok har varit bra verktyg för att föra dialoger med företrädare för kommunerna på olika nivåer just kring arbetet med ledningssystem. Problemet tycks emellertid vara, att döma av enkätsvaren, att det i många fall stannar vid en dialog.

Sammanfattningsvis kan man säga att problembilden när det gäller införande av ledningssystem i omsorg och socialtjänst i allt väsentligt förefaller motsvara den som har försvårat arbetet med ledningssystem inom vården. Det måste visserligen vägas in att föreskrifter och råd angående ledningssystem i omsorg och socialtjänst är av senare datum än de som gällt vården. I den meningen måste problembilden som presenterades ovan korrigeras för att det lärande som sker över tiden har kommit betydligt längre inom vården än inom kommunernas omsorgs- och socialtjänstverksamheter. Möjligen skulle saken kunna uttryckas så att svårigheterna att införa ledningssystem till sin art förefaller vara samma i såväl kommuner som landsting men att omfattningen på svårigheterna i dag är mindre inom vården till följd av den större samlade erfarenheten som byggts upp där över åren.

Socialstyrelsen om organisationer, styrning och ledarskap

Ett viktigt perspektiv för att förstå hur ledningssystem kan föras in i vården handlar om hur man inom Socialstyrelsen föreställer sig att sjukvårdsorganisationer förändras exempelvis som en konsekvens av just nya föreskrifter? För att belysa frågan har dokument författade inom Socialstyrelsen analyserats med syftet att identifiera de organisationsföreställningar som i någon mening kan sägas förekomma inom myndigheten och därför kan antas komma till uttryck i arbetet med bland annat ledningssystem för vården. Material som studerats är bland annat Lägesrapport (2010) och Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – en nyckelroll för patientsäkerheten? (Tillsynsåterföring, 2005-109-16). Analysen har innefattat fler dokument men redovisningen har här avgränsats till ett antal representativa illustrationer.

Organisationsföreställningar så som de uttrycks i Socialstyrelsens dokument

I Socialstyrelsens utredning Lägesrapport 2010 (Folkhälsa, Hälso- och sjukvård, Individ- och familjeomsorg, Stöd och service till personer med funktionsnedsättning, Vård och omsorg om äldre) kan en del utläsas om de organisationsföreställningar på vilka Socialstyrelsens arbete gentemot vården förefaller vila. Under rubriken Reform- och utvecklingsarbete 1992 – 2005, i de sammanfattande kommentarerna i början av rapporten, sägs exempelvis att:

”Ju tydligare målinriktning i kombination med lagstiftning, stöd vid implementering och krav på uppföljning desto bättre möjligheter att få effekter av den politik som förs.” (s 7).

Vill politikerna få genomslag för sina idéer om vårdens utveckling är det alltså tydliga mål, lagar (sannolikt i vid mening) och uppföljning som utgör de centrala verktygen. I allt väsentligt är detta en sorts uppdrag/tillsynsmodell. Politikerna ska tala om för vårdens aktörer vad som ska göras och därefter ska man se till att detta blir (blev) gjort. För att underlätta för vårdgivarna ska även stöd vid implementering tillhandahållas. Detta förefaller vara den centrala modellen genom vilken det är tänkt att politiska ambitioner ska överföras i praktisk vardag inom vården.

Lite senare i samma rapport tecknas följande bild av de aktuella problemen inom vården:

”Inom hälso- och sjukvården har problemen med en ojämlik vård, en sjukvård svår att nå kontakt med och långa väntetider på motsvarande sätt mötts genom att stimulera en mångfald vårdgivare, t.ex. vårdvalet i primärvården, och med ekonomiska incitament t.ex. ”kömiljarden”. (s 10).

Här avtecknar sig en annan central idé i ledningen av vården – att mångfald bland vårdgivare ska stimulera till förnyelse för att skaffa sig bättre konkurrenspositioner och i förlängningen, får man väl tänka sig, högre intäkter. Till detta läggs även ekonomiska incitament där de vårdgivare som lyckas med vissa beting (exempelvis kortare köer) får en belöning för detta i form av ytterligare intäkter. Och rapporten fortsätter:

”Andra problem som uppmärksammas alltmer under 2000-talet är brister i patientsäkerhet och i läkemedelshantering. För att lösa dessa behöver framför allt processer, organisering och styrning av vården förbättras. Men det krävs också ett tydligt ledarskap och att patientperspektivet får en reell innebörd.” (s 10).

Bortom de ekonomiska incitamenten, oavsett om fördelningen av dessa sköts av marknader eller handläggare på departement och myndigheter, finns alltså möjligheterna att internt i de organisationer som producerar vård förbättra genom förändringar i processer, organisering och sätten att styra vården. I det senare får man tänka sig att det kan vara olika typer av köp & sälj-modeller, styrkort, verksamhetsplanering etcetera som avses med styrning. Möjligen ska man tolka behoven av tydligt ledarskap som att detta handlar om mjukare aspekter, exempelvis attityder och härskande synsätt. Rapporten fortsätter på samma tema och det noteras att:

”Sjukhusens organisationssystem bygger sedan länge på stordrift och massproduktion. Funktioner eller enheter är åtskilda och styrs var för sig. Detta bidrar till långa utrednings- och behandlingstider, skapar köer och motverkar kvalitetsarbete. Men en annan verksamhetsfilosofi börjar nu vinna insteg, den s.k. ”lean-modellen”. Lean bygger på två principer; att fokusera på snabba och smidiga patientflöden och att bygga strukturer så att sjukhusets team själva kontinuerligt kan förbättra sitt sätt att arbeta. Genom att förbättra all vårdpersonals delaktighet uppnås betydande effekter på patientsäkerhet och effektivitet.” (s 10)

Återigen skymtar möjligheterna att genom interna förbättringar i hur vården organiseras komma åt bristerna inom vården. Tillkortakommanden som i slutändan orsakar patienterna onödiga problem, en vård av dålig kvalitet eller onödiga kostnader för den gemensamma ekonomin. I rapporten konstateras även att:

”Vård och omsorg sker i samarbete och samverkan mellan olika professioner och vårdgivare. Det kan finnas en risk för att ökade valmöjligheter för klienter och patienter i praktiken medför att de påförs ett ansvar för sin egen vård och omsorg som de kan ha svårt att axla. Patienter kan t.ex. i högre grad förutsättas hålla samman vårdprocesser som involverar flera parter. I vissa situationer kan sådana möjligheter stärka patientens ställning. För andra kan det innebära ett orimligt stort ansvar.” (s 10)

Verksamhetschefer utgör en nyckelfunktion i vården sett ur ett ledningssystemsperspektiv. Det vilar ett stort ansvar på verksamhetschefer att arbeta med kvalitetsfrågor och säkerhet utöver ett chefsansvar också i övrigt (för ekonomi, personal, arbetsmiljö etcetera). I en tillsynsåterföring (Verksamhetschef i hälso- och sjukvården – en nyckelroll för patientsäkerhet?) konstateras att:

Inom verksamhetschefens ansvarsområden ingår bland annat att organisera sjukvården så att hög patientsäkerhet och kvalitet tillgodoses, att övergripande vara ansvarig för kvalitetsarbete, att samverka med andra enheter fungerar tillfredsställande och att personalen har eller får den utbildning som behövs i verksamheten. (s 7)

Det konstateras vidare att:

För att verksamhetschefen ska kunna fullgöra ett verksamhetschefskap krävs att ansvar och befogenheter är tydliggjorda och att vederbörande har beretts nödvändiga förutsättningar för sin uppgift. (s 7).

Socialstyrelsen kan i samma rapport konstatera att:

Erfarenheterna hittills från Socialstyrelsens fortlöpande tillsyn har bland annat visat att verksamhetschefens roll inte alltid är tydligt definierad. Hon eller han har inte alltid ledningens stöd, själva uppdraget är inte avgränsat, ställningen i organisationen är otydlig och det bereds inte den tid och det utrymme som själva uppdraget kräver. (s 8)

Efter att via såväl enkäter som intervjuer undersökt verksamhetschefers arbetssituation i sydöstra respektive västra tillsynsregionerna rapporteras slutsatserna med viss oro. Det sägs bland annat att:

För att en verksamhetschef ska kunna fullgöra de uppgifter som vilar på en verksamhetschef krävs således att uppdraget är tydligt reglerat och att det framgår vilket ansvar och vilka befogenheter som ingår. [...] Mot ovan angivna bakgrund är det anmärkningsvärt att var tredje intervjuade verksamhetschef anser att man inte har något tydligt preciserat uppdrag från vårdgivaren. Ännu mer anmärkningsvärt är att var sjätte uppger att uppdraget inte är skriftligt reglerat. Till detta kommer att var sjätte saknar anvisningar för kvalitetsarbetet och att nästan varannan inte har något tydligt uppdrag eller stödresurser för patientsäkerhetsarbetet. (s 21)

Generellt kan man säga att i Socialstyrelsens genomlysning av verksamhetschefsrollen uppenbaras en rad brister i termer av klarlägganden och dokumenteringen av dessa. Ett exempel handlar om medicintekniska produkter. Socialstyrelsen kan konstatera att:

Vårdgivaren har en skyldighet att genom skriftliga direktiv fastställa ansvarsförhållanden för medicintekniska produkter. Anmärkningsvärt är att mer än hälften av verksamhetscheferna inte känner till eller har fått några direktiv från vårdgivaren när det gäller medicintekniska produkter. (s 22)

Ett annat område som uppmärksammas gäller att systematiken med vilken verksamhetschefer och vårdgivare tenderar att ta sig an olika frågor ibland är bristfällig. Socialstyrelsen noterar visserligen med tillfredsställelse att majoriteten av verksamhetscheferna i studien menar sig ha tagit ett huvudansvar för avvikelserapporteringen. För att omedelbart därefter konstatera att:

Samtidigt anger mer än hälften att det inte görs någon systematisk analys av avvikelserapporter eller att aggregerade data från avvikelserapporteringen används i ett riskförebyggande syfte. (s 22)

Socialstyrelsen kan också konstatera:

Att så få som var fjärde verksamhetschef uppger att man inte tagit initiativ till att utforma lokala rutiner för läkemedelshantering och var tredje när det gäller lokala remissrutiner är anmärkningsvärt och bör föranleda åtgärder och större delaktighet från de verksamhetschefer som svarat att så inte är fallet. Socialstyrelsen konstaterar också att sju av tio svarar att det saknas rutiner för hur nya metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, provas ut och introduceras så att patientsäkerheten säkerställs. (s 22)

Utan några anspråk på fullständighet kan ovanstående exempel ur Socialstyrelsen egna rapporter och tillsynsdokument illustrera vad som sannolik är en förhärskande organisationsföreställning inom myndigheten. Att förstå den organisationsföreställningen är intressant då den ligger till grund för myndighetens förväntningar på resultat inom vården samt vilka åtgärder som vidtas av myndigheten och hur man inom Socialstyrelsen arbetar med dessa olika åtgärder. Under nästa rubrik diskuteras den aktuella organisationsföreställningen.

Reflektioner kring Socialstyrelsens syn på styrning och ledarskap

Den organisationsföreställning som ovanstående citat ligger nära är en som brukar betecknas den rationella funktionalistiska modellen. Det är en modell som beskriver organisationer som

styrda av uppsatta mål och där tydlighet i uppdrag och ansvar inte bara är önskvärt utan dessutom möjligt. Kommunikationsvägarna är väl fungerande och den information som en avsändare ger ifrån sig är samma som mottagaren både uppfattar och förstår. Det är vidare en modell som betonar formalia och anser därtill att formalia på ett bra sätt återspeglar både verksamheten som sådan och agerandet bland chefer och medarbetare. Modellen fäster stort avseende vid exempelvis roller, och lite mindre vikt vid exakt vilken individ som innehar en viss roll. För att återknyta till exemplen i föregående avsnitt förväntas ett antal verksamhetschefer uppvisa betydande likheter i vad de arbetar med men också hur de gör detta. I den meningen blir skillnader ett uttryck för avvikelser från rollens egentliga utformning och får på så sätt karaktären av brister och tillkortakommanden.

Den som omfattar ovanstående organisationssynsätt tenderar att ofta bli besviken. Det är nämligen ett synsätt med väldigt högt ställda förväntningar på vad som är möjligt när ett antal människor ska göra något tillsammans. Och detta trots att det mycket väl kan vara frågan om människor som dessutom till en del har likriktats genom formell utbildning och medlemskap i en profession.

En annan sida av saken är att detta organisationssynsätt, som alla andra organisationssynsätt naturligtvis, har implikationer för hur man kan påverka en organisation för att exempelvis korrigera något man uppfattar som mindre lämpligt. De åtgärder som den rationella funktionalistiska modellen rekommenderar tenderar att vara förhållandevis överksamma. Vilket i sin tur beror på att modellen har svagt empiriskt stöd och att andra, om man så vill konkurrerande organisationsföreställningar, visat sig tillhandahålla bättre förklaringar till de olika typer av processer och strukturer som finns i organiserade sammanhang. Särskilt de organisationsföreställningar som tar utgångspunkt i hur vi människor fungerar har visat sig särskilt framgångsrika empiriskt. Dessa lyfter nämligen fram just de företeelser som med den rationella funktionalistiska modellen framstår som brister och tillkortakommanden. I de här andra organisationsföreställningarna är saker som otydlighet, missförstånd, brist på kunskap och intresse, politik och konflikter och bristande stöd både uppåt och neråt fullständigt naturliga inslag i organiserade sammanhang. När det exempelvis begås ett betydande misstag i en organisation frågar sig funktionalisten indignerat hur det kommer sig att detta kunde hända? Representerar för de alternativa organisationsföreställningarna blir snarare förvånade över att det inte inträffar oftare!

Sammanfattningsvis kan följande sägas. Det finns skäl att tro att Socialstyrelsen i sin analys av vårdsektorns olika aktörer och organisationer hittills har utgått från en väl optimistisk syn på vad som händer och inte händer i organiserade sammanhang. Den rationellt funktionalistiska modellen är för en myndighet visserligen en mycket önskvärd typ av organisation att möta. Sådana organisationer svarar nämligen teoretiskt sett på just den typ av verktyg en myndighet förfogar över. Men att det finns alternativa sätt att förstå vad som utspelar sig i organiserade sammanhang erbjuder också möjligheter för Socialstyrelsen att komplettera med andra metoder för att utöva myndighetens verksamhet. Att Socialstyrelsen är i processen att ompröva sin organisationsföreställning, och i förlängningen av detta hur myndigheten söker påverka vårdsektorn, är uppenbart. I den föreskrift som gäller från och med årsskiftet 2011/2012 läggs ett betydligt större ansvar på lokala enheter att utveckla lämpliga lösningar i linje med vad föreskriften anger. En rimlig tolkning är att man inom myndigheten hittat en ny balanspunkt mellan att å ena sidan arbeta med direktiv som i varierande

grad kan vara detaljerade, och å den andra att stanna vid att peka ut strategiska områden i behov av lokalt ändamålsenligt utvecklade lösningar. I förlängningen finns möjligheter för Socialstyrelsen att komplettera detta byte av synsätt med ytterligare åtgärder. Det finns skäl att återkomma till detta i den här rapportens sista del.

Diskussion och slutsatser

I det här avsnittet sammanfattas vad som framkommit genom arbetet med den här rapporten. Först presenteras en begreppsapparat hämtad från organisationsteorin som är tänkt att underlätta tolkningen av problemen med att utveckla ledningssystem. Det som särskilt tas upp är implikationerna av homogenitet respektive heterogenitet i relation till exempelvis föreskrifter. Även överförbarheten av erfarenheter och lösningar från en verksamhet till en annan kommer att diskuteras, samt problemen med att rent generellt översätta direktiv och riktlinjer till lokala förutsättningar och tillämpningar. Därefter summeras vad som framkommit ovan och slutsatserna presenteras. Dessutom skisseras två möjliga strategier vilka är tänkta att underlätta det lokala arbetet med ledningssystem och särskilt då på verksamhetsnivå.

Ett organisationsperspektiv

Organisationsteori kan fungera som övergripande ramverk för att närma sig olika ledarskaps- och ledningsfrågor. Innan slutsatserna i den här rapporten sammanfattas finns det skäl att påminna om några aspekter på organisering av verksamheter med särskild bäring på utveckling av ledningssystem inom vårdsektorn. En sådan aspekt handlar om den relativt omfattande forskning som rört likheter respektive olikheter mellan organisationer [7]. Detta kan nämligen sägas vara en av nyckelaspekterna för att förstå just ledning och ledarskap i vården.

Ser man till organisationsteorins utveckling, i termer av teorier om likheter respektive olikheter mellan organisationer, kan man skönja ett antal huvudsakliga faser. Den första fasen, med arbeten av klassiker som Taylor och Fayol, utgick från att organisationer i princip var lika och kunde organiseras på snarlika sätt. För Taylor och Fayol var nämligen organisationsutformning i stort sett liktydigt med organiserandet av själva ledandet av verksamheten. En andra fas kan skönjas runt mitten av 1900-talet när den så kallade contingency-skolan växer fram. Här är det forskare som Burns & Stalker, Woodward, Lawrence & Lorsch och Thompson som börjar intressera sig för hur det kommer sig att organisationer är så olika. Man finner att faktorer som exempelvis storlek, verksamhet, omvärld, teknologi och geografisk utbredning är några faktorer vilka påverkar de strukturer och processer som en viss organisationslösning består av.

Den tredje fasen växer fram under 1980-talet och är till en del en konsekvens av olika skolbildningar inom organisationsteorin. En strömning inom fältet, som skulle kunna betecknas som strategiskolan, hävdar att det finns ett handlingsutrymme som ledningar i organisationer kan utnyttja för att särskilja den egna organisationen från andra. Effekten blir att konkurrensen kan minskas genom att verksamheten bedrivs inom ramen för en nisch, det vill säga en monopolliknande situation, med positiva konsekvenser för lönsamheten [8, 9, 10]. En annan strömning inom fältet, vilken kan betecknas institutionsskolan, menar att utrym-

met för att särskilja sig är begränsat. Till en del eftersom en organisation som liknar andra inom samma fält vinner trovärdighet och legitimitet just genom att vara möjlig att känna igen som en viss sorts organisation och alltså inte skilja ut sig [11, 12, 13].

En del forskare menar att det visserligen finns ett handlingsutrymme när organisationer formas men att organisationer ändå liknar varandra. En förklaring skulle vara att det utvecklas ”recept” för framgång inom olika branscher eller sektorer och att dessa kopieras [14, 15]. En annan att det skulle bero på att ledningar helt enkelt imiterar andra organisationer som de uppfattar som innovativa och framgångsrika [16]. Eller kan man tänka sig att det helt enkelt skulle vara frågan om mode och trender inom management [17].

Det finns många skäl att intressera sig för i vilka avseenden organisationer är lika respektive olika, och om de kan grupperas i kluster som på så sätt ger upphov till homogenitet respektive heterogenitet. Ett har bäring på möjligheterna att generalisera. Men naturligtvis även det omvända: alltså i vilken utsträckning organisationer är så lika varandra att samma lösningar kan fungera i dem eller att likartade problem, frågeställningar eller fenomen kan förväntas förekomma.

Två dimensioner, av särskilt intresse för vårdsektorn, längs vilka organisationer kan vara homogena respektive heterogena gäller dels linjariteten i den verksamhet som bedrivs, dels graden av brukarnärvaro. Linjaritet kan definieras som den utsträckning i vilken man kan beskriva en verksamhet med en given sekvens aktiviteter, respektive i vilken utsträckning den här sekvensen kan återanvändas, alternativt är den enda. Framställning av 18:8-stål är ett exempel på en extremt linjär sekvens aktiviteter. Här kan man också konstatera att själva avgränsningen av den verksamhet man intresserar sig för påverkar såväl linjariteten som i vilken omfattning repetition av aktiviteter är möjlig. Om man exempelvis avgränsar verksamheten till det som sker på en kirurgklinik är de olika förekommande operationsmetoderna relativt sett begränsade och möjligheten att återanvända dem förhållandevis hög. Om avgränsningen sker på nivån universitetssjukhus sjunker linjariteten vad gäller tillämpade sekvenser (som ju ökar dramatiskt både till arter och antal).

Brukarnärvaron är, som nämnts, också en viktig dimension för att förstå en verksamhet och hur den kan organiseras och ledas. Att tala om brukare är centralt även för att lyfta fokus från frågan om hur en verksamhet finansieras för att istället rikta uppmärksamhet mot vilka som drar nytta av verksamheten. Detta innebär inte att hur verksamheter finansieras är oväsentligt. Men det pekar ut att för drivandet av en verksamhet, och just dess organisering och ledning, är det betydelsefulla hur närvarande brukarna är i vad man kan kalla för produktion och distribution av aktuella varor eller tjänster. Ett skäl är att man kan säga att ju mer närvarande brukarna är i verksamheten desto fler kringtjänster krävs typiskt sett. Förekomsten av brukare tenderar också att öka kraven på situationsanpassning av verksamheten men också intensiteten i kontakter och interaktioner.

Utgår man från de här båda dimensionerna – linjaritet och brukarnärvaro – och för enkelhets skull tänker sig att dimensionerna kan anta värdena hög respektive låg får man en matris med fyra fält. De fyra fälten representerar verksamheter med distinkt olika förutsättningar när det gäller organisering och i förlängningen av detta också förutsättningarna för såväl ledning som ledarskap. De olika fälten åskådliggörs i figur 1 nedan.

		Brukarnärvaro	
Linjaritet		Hög	Låg
	Låg	Sjukvård	Konsthantverk
	Hög	Utbildning	Processindustri

Figur 1. Verksamhetslogiker med avseende på linjaritet och brukarnärvaro

Figuren illustrerar exempel på hur linjaritet och brukarnärvaro präglar logiken för verksamhet och produktion i olika typfall. Utgångspunkten är att detta i sin tur spelar stor roll för möjligheterna att tillämpa generella regler eller principer för verksamhetens och produktionens uppläggning, organisering och ledning. Enkelt uttryckt kan man säga att uppe till vänster i modellen – låg linjaritet och hög brukarnärvaro – är verksamheter som lämpar sig dåligt för riktlinjer för vad som ska göras respektive hur. I den utsträckning sådana finns kommer de med nödvändighet att behöva vara så generella att de uppfattas som förhållandevis abstrakta. Kanske kan man säga att under dessa omständigheter är kraven på situationsanpassning och lokalt beslutsfattande extra stora. I motsatta hörnet – hög linjaritet och låg brukarnärvaro – är möjligheterna till ett standardiserat arbetssätt stora och dessa arbetssätt är dessutom överförbara från ett fall till ett annat, i meningen att de fungerar väl också i andra liknande verksamheter.

Verksamhetsavgränsningar och överförbarhet mellan verksamheter

Ovanstående diskussion om linjaritet och brukarnärvaro visar på två aspekter som är viktiga för möjligheterna att standardisera verksamhet. Standardisering är i sin tur centralt för att på olika sätt kunna utveckla generella regler för hur en verksamhet ska bedrivas och därmed möjligheterna att arbeta efter exempelvis ett lean-koncept. Ju högre grad av standardisering, desto bättre är nämligen möjligheterna att flödesorientera verksamheten [18].

Samtidigt är det viktigt att inte bortse från att avgränsningar och standardisering inte är av varandra oberoende faktorer. Om man pratar om vården, och menar exempelvis all sjukvård, blir naturligtvis linjariteten låg medan brukarnärvaron blir hög. Talar vi istället om olika medicinska specialitetsområden, som till exempel höftledsoperationer, ökar linjariteten. Detta betyder i sin tur att sättet att avgränsa verksamheter, och var dessa verksamheter hamnar i modellen ovan, är intimt förknippade.

Men detta har också implikationer för hur verksamheter kan stöttas vad gäller exempelvis överföringar av metoder som utvecklats på ett ställe till en annan snarlik eller rent av

likartad verksamhet. Och det konstaterandet är principiellt viktigt för hur utformning av exempelvis verksamhet som syftar till tillsyn alternativt olika former av erfarenhetsöverföring kan och kanske också bör organiseras och bedrivas. Något som i sin tur har bäring på hur exempelvis Socialstyrelsen arbetar med att stödja olika verksamheter i deras strävan att förbättra och utveckla ledningssystem med syftet att underlätta kvalitetsutveckling och patientsäkerhet i vården.

Huvudregeln är alltså att avgränsningar av verksamheter som ökar inslagen av homogenitet underlättar generellt tillämpbara riktlinjer och stöd i form av fungerande modeller. Något som i sin tur ger teoretiska skäl för Socialstyrelsen att överväga en något högre upplösningssnivå i arbetet med föreskrifter men också stöd vid implementering och överföring av erfarenheter om ambitionen är att stärka utvecklingen av ledningssystemens tillämpning på verksamhetsnivå.

Översättningar – problemen med att anpassa och omsätta

I takt med att den socialvetenskapliga forskningen i växande grad kommit att fästa vikt vid det subjektiva [19] har också forskningsagendan ändrats, bland annat mot att förstå tolkningar av texter, samtal, information etcetera, och hur allt detta successivt översätts i tillämpningar och praxis [20]. Och detta är ett perspektiv som har många viktiga konsekvenser. En är att själva arbetet med att översätta och börja tillämpa något ofta tar lång tid. En annan att detta kan se väldigt olika ut som en konsekvens av mer eller mindre lokala omständigheter.

Särskilt komplicerade blir den här typen av översättningar och praxisutveckling när det gäller regelverk och modeller som avser verksamheter med stort kunskapsinnehåll och därför anknyter till praxis som är komplex till sin natur [21, 22]. Alltså det som i resonemangen ovan kan sägas motsvaras av fallet där brukarnärvaron är hög samtidigt som linjariteten är låg. Den typen av verksamhet fordrar betydande situationsanpassning och därmed ett förhållandevis omfattande lokalt beslutsfattande. Beslut som dessutom måste omsättas genom organiseringen av en kombination av rutiner och åtgärder vilka är mer eller mindre specifikt sammansatta för de uppgifter man arbetar med.

Att i den här sortens miljöer integrera generella riktlinjer – kanske i form av föreskrifter från en myndighet som Socialstyrelsen – blir en förhållandevis komplicerad process vilken därtill ska konkurrera med många andra uppgifter som kräver uppmärksamhet från medarbetare och chefer. Något som talar för att de lokala förutsättningarna är av stor betydelse för hur arbetet kommer att bedrivas med att tolka och tillämpa exempelvis direktiv.

Summering, slutsatser och rekommendationer

Vad ser man om man betraktar ”föreskrifter, tillämpning och tillsyn av ledningssystem och dessas påverkan på beteendet i vårdorganisationer” ur ett ledarskapsperspektiv? Nedan ska de viktigaste iakttagelser som gjorts rekapituleras och diskuteras.

Det mest centrala att konstatera är att det varierar hur långt man kommit bland vårdaktörer när man granskar vårdverksamheter i termer av dokument och riktlinjer som ska avspegla mål, rutiner, arbets- och ansvarsfördelning för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. På vissa håll finns fungerande ledningssystem och dessa påverkar arbetet ända ner på den dagliga verksamhetsnivån. Andra ytterligheten handlar om organisationer där man har svårt att få ett ledningssystem att fungera och i värsta fall finns det bara spår av ett sådant system i form av ofullständiga dokument med ytterst liten eller ingen påverkan på arbete med att utveckla kvalitet och patientsäkerhet.

För fullständighetens skull ska det noteras att det finns såväl kvalitetsarbete som arbete med patientsäkerhetsfrågor vilket har initierats utan att det finns något mer välutvecklat ledningssystem. Den rimliga förklaringen är att många som arbetar inom vården uppfattar dessa uppgifter som en naturlig del av det egna professionella ansvaret.

Det har inte varit möjligt, på basis av det material som varit tillgängligt för den här rapporten, att identifiera aspekter på vare sig vårdverksamheter eller vårdorganisationer vilka så att säga skulle sammanfalla med hur långt man kommit med utvecklingen av ledningssystem. Det går därför inte att hävda exempelvis att man inom slutenvården kommit längre än i öppenvården, att universitetssjukhusen ligger längre fram än närsjukhusen eller att man inom kirurgiska kliniker tenderar att ha bättre ledningssystem än inom akutkliniker. Den slutsats som framstår som rimligast är därför att förändringsförmågan lokalt, inklusive de kompetenser och färdigheter som fordras för att driva den aktuella typen av förändringar, varierar mycket mellan olika vårdverksamheter och vårdorganisationer. Sannolikt gäller detta även intresset för den typ av verksamhetsmodell som ledningssystem är ett exempel på. I den meningen upplever man i en del verksamheter betydande svårigheter och stora problem med att omsätta direktiv i aktiviteter, rutiner och verksamhet. Man kan också ana en viss ”misstro”, kanske rent av en direkt tveksamhet mot ”system, modeller och management” i största allmänhet. Kombinerar man bristande förmåga med ointresse och misstro är det inte rimligt att förvänta sig att personer som redan är hårt belastade ska sätta av tid och mobilisera energi för något de uppfattar som organisatoriska ritualer och ytterligare byråkratisering.

För Socialstyrelsen har det varit svårt, för att inte säga omöjligt, att identifiera de här lokalt förekommande företeelserna på grund av det synsätt på organisationer som sannolikt är det dominerande inom myndigheten. Detta kan till en del även ha inneburit att Socialstyrelsen använt delvis överksamma åtgärder i sina försök att stimulera utvecklingen av ledningssystem i vården. Kontentan blir att två saker framstår som möjliga och huvudsakliga insatsområden för den som vill förstärka utvecklingen och användningen av ledningssystem inom vården.

Stärkt förnyelsekompetens på det lokala planet

Ett huvudsakligt insatsområde, i linje med slutsatserna i föregående avsnitt, är att tillföra någon form av lokalt riktat stöd till de miljöer som inte mår med att på egen hand utveckla ett ledningssystem. Sannolikt måste det här stödet vara förhållandevis handfast men kan naturligtvis också handla om mildare åtgärder som exempelvis utbildningar, seminarieverksamhet och liknande. Knapigheten ligger troligen i att få vissa vårdmiljöer att

acceptera problemformuleringen att de inte förmår bedriva utveckling av kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor och därför måste få stöd i detta. Det är inte ens säkert att de accepterar att det skulle finnas ett samband mellan utvecklingen av ledningssystem och kvalitets- och patientsäkerhetsförbättring. Man kan ju mycket väl tänka sig att personer runt om i vården menar sig arbeta med både vårdkvalitet och patientsäkerhet utan att man valt att utvecklat ett ledningssystem som form för det arbetet.

En stärkt lokal förmåga att driva förnyelse- och förändringsarbete är naturligtvis rent generellt en tillgång alldeles bortsett från dess betydelse för ledningssystemarbete inom vården. Detta av det enkla skälet att den typen av kompetens och färdighet är tillämpbara också på andra frågor som rör organisering och verksamhetsledning. En något jämnare fördelad förmåga att lokalt driva utvecklingsarbete skulle i den meningen öka den lokala mottagligheten för centrala direktiv rent generellt. Dock med brasklappen att vården på verksamhetsnivån träffas av så många olika direktiv och styrimpulser att vissa helt enkelt kommer att negligeras trots en eventuellt förbättrad förmåga att integrera nya saker i den pågående verksamheten [23].

Ändamålsenliga former för erfarenhetsutbyten

En andra huvudsaklig strategi för att stötta utvecklingen av ledningssystem tar fasta på att det, oavsett förmågan, tar betydande tid och energi att arbeta fram och börja tillämpa ett sådant system. Människor i vården är redan belastade även om omfattande försök görs att hitta nya och bättre arbetsformer. Kan man därför underlätta arbetet med att utveckla ledningssystem, inklusive de syften och uppgifter ett sådant system är tänkt att fylla respektive lösa, skulle mycket sannolikt vara vunnit.

Ett sätt kan vara att stimulera till och kanske även möjliggöra erfarenhetsutbyten. Att någon som har ett problem får möjlighet att kanske träffa någon som har löst motsvarande problem stödjer av enkelt insedda skäl möjligheterna till lokal utveckling. Man kan även tänka sig att arrangera mässor där personer får ställa ut och presentera sina ”goda exempel” på hur just de arbetar med exempelvis kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. En webbplats kan också vara ett alternativ eller kanske ett komplement beroende på ambitionsnivån.

Organisationsteorin säger att i viss utsträckning har verksamheter som liknar varandra en del likartade problem och svårigheter. Det här borgar också för vissa möjligheter att det som har varit en bra lösning på en akuttklinik kan vara en bra lösning också på andra akuttkliniker. Det här skulle kunna innebära att man så att säga skapar genvägar inom vårdsektorn där arbete som gjorts på ett ställe kan komma till nytta också på andra håll. Förhoppningsvis räcker det för eldsjälarna att deras lösningar får komma andra tillgodo. Annars kunde man kanske tänka sig någon form av handledningspeng, en sorts konsultersättning, varigenom man kan få tillbaka en del av den egna investeringen just genom att hjälpa andra.

I någon mening skulle det här kunna betraktas som att man på sektornivån tar ett ansvar för att spela rollen som ”transportör” av lösningar mellan vårdenheter och vårdverksamheter. Hur en sådan ”nationell infrastruktur” för kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyten skulle se ut och finansieras är förhållandevis knepiga frågor. Men att investera i något sådan skulle inte behöva begränsa användningen till arbetet med ledningssystem även om detta kunde

vara det lämpliga pilotprojektet. Det här vore ett sätt att öppna upp för ett interorganisatoriskt lärande inom vårdsektorn som sådan och en möjlig partner till Socialstyrelsen, förutom landstingen och Sveriges Kommuner och Landsting, skulle kunna vara Vinnova.

Den här infrastrukturen skulle på sikt kunna komplettera de öppna jämförelsernas karaktär av piska med något som mer framstår som en morot. En infrastruktur som lokalt runt om i vårdssverige sannolikt skulle uppfattas som väsentligt underlättande och ett värdefullt stöd i det egna arbetet med utvecklingsfrågor. I ljuset av att medarbetare och chefer i vården redan är hårt belastade är alla medel som underlättar utvecklingsarbetet, och inte minst förkortar ledtiderna i sådant arbete, mycket välkomna. Förstärkta metoder för kunskapsöverföring och erfarenhetsutbyten framstår mot den bakgrunden som en nyckel till att mer väsentligt utveckla förutsättningarna för arbetet med ständiga förbättringar i den svenska sjukvården.



Referenser

- [1] Revisorernas Årspromemoria avseende verksamhetsåret 2010 i Västra Götalandsregionen.
- [2] Dagens medicin (2009-04-02): "En av tre ST-läkare har funderat på att byta jobb"
- [3] Sveriges radio (2010-09-14): "Läkare vill lämna hälsocentraler"
- [4] Weick, K. (1969). *The social psychology of organizing*, Readings Mass: Addison Wesley.
- [5] Thompson, J. (1967). *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*, New York: McGraw Hill.
- [6] Williamson, O (1975). *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York: Free Press.
- [7] Deephouse D. (1999). To be different, or to be the same? It's a question (and theory) of strategic balance, *Strategic Management Journal*, Vol 20 Iss 2 pp 147-166.
- [8] Porter, M. (1980). *Competitive Strategy*. New York: Free Press.
- [9] Henderson, B. D. (1991). *The Concept of Strategy*. Boston Consulting Group, Boston, MA.
- [10] Barney, J. B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage, *Journal of Management*, 17, pp 99-120.
- [11] Meyer, J. W. and Rowan, B (1977). Institutional organizations: Formal structure as myth and ceremony, *American Journal of Sociology*, 83, pp. 340-363.
- [12] Pfeffer, J. and Salancik, G. R. (1978). *The External Control of Organizations*. New York: Harper & Row.
- [13] DiMaggio P. J. and Powell W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional Isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review*, 48, pp. 409-443.
- [14] Spencer J-C (1989). *Industry recipes – An Enquiry into the nature and sources of managerial judgement*. Oxford: Basil Blackwell.
- [15] Melin, L (1991). Omorientering och strategiska tänkesätt, i Arvidsson, G och Lind R (ed) *Ledning av företag och förvaltning*. Stockholm: SNS.
- [16] Valdani, E & Arbore, A. (2007). Strategies of imitation: An insight. *Problems and Perspectives in Management*, Vol 5, Iss 3 pp.198-207.
- [17] Furusten, S (1996). *Den populära managementkulturen: Om produktion och spridning av populär "kunskap" om Företagsledning*. Stockholm: Nerenius & Santérus.
- [18] Modig, N & Åhlström P (2011). *Vad är lean?* Stockholm: Stockholm School of Economics Institute for Research.
- [19] Bergman, P & Luckman, T (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, New York: Anchor Books.
- [20] Czarniawska, B. (2008). *A Theory Of Organizing*, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing
- [21] Holmberg, I. & Henning, R (2003). *Offentligt Ledarskap. Om Förändring, Förnyelse och nya ledarideal*. Lund: Studentlitteratur.
- [22] Brunsson, N (2006). *Mechanisms of Hope: Maintaining the Dream of the Rational Organization*. Copenhagen: Copenhagen University Press, Liber Universitetsförlag.
- [23] Helgesson, C-F. (2011) *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Några viktiga orsaker till mångfaldighet och vad det innebär för de statliga myndigheternas roll*. LHC Report Nr 3 2012. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete

Karin Fernler



Sammanfattning

Att beslut inom hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga, vetenskapliga, kunskap är en brett vedertagen idé, ofta benämnd som evidensbaserad medicin eller helt enkelt kunskapsstyrning. Under senare år har vissa policyaktörer och forskare argumenterat för att kunskapsstyrningen borde utvidgas till att omfatta administrativa och ekonomiska beslut, såsom införandet av nya organisationsstrukturer eller lednings- och verksamhetsprocesser.

I den här rapporten diskuteras möjligheterna att kunskapsstyra organisering av verksamheter på grundval av organisationsteori, både i form av deskriptiv analytisk kunskap om organisering och mer normativt inriktad ledarskapsteori. Kunskapsbaserade organiseringsbeslut – så kallad evidensbaserad ledning – kan fattas på såväl policy- som organisationsnivå. Det särskiljande är att besluten rör organiseringsfrågor och att kunskapsbasen utgörs av organisationsteori. En fråga som särskilt diskuteras i rapporten är svårigheterna att formera en någorlunda samstämmig och stabil kunskapsbas på basis av organisationsteoretisk forskning. En sådan samstämmig kunskapsbas som har viss generell giltighet i tid och rum är en förutsättning för att kunna kunskapsstyra. Organisationsteoretisk forskning omfattar dock många, ofta motsägande, perspektiv och den kumulativa kunskapsuppbyggnaden sker inom ramen för respektive perspektiv, snarare än inom organisationsteorin som helhet. Ett annat, för organisationsteoretisk forskning, utmärkande drag är att studieobjektet – organisationen – är starkt kontextuellt förankrad i tid och rum. Kunskap om hur en organisationslösning fungerar i ett lokalt sammanhang kan inte med självklarhet överföras till ett annat sammanhang.

Att summera olika perspektiv och empiriska studier till en sammanhängande och stabil kunskapsbas är därför en mycket svår uppgift. Dock kan det finnas anledning att assistera den lokala praktiken med en annan typ av kunskapssammanställningar som inte enbart fokuserar på vetenskapliga data, utan också tar in lokal kunskapsgenerering och analyserar de grundläggande principer som lösningen bygger på. En sådan sammanställning lär inte förmedla kunskap av typen X leder till Y av storleken Z, men det kan ge ett underlag till, och utgöra en uppmuntran till lokala ledare om strukturerad och systematisk reflektion innan man fattar beslut om att införa en ny organisationslösning.

Inledning

Från en inomprofessionell rörelse med syfte att förse professionens medlemmar med bättre kunskapsunderlag för sina beslut, har evidensbaserad medicin utvecklats till en bredare rörelse som förespråkar att även administrativ, inklusive ekonomisk styrning av verksamheter ska baseras på bästa tillgängliga, helst vetenskapliga, kunskap (Bohlin och Sager 2010). En illustration av rörelsens utbredning är att Ansvarsutredningen i sitt slutbetänkande år 2007 menade att statens styrning av landsting och kommuner bör begränsas till två styrformer: normering (lagstiftning) och kunskapsstyrning. För kunskapsbaserad styrning, argumenterade utredningen, talar såväl kvalitets- som effektivitetsskäl (SOU 2007:10, s98)

Begreppet kunskapsstyrning är en etablerad svensk term för kunskapsbaserad administrativ och ekonomisk styrning (Garpenby och Carlsson 1999). På engelska och därmed i internationell forskningslitteratur, används begreppen "evidence-based policy-making" och "evidence-based management". Gränsdragningen mellan de två termerna är dock vag. Artiklar som sägs handla om evidensbaserad management visar sig diskutera vad som primärt tycks vara styrning på policynivå och vice versa (Arndt och Bigelow 2009). Här använder vi begreppet kunskapsstyrning för att referera till administrativ evidensbaserad styrning i allmänhet.

Den kunskapsstyrning som hittills har bedrivits har i huvudsak syftat till att styra det professionella innehållet i hälso- och sjukvården och, i ökande utsträckning, näraliggande verksamheter som kommunal omsorg och socialtjänst (t ex SOU 2008:18). Styrningen har bestått i att man spridit, följt upp och belönat verksamheter för följsamhet till evidensbaserade sammanställningar och riktlinjer som byggt på medicinsk och liknande professionell kunskap (se t ex Tenbensel 2004). Den administrativa styrningen har med andra ord byggt på kunskap som tagits fram av andra discipliner än de ekonomiska och andra administrativa teoriområden. Exempelvis utgör de riktlinjer för sjukskrivning vid olika diagnoser som Socialstyrelsen tagit fram på basis av medicinsk kunskap, en viktig grund när Försäkringskassan fattar beslut om huruvida enskilda försäkrade ska beviljas ersättning för sjukskrivning.

Under senare år har vissa policyaktörer och forskare argumenterat för att kunskapsstyrningen borde utvidgas till att omfatta beslut om organisering av verksamheter, såsom beslut att införa nya organisationsstrukturer eller nya lednings- eller verksamhetsprocesser (t ex Walshe och Rundall 2001, Rousseau 2006, Pfeffer och Sutton 2006). Policybeslut om att alla vårdgivare ska införa ett kvalitetsledningssystem, likväl som sjukhusledningars beslut att införa en sådan lösning, ska alltså vara grundat på bästa tillgängliga kunskap om de organisatoriska effekterna av sådana system. Kunskap om förutsättningar och effekter för organisationslösningar utvecklas inom organisationsteorin, ett brett teoriområde som omfattar såväl deskriptiv analytisk kunskap om organisering och ledning, som mer normativt inriktad ledarskaps- och managementinriktad forskning.

I den här rapporten ska vi diskutera möjligheterna att kunskapsstyra organisering av verksamheter på grundval av organisationsteori. Vi kommer fortsättningsvis referera till denna idé som evidensbaserad ledning. Evidensbaserade ledningsbeslut kan fattas på såväl policy- som organisationsnivå. Det särskiljande är att besluten rör organiseringsfrågor och att kunskapsbasen utgörs av organisationsteori. En fråga som särskilt diskuteras i rapporten är

svårigheterna att formera en någorlunda samstämmig och stabil kunskapsbas på basis av organisationsteoretisk forskning. En sådan samstämmig kunskapsbas som har viss generell giltighet i tid och rum är en förutsättning för att kunna kunskapsstyra (Timmermans och Berg 2003, Helgesson och Fernler 2005) Organisationsteoretisk forskning omfattar dock många, ofta motsägande, perspektiv och den kumulativa kunskapsuppbyggnaden sker inom ramen för respektive perspektiv, snarare än inom organisationsteorin som helhet. Att summera olika perspektiv till en sammanhängande och stabil kunskapsbas är därför en mycket svår uppgift.

Rapporten är disponerad enligt följande. Vi inleder med att diskutera hur idén om evidensbaserad ledning beskrivs och definieras i litteraturen samt vilka argument som används av förespråkare för denna idé. Huvuddelen av rapporten består dock av en problematiserande diskussion, där vi analyserar förespråkarnas argument, vilka antaganden som idén om evidensbaserad ledning vilar på och vilka svårigheter som finns att utveckla ett kunskapsunderlag som kan ligga till grund för sådan kunskapsbaserad ledning.

Beskrivningen av evidensbaserad ledning bygger på ett begränsat antal artiklar som har samlats in via den så kallade snöbollsmetoden. Vi har sökt efter, för området centrala, frekvent refererade artiklar och litteraturoversikter i syfte att få grundläggande kunskap om hur evidensbaserad ledning beskrivs i organisationslitteraturen ("evidence based management" och "evidence based policy making"). Syftet har varit att klargöra vad organisationsforskare som är centrala för området avser med evidensbaserad ledning och vilka deras huvudargument för och emot metoden är. Sökningen har därför styrts av så kallad teoretisk mättnad. När en analys av ytterligare en artikel inte tillfört någon ytterligare information kring de frågor vi sökt besvara har vi inte sökt ytterligare artiklar. Forskningslitteraturens beskrivningar av, argument för och begynnande kritik mot evidensbaserad ledning utgör utgångspunkt för rapportens fortsatta diskussion där vi problematiserar möjligheterna att införa evidensbaserad ledning. Särskilt problematiseras två grundantaganden bakom idén om evidensbaserad ledning: att organisationers beslutsprocesser är målrationella och att det är relativt oproblematiskt att formera en någorlunda entydig och stabil kunskapsbas med utgångspunkt i organisationsteoretisk kunskap.

Är evidensbaserad ledning något nytt?

Det finns en tendens inom normativt inriktad organisationsforskning att ständigt lansera nya ledningsmodeller som ger löften om att lösa komplexa organisationsproblem. Under en period får vissa av dessa modeller stor spridning bland forskare och/eller organisationer. I takt med att en modell inte infriar sina löften falnar intresset. En viktig fråga när en ny ledningssidé lanseras är därför: vad är nytt?

En i litteraturen återkommande definition av evidensbaserad ledning är att det handlar om att ledning och organisering av verksamheter ska baseras på bästa tillgängliga, helst vetenskapliga kunskap (se översikter av Reay m fl 2009, Arndt och Bigelow 2009). Detta är ingen ny idé. Sedan organisationsteoretisk forskning började växa fram i början av 1900-talet, har en stor del av denna forskning syftat till att generera bättre kunskap i syfte att effektivisera och förbättra verksamheters kvalitet och effektivitet. Några välkända exempel är 1910-talets "scientific management", 1930-talets begynnande HRM-forskning, 1960-talets operationsanalys

och de senaste decenniernas forskning om ”lean production”. Sedan mitten av 1940-talet har även studier av kunskapsbaserat beslutsfattande utvecklats till ett av organisationsteorins mest centrala forskningsområden (se t ex March 1994).

Idén att ledningsbeslut ska baseras på kunskap är sålunda en såväl normativt som empiriskt väl etablerad och väl studerad fråga inom organisationsteorin. Trots detta antyder litteraturöversikter att evidensbaserad ledning är en ny organisations- och ledningsidé. I en stor systematisk litteraturöversikt kring evidensbaserad ledning (management) fann forskarna 144 artiklar som bedömdes som relevanta. Av dem hade 9 stycken publicerats mellan åren 1948 till 1999. Resterande 135 stycken hade publicerats åren 2000 till 2008, varav 90 stycken efter år 2006 (Reay m fl 2009). Litteraturöversikter är, som vi ska återkomma till, svåra att genomföra inom organisationsteorin. Litteraturöversikten visar dock att sedan början av 2000-talet har ett accelererande antal organisationsforskare börjat intressera sig för evidensbaserad ledning. Ska man klargöra huruvida detta bara är en ny etikett eller om idén omfattar några innehållsmässiga nyheter måste man se närmare på hur de forskare som förespråkar evidensbaserad ledning definierar den idén.

Vad är evidensbaserad ledning egentligen?

En i litteraturen återkommande definition är att evidensbaserad ledning syftar till att bästa tillgängliga, helst vetenskapliga, kunskap ska ligga till grund för organisering av verksamheter. Trots detta finns det relativt stor variation i hur forskare beskriver idén. Idealtypiskt kan man renodla två tolkningar, som båda representeras av centrala forskare.

En uppfattning är att evidensbaserad ledning är att likna vid ett förhållningssätt. Pfeffer och Sutton (2006) är uttalade och ofta refererade företrädare för ett sådant synsätt där evidensbaserad ledning är ”... a way of seeing the world and thinking about the craft of management; it proceeds from the premise that using better, deeper logic and employing facts, to the extent possible, permits leaders to do their jobs more effectively” (Pfeffer och Sutton 2006, s 12). Konkretiserar man detta, i det närmaste filosofiska, förhållningssätt beskrivs fyra principer som varje ledare och beslutsfattare bör följa. För det första ska beslutsfattare undersöka vilka fakta som ger stöd för att en organisationslösning har en viss effekt. För det andra ska de undersöka om en lösnings grundläggande logik är lämpad för den egna organisationen. Vidare ska de uppmuntra experimenterande med olika organisationslösningar i mindre skala. Slutligen ska de arbeta för att förstärka organisationens kontinuerliga lärande.

En konsekvens av denna breda tolkning av evidensbaserad ledning är att flera typer av kunskap blir viktiga för att fatta evidensbaserade beslut. Vetenskaplig kunskap spelar en central roll, men det är också nödvändigt med kunskap som genererats via lokalt experimenterande och kontinuerligt lärande. Ska man införa evidensbaserad ledning krävs därför förmåga att använda såväl traditionella vetenskapliga metoder, som verktyg för lokalt experimenterande och lärande. Ett sådant verktyg är så kallad genombrottsmetodik (Kovner och Rundall 2006).

En annan, snävare tolkning är att evidensbaserad ledning handlar om ökad användning av generaliserbar vetenskaplig kunskap. En central förutsättning för att införa evidensbaserad ledning är därför att ledare och andra beslutsfattare utbildas i vetenskaplig metod

(Rousseau 2005). I litteraturen finns detaljerade beskrivningar av vad som bör ingå i en sådan utbildning. Beslutsfattare ska få kunskap om hur man formulerar en sökfråga som är tillräckligt bred för att finna vetenskapliga artiklar, men inte så bred att artiklarna blir irrelevanta för beslutet. De ska få kunskap om hur man finner och väljer relevanta artikeldatabaser, gör sökningar och analyserar och bedömer bland annat forskningsdesigners styrka och mätmetoders validitet och reliabilitet. Eftersom syftet inte är forskning utan beslutsfattande, måste beslutsfattare också utbildas i att summera vetenskapliga resultat i kortfattade, praktiskt inriktade beslutsunderlag. En sista uppgift är att se till att underlaget används i beslutsprocessen (Kovner och Rundall 2006).

De två skilda tolkningarna är idealtyper. Det innebär att även den mest strikta förespråkare för en snäv tolkning är tydlig med att bästa tillgängliga kunskap kan, ibland bör, utgöras både av erfarenhetsbaserad och lokalt genererad kunskap. Dels finns ofta begränsat med vetenskapliga data om effekter av olika organisationslösningar. Dels kan den generella kunskap som finns om en lösning vara utvecklad i en annan organisatorisk kontext. Förespråkare för en snävare tolkning tenderar dock att argumentera för att i den mån lokalt genererad och erfarenhetsbaserad kunskap används bör den tolkas med hjälp av generell vetenskaplig kunskap (Rousseau 2005).

Det finns företrädare, både för en snävare och bredare tolkning av evidensbaserad ledning, bland forskare som intar en central position inom fältet. Ur det perspektivet är det svårt att hävda att den ena tolkningen är mer rätt. Om evidensbaserad ledning tolkas brett som en idé om att ledare ska försöka ta reda på lite fakta om en lösning, reflektera över dess uppbyggnad och först pröva den i mindre skala är emellertid frågan vad som är nytt med denna idé? Många skulle hävda att givet en sådan tolkning är begreppet evidensbaserad ledning ett annat begrepp för sunt förnuft (Arndt och Bigelow 2009). Fortsättningsvis kommer vi därför att utgå från den snävare tolkningen. Den utmärker sig i relation till annan organisationsteori. Ett utmärkande drag är den starka betoningen på att vetenskaplig kunskap ska spela en dominerande roll vid ledningsbeslut. Mest påtagligt är dock, att medan tidigare organisationsforskning haft fokus på en typ av kunskap, följer idén om evidensbaserad ledning evidensrörelsens idé om att skapa en kunskapsbas som formerats genom att sammanställa forskningsresultat från organisationsteori i allmänhet.

Att sammanställa forskningsresultat är regelmässigt ett både tids-, resurs- och kompetenskrävande arbete. Som vi ska återkomma till är dock uppgiften särskilt besvärlig inom organisationsteorin. Varför menar förespråkare för evidensbaserad ledning att organisationer ska ägna så mycket resurser åt detta arbete? Det finns två återkommande argument: att ett införande av evidensbaserad ledning skulle lösa vissa endemiska problem i organisationer, och att evidensbaserad medicin har varit en stor framgång.

Två återkommande argument för evidensbaserad ledning

Ett sätt att motverka över-, under- och felanvändning

Ett argument för evidensbaserad ledning att det skulle minska, vad många forskare menar, är ett vanligt förekommande problem i dagens organisations- och ledningspraktiker: överanvändning, underanvändning och felanvändning av organisationslösningar (Walshe och

Rundall 2001, Rousseau 2005, Arndt och Bigelow 2009). Olämplig användning av organisationsmodeller kan ha många orsaker. Förespråkare för evidensbaserad ledning pekar på två som förbättrad kunskap kan åtgärda: modeföljande och hantering av expertis.

Organisationers modeföljande har uppmärksammats, studerats och analyserats av organisationsforskare sedan åtminstone slutet av 1970-talet (Meyer och Rowan 1977). Snarare än att utgå från sina lokala förutsättningar och behov anpassar sig moderna organisationer till starka idéer som vid en viss tidpunkt finns i omvärlden om hur goda, moderna och effektiva organisationer bör organiseras (t ex Meyer och Rowan 1977; DiMaggio och Powell 1983, Brunsson 1989). Det gäller inte minst offentliga organisationer, sjukvårdens verksamhet (t ex Scott m fl 2000). Lösningar som utvecklats för organisationer av en viss storlek, med en viss typ av verksamhet, inom en viss bransch importeras till helt andra typer av organisationer utan analys av om modellerna är lämpade för den egna verksamheten. Inom organisationsteorin finns det olika uppfattningar om modeföljande är ett problem, och hur det i så fall ska hanteras. Förespråkare för evidensbaserad ledning menar att användning av vetenskaplig kunskap i beslutsfattande skulle öka ledares förmåga att bedöma om det finns något stöd för en lösnings effektivitet och lämplighet.

Evidensbaserad vetenskaplig kunskap skulle också hantera problemet med ledares beroende av expertis. Ledare har ett övergripande ansvar för en verksamhet. Även om de besitter vetenskaplig kunskap är däremot experter en typ av särintresse, som företräder och förordar en viss enhet, en viss funktion och en viss typ av lösningar. Detta är kanske särskilt tydligt inom hälso- och sjukvården, med dess många professioner och sub-professioner som företräder olika professionella expertkunskaper och -logiker (Zeuthen Bentsen 1999). Också här menar förespråkare för evidensbaserad ledning skulle en bredare genomgång och analys av den vetenskapliga litteraturen motverka risken för att ledare hamnar i en experts knä (t ex Walshe och Rundall 2001). Evidensbaserad kunskap skulle också bidra till att motverka ledares egen bias. Ledare och beslutsfattare kan ha en professionell utbildning och expertis. Deras beslut formas ofta av tidigare erfarenhet som har införskaffats i andra positioner, andra organisationer och vid en annan tid. Även här skulle evidensbaserade sammanställningar av vetenskapliga fakta kunna ge beslutsfattare en bredare och mer balanserad kunskapsbas (t ex Rousseau 2005).

Evidensbaserad medicin är en stor framgång

Möjligheten att hantera över-, under- och felanvändning av organisationslösningar är ett i litteraturen återkommande argument för evidensbaserad ledning. Ett annat är att evidensbaserad medicin har varit en stor framgång (t ex Arndt och Bigelow 2009), "a success story" (Rousseau 2005). Att man hänvisar till evidensbaserad medicin, snarare än evidensbaserad ledning, kan förklaras av bristen på empiriskt stöd för denna ledningsidé. Systematiska litteraturoversikter är ovanliga inom organisationsteori. År 2009 publicerades dock, som tidigare nämnts, en sådan översikt vars huvudfråga var vilket empiriskt stöd som finns för att evidensbaserad ledning förbättrar organisationers resultat ("performance"). Översikten genomfördes enligt evidensrörelsens principer om att söka, analysera och kategorisera artiklar enligt på förhand bestämda evidenskriterier. Den högsta evidensnivån reserverades för artiklar som var baserade på storskaliga, randomiserade studier alternativt utgjordes av meta-analyser av tidigare studier. Till den sjätte och lägsta evidensnivån fördes artiklar som bestod av renodlad teoretisk/analytisk diskussion, utan någon empirisk grund (Reay m fl 2009).

Av de 144 artiklar som forskarna bedömde som relevanta uppfyllde ingen kraven för den högsta evidensnivån. Över hälften av artiklarna bestod av allmänna principiella resonemang, det vill säga: de tillhörde den lägsta evidensnivån. En sjättedel av artiklarna beskrev artikelförfattarens subjektiva, empiriska erfarenheter av att själv ha infört någon form av evidensbaserad praktik i en organisation. Totalt var det bara trettio procent av artiklarna som både följde en vetenskaplig metod och refererade till en empirisk studie eller en litteraturöversikt, men dessa empiriska studier var små. En tredjedel av dessa artiklar var dock baserade på studier av en eller två organisationer.

Inom organisationsteorin finns stor acceptans för att empiriska studier av ett fåtal fall kan ge viktig förståelse för mönster och samband och därmed tänkbara effekter av olika lösningar. Vi ska återkomma till denna skillnad i vetenskapliga paradigmer mellan evidensrörelsen och organisationsteori. Att litteraturöversikten visade på en generell brist på empiriska studier är dock odiskutabelt. De forskare som genomförde översikten drog också slutsatsen, att utgår man från evidensrörelsens kriterier bör inte den ledare som vill utöva evidensbaserad ledning införa evidensbaserad ledning. Det finns för lite empirisk forskning som visar på en positiv relation mellan evidensbaserade ledningspraktiker och organisationers resultat och funktion (Reay m fl 2009, s.16).

Bristande evidens kan bero på att en lösning är så ny att man inte hunnit genomföra studier. Oberoende av orsak, innebär denna brist att de som förespråkar evidensbaserad ledning måste hämta empiriskt stöd från evidensbaserad medicin. I litteraturen om evidensbaserad ledning beskrivs denna medicinska föregångare som en stor succé, vars erfarenheter i princip kan överföras till arbetet med att evidensbasera organisations- och ledningsarbete, även om det finns potentiella problem. Ett problem är bristen på relevant kunskap, där ett dilemma är att organisationsteoretisk forskning inte är lika fokuserad på specifika effekter av olika lösningar som medicinsk forskning. Den bristen på tydliga kausala samband gör att det kan vara svårt att tolka organisationsteoretisk forskning. Svårigheterna att formera tillräcklig kunskap förstärks av bristen på institutionella stödstrukturer, såsom Cochrane och SBU, som kan sammanställa och förse ledare med evidensbaserad kunskap om organisationer (t ex Pfeffer och Sutton 2006, Arndt och Bigelow 2009). Det förstärks också av att ledarskap inte är någon profession. I motsats till medicinsk verksamhet har beslutsfattare i form av chefer, ledare och policyansvariga ingen gemensam professionell och vetenskaplig utbildning. Denna bristande kompetens skapar bristande intresse för vetenskaplig kunskap och frånvaro av en forskningskultur, bland praktiskt verksamma ledare (Ferlie och Shortell 2001, Walshe och Rundall 2001, Rousseau 2005, Pfeffer och Sutton 2006, Kovner och Rundall 2006, Arndt och Bigelow 2009).

De forskare som förespråkar evidensbaserad ledning menar dock att stödstrukturer kan byggas upp. I litteraturen ges exempel på försök att göra det (Ferlie och Shortell 2001, Kovner och Rundall 2006). Likaså kan ledare och beslutsfattare utbildas i vetenskaplig metod, och kulturer kan förändras mot ett ökat intresse för forskning, både i enskilda organisationer och på en mer övergripande fältnivå. Framgångarna för evidensbaserad medicin ger därför empiriskt stöd för att införa evidensbaserad ledning:

Studies also show conclusively that patients receiving the care that is indicated by evidence-based medicine experience better outcomes. At this time, that level of assurance isn't available to those who undertake evidence-based management. ...Yet the theoretical argument strikes us as ironclad. (Pfeffer och Sutton, s.12).

Frågan är dock om det teoretiska argumentet för evidensbaserad ledning är så orubbligt. På ett praktiskt plan måste man diskutera hur stora möjligheterna rent resursmässigt är att samla in, analysera och sammanställa vetenskaplig data om organisering och ledning? Institut som Cochrane kräver stora resurser, både i tid, pengar och kompetens. Det är tveksamt om det finns tillräckliga resurser för att bygga liknande institut inom organisations- och ledningsområdet. Att lägga ansvaret lokalt och förvänta sig att organisationsledare och beslutsfattare ska kunna samla in och värdera vetenskapliga data är inte heller rimligt (Arndt och Bigelow 2009). Det finns en anledning till att evidensbaserad medicin snabbt gick ifrån att utbilda läkare i att själva samla in och bedöma vetenskaplig evidens, till att lägga fokus på centralt formerade centrala kunskapssammanställningar och riktlinjer (Bohlin 2010).

Om det är krävande att formera evidensbaserad kunskap inom medicinen är det otvetydigt att det problemet är betydligt större inom organisationsteori. Utan en sådan någorlunda rättvisande, stabil och samstämmig kunskapsbas är evidensbaserad ledning svår att åstadkomma. Ett annat dilemma är att idén om evidensbaserad ledning bygger på ett antagande om att beslutsprocesser i organisationer följer den målrationella beslutsmodellen. Innan vi övergår till att diskutera vad som utmärker organisationsteoretisk kunskap, ska vi kort diskutera vad empirisk forskning visat på i relation till denna beslutsmodell.

Empiriskt grundad forskning om beslutsprocesser

Idén om evidensbaserad ledning bygger på ett antagande om att beslut fattas enligt denna målrationella beslutsmodell. Det är en i samhället väletablerad normativ modell som säger att organisatoriska beslut ska fattas genom att ledningen först ställer upp mål, därefter tar fram alternativa handlingsvägar för att nå målet samt kunskap om alternativens konsekvenser i relation till målet. Slutligen rangordnar man alternativen och fattar beslut om att välja det alternativ som har bäst möjlighet att nå målet. Den målrationella beslutsmodellen förekommer i otaliga varianter. Kovner och Rundall (2006) föreslår exempelvis en målrationell åttastegsmodell för hur evidensbaserade beslut ska fattas. Beslutsprocessen ska inledas med att problemet identifieras, varpå beslutets syfte specificeras. Därefter ska beslutskriterierna viktas, innan man inleder sökandet efter olika beslutsalternativ. När alternativen har kartlagts, analyserats och rankats utifrån beslutskriterierna ska ledningen fatta beslut om att välja det högst rankade alternativet. Avslutningsvis ska alternativet implementeras och effekterna utvärderas.

Problematisering av den målrationella beslutsmodellen

Den målrationella beslutsmodellen är en kulturell ikon i organisatoriska sammanhang, men det är en normativ modell som har begränsat stöd i de omfattande empiriska studier av organisationers beslutsprocesser som genomförts sedan 1940-talet (för en översikt, se March 1988, March 1994). Denna empiriskt grundade beslutsteori har argumenterat för att vare sig mål eller kunskap spelar den roll i beslutsprocesser som den målrationella modellen förutsätter. För att kunna styra sökandet efter alternativ och deras konsekvenser behöver exempelvis mål vara klara, entydiga och stabila. Otaliga empiriska studier visar dock att ledningars mål i normalfallet är vaga, mångtydiga och föränderliga, det gäller särskilt i komplexa organisationer som sjukvården, där många olika intressegrupper ska samverka (Baier m fl 1986).

Problematisering av kunskapens roll i beslutsprocesser

Empiriskt grundad beslutsteori har också problematiserat kunskapens roll i beslutsprocesser. Kunskap spelar en viktig roll i den målrationella modellen. Det krävs kunskap om det problem som ska åtgärdas och dess orsaker, såväl som kunskap om möjliga alternativ och deras konsekvenser. Empirisk beslutsforskning pekade tidigt på att beslutsfattarens kognitiva begränsningar, i kombination med begränsningar i tid och resurser innebär att beslut i praktiken inte kan bli mer än begränsat rationella. Det finns helt enkelt inte praktisk möjlighet att samla in och överblicka kunskap om alla tänkbara alternativ och deras konsekvenser. Begränsad rationalitet utgör i sig ingen kritik av den målrationella modellen, utan ett konstaterande att en enveten strävan att fatta det perfekt rationella beslutet, där all kunskap samlas in och värderas, inte är vare sig praktiskt möjligt eller lämpligt. Det är en förklaring till att beslutsfattare i organisationer regelmässigt använder sig av tumregler, och begränsar antalet alternativ och den kunskap som samlas in om deras konsekvenser (March och Simon 1958, Cyert och March 1963). Överdrivna försök att driva en målrationell process, där man envetet söker mer och mer fullständig kunskap, innebär risk för beslutsförklarning, både på grund av att det alltid finns mer kunskap att ta hänsyn till, och på grund av att mer kunskap riskerar att skapa tvivel om vad som är den bästa lösningen (Brunsson 1985).

Problematisering av kunskapens karaktär

Empiriskt grundad teori har vidare ifrågasatt huruvida kunskap styr val av alternativ. Den målrationella modellen förutsäger, att förutom ledningens mål, ska kunskap om problemet, om alternativ och om alternativens konsekvenser avgöra vilket beslut som fattas. Det förutsätter att inte bara mål, utan också kunskap är klar, entydig och stabil. Empiriska studier av organisationers beslutsprocesser visar dock gång på gång att den kunskap som hanteras i beslutsprocesser, till exempel kunskap om alternativ och deras konsekvenser, är tvetydig ("ambiguous"). Kunskapsanspråk motsäger varandra och de låter sig inte sammanjämkas, det finns stort utrymme för tolkningar och det är praktiskt omöjligt att hålla isär kunskap, intressen och värderingar. Det handlar med andra ord inte om osäkerhet, utan om en fundamental tvetydighet om vad man vet respektive inte vet om det problem som ska hanteras, dess orsaker, tänkbara alternativa lösningar och hur alternativen kan komma att påverka problemet (March 1978).

En central och återkommande slutsats inom empiriskt grundade beslutsteorin är därför att kunskap i beslutsprocesser fyller andra funktioner än att styra val av alternativ. En funktion är att legitimera beslut. Organisationer samlar ofta in stora mängder kunskap, betydligt mer än man kan hantera. En stor del av denna kunskap brukar ha lite relevans för beslutet. Det är också en liten del av den kunskap som samlas in som används i denna process. Men kunskapsinsamling i sig har en viktig legitimerande funktion eftersom det visar att beslutsprocessen är målrationell (Feldman och March 1981). En beslutsprocess som beskrivs som evidensbaserad skulle sannolikt ge mycket hög legitimitet.

En förklaring till att kunskap, enligt den empiriska beslutsteorin, har begränsad betydelse för val av alternativ är att den kunskap som krävs i beslutsprocesser är så tvetydig. Frågan är om ökad evidensbaserad kunskap skulle kunna bidra till att skapa klarare, entydigare och stabilare kunskap? Empirisk beslutsteori visar att organisatoriska beslutsprocesser oftast har en politisk karaktär, det vill säga de involverar ett antal aktörer från olika enheter

funktioner, som är experter och företrädare för vissa områden. Evidensbaserad organisationskunskap skulle kunna motverka experters inflytande. En förutsättning för att detta ska fungera är dock att det går att stabilisera organisationsteoretisk kunskap. Det är inte självklart. En orsak till att organisatoriska beslutsprocesser ofta är så tvetydiga är att kunskap om organisationslösningar är så mångfaldig och instabil.

Utmärkande drag hos forskningen

Vaga och föränderliga begrepp

Det har, under senare år, gjorts försök att sammanställa evidensbaserad kunskap om effekter av olika organisationslösningar, särskilt inom hälso- och sjukvården. Ett exempel är SBU:s systematiska litteraturoversikt kring triage och flödesprocesser på akutmottagningar (SBU 2010). Trots att triage, i motsats till mer övergripande organisationsstrukturer och ledningssystem, är en relativt enkel och avgränsbar lösning visade sig en sådan sammanställning vara svår att åstadkomma. I en diskussion om de svårigheter som uppstod i arbetet summerar rapportens författare ett antal skillnader mellan ett traditionellt medicinskt forskningsparadigm och den etablerade organisations- och managementforskningen. Skillnaderna gör det svårt att tillämpa de metoder och kriterier som traditionellt används inom medicinen för att ta fram evidensbaserade kunskapssammanställningar.

Ett dilemma med organisationsteoretisk forskning är att begreppsdefinitioner regelmässigt är både vaga och föränderliga. Den tidigare diskussionen om varierande tolkningar av evidensbaserad ledning är ett exempel. Ett annat exempel är "lean" eller mer korrekt "lean production". Lean är en organisationsprocessuell lösning utvecklad inom bilindustrin som under senare år väckt stort intresse inom hälso- och sjukvården. I en nyligen publicerad bok som diskuterar vad lean egentligen är konstaterar forskarna att området definitions- mässigt utmärks av rena "vilda västern". Lean kan definieras som ett antal metoder, och exakt vilka de är varierar. Lean kan beskrivas som ett antal konkreta verktyg, till och med en verktygslåda, där den enskilda organisationen kan välja vilka verktyg man vill använda. En tredje uppfattning är att lean är en filosofi, där valet av konkreta metoder och verktyg är helt beroende av den enskilda organisationens situation (Modig och Åhlström 2011). Den begreppsmässiga röra som utmärker termen evidensbaserad ledning, och än mer termen lean, är typisk för organisationsteorin. Detta försvårar möjligheterna att göra litteraturoversikter som syftar till att beskriva och kvantifiera effekterna av en lösning eftersom samma etikett kan dölja helt olika lösningar. Organisationsteorins begreppsanvändning är dock än mer komplex.

En mångfald av teoretiska perspektiv

Organisationsteoretisk forskning utmärks av att det finns många olika teoretiska perspektiv, med olika grundantaganden, olika utgångspunkter och olika fokus. Det är en regel, snarare än undantag, att olika perspektiv utvecklar och använder olika begrepp som för all praktisk användning har samma innebörd. Begreppen struktur, institution och diskurs används exempelvis för att beskriva i princip samma fenomen, men inom olika teori. De tre begreppen kan dock ha olika innebörd. Till exempel kan det i vissa organisationsteoretiska diskussioner vara viktigt att skilja mellan en struktur och en institutionaliserad struktur.

Ett annat begrepp som kan ha varierande innebörder är kunskap. Inom det tidigare diskuterade empiriskt grundade beslutsteoretiska perspektivet använder man regelmässigt termen information för att beteckna vad som i den här rapporten kallas för kunskap. Det finns också forskare som gör en distinktion mellan kunskap och information, där kunskap är den levda kunskapen, medan det som evidensrörelsen betecknar som vetenskaplig kunskap betecknas information. Ett stort dilemma med denna oklarhet i begrepp är, att i motsats till medicinsk forskning där risken vid litteratursökningar är att man missar några viktiga artiklar inom ett och samma paradigm, är risken vid organisationsteoretiska litteratursökningar att man tappar hela forskningsperspektiv, som ger helt andra implikationer för effekterna av en lösning. Vi ska strax ge ett exempel.

Kontextuell förankring

Ett annat, för organisationsteoretisk forskning, utmärkande drag som försvårar arbetet med att ta fram samstämmig och stabil evidens är att studieobjektet – organisationen – är starkt kontextuellt förankrad i tid och rum. I motsats till människokroppen, vars biologiska grundfunktioner under överblickbar tid kan antas vara stabila, så förändras organisationer ständigt. Den kunskap som utvecklades för ett par decennier sedan om en organisationslösningens effekter kan därför inte med automatik antas gälla idag. Diverse kontextuella faktorer som påverkar lösningens funktion kan ha förändrats. Det kan bland annat handla om nya regelverk, nya former av styrsystem och nya organisatoriska maktstrukturer, till exempel maktförskjutningar mellan professioner i form av läkare, sjuksköterskor och ekonomer. För att ge ett exempel, är det tveksamt i vilken mån den omfattande budgetforskning som genomfördes inom offentlig verksamhet under 1960- till 1980-talet är relevant för att förstå dagens budgetprocesser. Ökade inslag av marknadslösningar, nya typer av ersättningssystem, ökat inflytande för ekonomer och ökad acceptans inom vårdprofessionerna för att hälso- och sjukvården måste ta ekonomiska hänsyn har helt förändrat budgeteringens förutsättningar och därmed sannolikt dess effekter.

Förutom förankringen i tiden, är organisationer även förankrade i rummet. Resultat från studier av hur en organisationslösning fungerar i ett annat land med ett annat hälso- och sjukvårdssystem kan inte med självklarhet överföras till en svensk kontext. Återigen är det troligt att bland annat olika regelverk, skilda roller för professioner och skilda ersättningssystem påverkar lösningens effekter. Men de rumsliga skillnaderna behöver inte vara så stora. Det kan räcka med variationer i organisationsstorlek eller förekomst av olika specialiteter för att en och samma lösning ska få olika effekter på olika sjukhus. Det finns mängder av andra kontextuella faktorer som kan påverka hur en lösning tas emot och fungerar, inklusive så diffusa fenomen som variationer i organisationskulturen.

Balansgång mellan generaliserbar och relevant kunskap

Allt evidensbaserat beslutsfattande förutsätter en någorlunda samstämmig och stabil kunskapsbas som kan ligga till grund för beslutet. Inom organisationsteori är det emellertid regel snarare än undantag att olika perspektiv gör olika antaganden, fokuserar på olika typer av effekter och därmed kommer fram till olika slutsatser om värdet av en lösning. Vi pekade tidigare på att ett argument för evidensbaserad ledning är att det skulle motverka problemet

med organisationers modeföljande. Det finns dock organisationsteoretiska perspektiv som inte ser modeföljande som ett problem som ska åtgärdas. Dit hör det inflytelserika, så kallade nyinstitutionella perspektivet. Företrädare för detta perspektiv menar att modeföljande är en effekt av att moderna organisationer, för att ses som legitima, måste införa de organisationsstrukturer och processer som vid en viss tidpunkt och i en viss omvärld betraktas som de lösningar som moderna och effektiva organisationer ska införa (t ex Meyer och Rowan 1977). Särskilt utsatta för sådana omvärldskrav är, menar företrädare för institutionell teori, hälso- och sjukvårdens organisationer (Scott m fl 2000). Att avstå från modeföljande är därför svårt såvida en organisation inte vill uppfattas som konstig, efter, ineffektiv och illegitim. Om modeföljande över huvud taget kan påverkas måste det ske på samhällsnivå, bland annat genom att myndigheter, professionella sammanslutningar och andra starka normsättande aktörer, avstår från att förespråka generella lösningar.

Att ett organisationsteoretiskt perspektiv kan beskriva modeföljande som problem för organisationer som måste åtgärdas, medan ett annat ser det som en lösning på ett större problem som organisationer har visar att också med bred kunskap om organisationsteori kan förekomsten av olika perspektiv, med olika utgångspunkter och olika fokus leda till att det är svårt att skapa en samstämmig och stabil kunskapsbas. Det går självklart att begränsa sökandet efter kunskap till ett eller ett fåtal perspektiv. Företrädare för evidensbaserad ledning följer den strategin (Learmonth och Harding 2006). En sådan avgränsning underlättar formering av en samstämmig kunskapsbas. Men beslut ska inte bara fattas. De ska också implementeras. Om den kunskap som legat till grund för beslutet är alltför snäv kommer kunskapsbasen knappast att förbli stabil. Det kommer i praktiken att uppkomma många oväntade och oönskade effekter.

Dilemmat mellan avgränsning för att stabilisera kunskap, och öppenhet för att göra kunskapen relevant också när den förs ut i praktiken är inte unik för organisationsteoretisk forskning. Det är ett generellt problem när evidensbaserad kunskap ska skapas. Inom medicinsk forskning talar man om det som en avvägning mellan intern och extern validitet. Vi ska avsluta med att illustrera hur det problem som accentueras inom organisationsteori är ett generellt dilemma för all kunskapsbaserad styrning och beslutsfattande.

Kunskapsformering för kunskapsstyrning

En förutsättning för att kunna fatta evidensbaserade beslut, vare sig vi talar om beslut om organisering eller beslut om medicinsk behandling är att det går att formera en kunskapsbas som är samstämmig, generaliserbar och stabil. Kunskapen ska vara samstämmig. Om kunskapsanspråk pekar åt helt olika håll har de svårt att styra ett beslut. Kunskapen ska vara generaliserbar. Om varje enskilt fall är helt unikt är sådan kunskap svår att skapa. Kunskapen ska vara stabil. Den kunskap som ligger till grund för beslutet ska inte bli irrelevant när den förflyttas i tid och rum. Som vi pekat på synliggör organisationsteorin (och samhällsvetenskapen i stort) att kunskap inte självklart har dessa egenskaper, men problemet är inte begränsat till dessa områden. Många som är verksamma inom hälso- och sjukvården vare sig de forskar, formulerar riktlinjer eller arbetar praktiskt i den dagliga vården är väl medvetna om att dessa antaganden är problematiska också i relation till medicinsk och närallgigande forskning.

Ett uttryck för problemets vidd är att en stor del av arbetet med att kunskapsstyra vårdens medicinska innehåll har fokuserat på att ta fram kunskap om metoder för prevention och behandling som har de önskade egenskaperna. Staten har inrättat speciella myndigheter, exempelvis SBU och gett andra myndigheter, till exempel Socialstyrelsen nya direktiv om att öka fokuseringen på evidensbaserad kunskap. Landsting har inrättat kunskapsinsamlande enheter, utarbetat lokala kunskapsbaserade vårdprogram och utformat lokala medicinska kunskapsunderlag som ska ligga till grund för politiska beslut. Även läkemedelsföretag har förbättrat sin förmåga att ta fram och förmedla såväl medicinsk som hälsoekonomisk kunskap. Implicit bygger detta arbete på att det är möjligt att summera olika kunskaper om en sjukdom och dess behandling till en större, mer heltäckande och rättvisande helhet.

Medicinska kliniska studier är regelmässigt kraftigt standardiserade inte bara vad gäller medicinska aspekter såsom val av patientpopulation. Både interventionen och verksamhetens organisation är också hårt standardiserad (Helgesson 2010). Denna standardisering möjliggör utveckling av statistiskt signifikanta kausala samband mellan interventioner och effekter, vilket i sin tur gör det relativt enkelt att formera samstämmig, generell evidensbaserad kunskap. Det har också producerats en mängd evidens- och kunskapsbaserade sammanställningar, riktlinjer och beslut inom det medicinska området. Empiriska studier av detta arbete visar dock att inte ens den striktaste medicin-vetenskapliga kunskap kan formeras via någon enkel summering. Också denna kunskap är "mångfaldig" (Timmermans och Berg 2003, Mol 2002, Fernler och Helgesson 2005).

Ett exempel är behandlingsriktlinjer. Trots att dessa riktlinjer oftast baseras på resultat av randomiserade kliniska studier, där man haft omfattande resurser för att standardisera och kontrollera för olika bias i stora patientpopulationer går kunskapsanspråk från olika studier isär. En del variation kan förklaras, till exempel med olika val av patientpopulation, effektmått och andra standarder. Annan variation är mer svårförklarad. Här krävs bedömningar, där skilda kunskapsanspråk får hanteras via avvägningar mellan mer eller mindre trovärdiga studier. Ytterligare ett problem är att ofta finns fler och bättre genomförda studier av läkemedel än av andra typer av behandlingar. Det väcker frågan om studier av olika interventioner ska värderas på olika sätt. Svaret kan bland annat påverkas av riktlinjens syfte. Är det en lokal riktlinje som ska ha en direkt påverkan på vilken vård som erbjuds av ett landsting? Eller handlar det om en renodlad kunskapssammanställning som ska beskriva vilka behandlingar som har bäst evidens i kliniska studier? Det kan även finnas krav på att en riktlinje ska väga olika disciplinära kunskaper mot varandra, till exempel medicinska effekter mot hälsoekonomiska kostnader och nyttor. I korthet: en samstämmig och stabil kunskapsbas skapas inte genom att summera olika kunskapsanspråk. Samstämmig och stabil kunskap måste skapas och det arbetet sker på en viss plats, vid en viss tidpunkt, i ett visst syfte. Det handlar om en tillfällig "frysning" av en tillfälligt stabiliserad kunskap som har ett förenklat innehåll och en begränsad räckvidd, det vill säga en begränsad extern validitet.

Temporär stabilisering av kunskap

En temporärt stabiliserad kunskapsbas kan åstadkommas på flera sätt. Empiriska studier pekar på två metoder: uteslutning och jämkning. Uteslutning av kunskapsanspråk kan ske genom att ställa upp kriterier för vad som ska betraktas som kunskap. Institut som Cochrane och SBU tillämpar denna metod när man genomför kunskapssammanställningar genom att på

förhand definiera vilken typ av kunskap man ska ta hänsyn till. Det är en fungerande metod för att sammanställa vilka interventioner som utifrån vissa kunskapskriterier har bäst evidens i den vetenskapliga litteraturen. Men metoden har konsekvenser. Vissa behandlingsmetoder, oftast läkemedel, kan komma att prioriteras. Metoden kan också leda till att kunskap om vissa patientpopulationer utesluts på grund av att den kunskap som finns om dessa grupper inte uppfyller kunskapskriterierna. Kvinnor och multisjuka är två sådana grupper.

En annan metod för temporär kunskapsstabilisering är att sammanjämka olika kunskapsanspråk. En sådan sammanjämkning kan ske på många sätt. Dåvarande Läkemedelsförmånsnämndens (LFN) arbete med att fatta beslut om vilka migränläkemedel som skall subventioneras av samhället ger ett exempel. Detta beslut skulle vara grundat på medicinsk och hälsoekonomisk vetenskaplig kunskap, men nämnden ställdes snabbt inför problemet att studier av olika läkemedels effekter inte var jämförbara på grund av att de använde många olika effektmått (endpoints). Lösningen blev att ta fram en enkel modell, där alla läkemedel utvärderades utifrån en och samma effekt. Därmed blev den mångfaldiga kunskapen om migränläkemedels effekter enhetlig och möjlig att jämföra. Samtidigt tappade man naturligtvis en mängd effektmått som många läkare och patienter skulle betrakta som i högsta grad relevanta för att bedöma värdet av ett migränläkemedel för en enskild patient (Sjögren 2006).

Både SBU och LFN:s efterträdare, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), erbjuder många exempel på ett framgångsrikt arbete med att skapa samstämmig och stabil kunskap, via uteslutning eller sammanjämkning av olika kunskapsanspråk. Av de två kan SBU, ur ett handlingsperspektiv, sägas ha en enklare uppgift. SBU ska ta fram kunskaps-sammanställningar, inte behandlingsriktlinjer eller beslutsunderlag. Myndigheten har inga krav på sig att åstadkomma eller ta ansvar för praktisk handling. Inte heller på att få fram kunskap inom ett visst område inom en viss tid. Kunskapssammanställningar kan försenas och finner man inte kunskap om en fråga som är av tillräckligt god kvalitet har man inget ansvar utöver att konstatera det. TLV har en besvärligare uppgift eftersom man ska fatta beslut som får direkta, praktiska konsekvenser, och de besluten måste legitimeras med hänvisning till vetenskaplig kunskap. Det är en uppgift som kan krävas ett omfattande och kreativt arbete för att finna sätt att skapa ett både entydigt och stabilt kunskapsunderlag. Man har dock en utväg om det inte är möjligt att skapa ett sådant underlag, att säga ja till att subventionera ett läkemedel och flytta beslutet om subvention till den förskrivande läkaren. Migränläkemedel kom i slutändan att hanteras på detta sätt (Sjögren 2006).

Generella riktlinjer och praktisk handling

Organisationsforskare som förespråkar evidensbaserad ledning beskriver regelmässigt evidensbaserad medicin som en stor framgång. Det råder ingen diskussion om att allt det arbete som genomförts för att skapa evidensbaserade sammanställningar och riktlinjer är imponerande. Samtidigt är de som är verksamma inom området väl medvetna om att det finns problem. Ett återkommande problem är gapet mellan riktlinjer och praktik. Att riktlinjer är baserade på temporärt stabiliserad kunskap där stabiliseringen har gjorts i ett visst sammanhang och i ett visst syfte antyder att evidensbaserad kunskap inte med självklarhet är så allmängiltig att den fungerar som beslutsunderlag i olika lokala praktiker med olika förutsättningar och behov. Det är exempelvis skillnad på att ta fram en generell behandlingsrekommendation och att fatta beslut om enskilda patienters behandling. I det sistnämnda fallet kan vara svårt att bortse från

den enskilda patientens erfarenhetsbaserade kunskap, oberoende av om den strider mot etablerad evidens. Ett annat exempel på att relevant kunskap är beroende av sammanhang och syfte är att hälsoekonomisk kunskap om olika läkemedels kostnadseffektivitet är av begränsat intresse för ett landsting. Hälsoekonomiska kostnads-/nyttokalkyler bygger på ett samhällsperspektiv, vilket gör dem relevanta för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets beslut om vilka läkemedel som samhället ska subventionera. Ett landsting däremot har lagstadgade krav på att balansera sin budget, det vill säga den viktiga frågan är hur kostnader förhåller sig till intäkter, inte till abstrakta begrepp som samhällsnytta.

Att hälsoekonomisk nytta är av föga intresse för ett landsting pekar på en skillnad mellan verksamheter som SBU och TLV å den ena sidan, och landsting och kommuner å den andra. När de sistnämnda ska fatta kunskapsbaserade beslut, till exempel i form av lokala vårdprogram, ställs krav både på ekonomisk prioritering och på praktisk handling. Krav på praktisk handling kan kräva många olika typer av kunskaper. Kunskap från evidensbaserade riktlinjer baserade på kliniska studier, kunskap om hur olika metoder fungerar i vårdpraktiken, kunskap om vilka organisatoriska förutsättningar som krävs för att införa en behandling i form av exempelvis utbildning av personal och kunskap om budgetekonomiska konsekvenser av olika lösningar. Det är ingen lätt uppgift att formera denna mångfald av kunskaper till ett samstämmigt och stabilt kunskapsunderlag som kan ligga till grund för ett beslut. Det är också troligt att en hel del behövlig kunskap som exempelvis rör behandlingsmetodens praktiska effekter och förutsättningar, antingen saknas eller är av undermålig kvalitet. Men i landsting och kommuner är det svårt att använda brist på kunskap som ett argument för att inte fatta beslut. Oberoende av om det finns tillräcklig evidens så ska befolkningen ges vård (Fernler 2010).

Det är sålunda inte bara när organisationsteoretisk kunskap ska ligga grund för evidensbaserad ledning som det kan vara svårt att formera en så samstämmig, generaliserbar och stabil kunskapsbas som idén med kunskapsstyrning förutsätter. Att kunskapsstyra praktisknära prioritering och organisering av vardagens vård och behandling skapar också behov av att ta hänsyn till en mångfald av kunskapsperspektiv och kunskapsanspråk som ibland står i konflikt med varandra. Här kan den tidigare diskussionen kring den organisationsteoretiska kunskapens karaktär ge en förklaring till att evidensbaserad medicin varit en framgång på central nivå vad gäller att ta fram evidensbaserad kunskap, samtidigt som den lokala följsamheten till den kunskapen varit betydligt sämre.

Vad kan evidensbaserad ledning bidra med?

Syftet med den här rapporten har varit att diskutera om evidensbaserad ledning är en lämplig väg för att förbättra organisationers verksamhet, särskilt inom hälso- och sjukvården och näralliggande områden. Fokus har legat på att problematisera denna idé. Vi har pekat på att trots ett ökande intresse för evidensbaserad ledning är det svårt att finna evidens för att denna idé har ett värde för organisationers resultat. Bristen på evidens är påtaglig om man utgår från evidensrörelsens princip, att kunskap ska baseras på evidensgraderade översikter av vetenskaplig litteratur där randomiserade och kontrollerade studier ges högst värde. Tar man i stället sin utgångspunkt i den kunskap som organisationsteorin primärt kan erbjuda, det vill säga generella mönster som beskriver konsekvenser av att införa lösningar som bygger på liknande logik, kan man också tala om brist på evidens. Evidensbaserad ledning förutsätter att beslutsprocesser följer en målrationell logik, men empiriska studier visar att

kunskap har en mer begränsad roll för beslutet än vad denna modell postulerar. Organisationsteoretisk kunskap har dessutom egenskaper som gör det svårt att formera en klar, entydig och stabil kunskapsbas. Studier visar att detta är en svår uppgift också inom medicinsk vetenskap. Inom organisationsteorin är de svårigheterna betydligt större.

Det finns en påtaglig tendens bland moderna organisationer att i perioder attraheras av, och införa samma organisationslösning. Evidensbaserad ledning har goda förutsättningar att bli en sådan lösning, särskilt inom hälso- och sjukvården. Denna idé kombinerar två starka och väl etablerade normer för hur organisationer ska agera. De ska fatta målrationella beslut och de ska basera besluten på bästa möjliga kunskap. Hittills har försöken att få organisationer att följa dessa normer varit måttligt framgångsrika, organisationers beslutsprocesser och kunskapsanvändning fortsätter att ha en annan karaktär (Brunsson 2007). Det är möjligt att evidensbaserad ledning kommer att bli en mer framgångsrik reform, men det är också möjligt att metoden kommer att användas som ett sätt för sjukvårdens, och andra organisationers ledningsgrupper, att legitimera sin verksamhet utåt, i relation till patientorganisationer, professionella sammanslutningar, myndigheter och allmänhet. Sådan legitimering gentemot omvärlden, sker via prat och beslut, till exempel planer. Hur en metod används i den organisatoriska praktiken är av mindre betydelse. Många studier visar också på att lösningar som är på modet tenderar att omtolkas i så hög grad i olika praktiker, att det till slut inte återstår mycket mer gemensamt än en väl spridd etikett (för exempel se Rombach 1991, Modig och Åhlström 2011). Det är inte osannolikt att evidensbaserad ledning så småningom går samma väg. Som tidigare beskrivits finns det redan idag i forskningslitteraturen så breda tolkningar att idén om evidensbaserad ledning närmast kan beskrivas som en uppmaning till ledare att använda sitt förnuft och tänka lite innan de handlar.

I den mån det finns ett intresse för att driva ett mer evidensbaserat ledningsarbete är det några frågor som är värda att tänka på. För det första, givet komplexiteten i att sammanställa organisationsteoretisk kunskap finns det anledning att vara mycket selektiv vad gäller ambitionen att genomföra evidensbaserad ledning i mer snäv bemärkelse. Om evidensbaserad ledning handlar om att fatta beslut på grundval av vetenskaplig kunskap, krävs stora insatser för att formera den kunskapsbasen. Det arbetet måste göras på nationell nivå. Det är orimligt att förvänta sig att vare sig landsting, kommuner, än mindre lokala vårdgivare ska ha möjlighet att åstadkomma sådana sammanställningar. Även nationellt är det troligt att evidensbaserad kunskap måste begränsas till strategiskt viktiga kärnfrågor som är centrala för många aktörer inom ett område. Ett exempel är SBU:s systematiska litteraturoversikt kring triage och flödesprocesser på akutmottagningen (SBU 2010). Den stora mängd kontextuella faktorer som kan påverka effekterna av en organisationslösning lokalt gör dock att det vore djupt oroande om det blev alltför stor följsamhet till resultat av sådana översikter.

Den systematiska översikten kring flödesprocesser och triage illustrerar även svårigheterna att ta fram klassisk evidens för en organisationslösningens effekter. Evidensrörelsens evidens-kriterier bygger på medicinsk forskning. Inom medicinsk forskning är randomisering och standardisering av patientpopulationer och kontroller en central grundbult. Inom organisationsteorin har man mycket sällan möjlighet att åstadkomma så hård standardisering och kontroll. Möjligtvis kan man kontrollera för ett fåtal av många potentiellt viktiga kontextuella faktorer. Följden är att organisationsteoretisk forskning nästan aldrig kan peka på tydliga kausala samband, där införandet av lösning X, genererar effekterna Y givet en viss

organisationspopulation med vissa karaktäristika. Det gör att organisationsteoretisk forskning sällan är valid i den medicinska vetenskapens mening. Om det finns förhoppningar om att ett införande av evidensbaserad ledning ska skapa den typen av valid kunskap finns det anledning att tänka om.

Ska man formera rättvisande kunskapsunderlag med utgångspunkt i organisationsteori är det snarare en förutsättning att man accepterar att detta område tillhör ett annat vetenskapligt paradigm än det medicinska. En följd av organisationers starka kontextuella förankring, där många faktorer kan påverka en lösning, är att en stor del av forskningen fokuserar på att förstå processer. I stället för enkla kausala samband mellan lösning X och effekt Y erbjuder därför området empiriskt grundade, teoretiskt informerade beskrivningar av grundläggande mönster och principiella samband mellan lösningar och deras konsekvenser. Sådana mönster kan vara relativt generaliserbara, vilket ger möjlighet att via inferens peka på att en viss organisationslösning kan förmodas få vissa effekter, på grund av att den bygger på vissa principer som också ligger till grund för andra tidigare studerade lösningar. Att evidensbaserad ledning utgör en av många tidigare och nuvarande varianter av den målrationella beslutsmodellen är ett enkelt exempel på sådan inferens. Det är troligt att de effekter som tidigare försök att förstärka ett målrationellt beslutsfattande i organisationer kommer att uppstå också i relation till försök med evidensbaserad ledning.

För att åstadkomma en organisationsteoretisk "evidensbaserad" kunskapsbas räcker det följaktligen inte med att söka kunskap om en specifik lösning. Man behöver klargöra de grundläggande principer som lösningen baseras på, och söka kunskap om effekter av lösningar som bygger på liknande principer. Det gäller särskilt när en ny lösning lanseras eftersom det kan ta flera år innan ett införande av en organisationslösning får påtagliga resultat i en organisation, därmed än längre tid innan resultat av studier publiceras. Här finns det anledning att relatera till den bredare tolkningen av evidensbaserad ledning, som inte enbart fokuserar på vetenskapliga data, utan också tar in lokal kunskapsgenerering och analyser av en lösnings logik.

Att analysera en organisationslösningens logik och dra paralleller till forskning om konsekvenser av andra, tidigare lösningar med liknande logik, kan vara ett lika komplext arbete som att genomföra en systematisk litteraturoversikt. Om man vill dra nytta av den organisationsteoretiska forskning som finns kan det finnas anledning att assistera den lokala praktiken med en annan typ av kunskapssammanställningar som är mer anpassad till organisationsforskningens strukturella uppbyggnad och som utnyttjar sådana paralleller. En sådan sammanställning lär inte förmedla kunskap av typen X leder till Y av storleken Z, men det kan ge ett underlag till, och utgöra en uppmuntran till lokala ledare att genomföra en strukturerad och systematisk reflektion och analys innan man fattar beslut om att införa en ny organisationslösning. Det innebär inte att en sådan analys kommer att styra ledarnas beslut. Som vi verkligen poängterat i den här rapporten finns det goda empiriska belägg för att anta att kunskap har ett begränsat inflytande över organisationers beslutsprocesser, särskilt när de är av en mer komplex karaktär. Men kunskap om alternativ och konsekvenser har naturligtvis en viss påverkan. Att lägga fokus på att formera kunskap på strategiskt viktiga områden och frågor, och att acceptera att organisationsteoretisk forskning har den karaktär den har, är två vägar att gå om man vill uppmuntra till ett mer evidensbaserat ledningsarbete.

Referenser

- Arndt, Margarete och Bigelow, Barbara (2009) Evidence-based management in health care organizations: A cautionary note. *Health Care Management Review*, 34 (3):206-213.
- Baier, Vicki Eaton, March, James G och Saetren, Harald (1986) Ambiguity and Implementation. *Scandinavian Journal of Management Studies*, 2 (3-4): 197-212.
- Berg, Marc och Mol, Annemarie (red) (1998) Differences in medicine. London: Duke University Press.
- Bohlin, Ingemar (2010) Evidensbaserat beslutsfattande i ett vetenskapsbaserat samhälle: Om evidensrörelsens ursprung, utbredning och dess gränser. I Bohlin, I. och M. Sager (red) Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Lund: Arkiv förlag.
- Bohlin, Ingemar och Sager, Morten (red) (2010) Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Lund: Arkiv förlag.
- Borum, Finn (1999) Perspektiver på förändringsprocesser i sundheds- og sygehusfeltet. I Zeuthen Bentsen, Eva, Borum, Finn, Erlingsdottir, Gudbjorg och Sahlin-Andersson, Kerstin (red) Når styrningsambitioner møder praksis. København: Copenhagen Business School Press.
- Brunsson, Nils (1985) The Irrational Organization. Chichester: John Wiley & Sons.
- Brunsson, Nils (1989) The Organization of Hypocrisy. Chichester: John Wiley & Sons.
- Brunsson, Nils (2007) The Consequences of Decision-Making. Oxford: Oxford University Press.
- Cyert, Richard M. och March, James G (1963) A Behavioral Theory of the Firm. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- DiMaggio, Paul J. och Powell, Walter W (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Institutional Fields. *American Sociological Review*, 48 (2):147-160.
- Feldman, Martha S. och March, James G. (1981) Information in Organizations as Signal and Symbol. *Administrative Science Quarterly*, 26 (2): 171-86.
- Farlie, Ewan B. och Shortell, Stephen M (2001) Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly*, 79 (2):281-315.
- Fernler, Karin (2010) Kunskapsstyrningens praktik – kunskaper, verksamhetsrationaliteter och vikten av organisation. Bohlin, I. och Sager, M (red) Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Lund: Arkiv förlag.
- Fernler, Karin och Sjögren, Ebba (2010) Democratic priority setting? Organizing multiple stakeholders to take decisions in the healthcare sector. I Soneryd, Linda, Sundström, Göran och Furusten, Staffan (red) Organizing democracy. Berlin: deGruyter.
- Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik (red) (2005) Klokare regler? Kunskap i regelsamhället. Lund: Studentlitteratur.
- Fries, Liv, Helgesson, Claes-Fredrik och Fernler, Karin (2005) Mer än en litteraturoversikt: evidensbaserade kunskapssammanställningar som regelsättare. Ur Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik (red) Klokare regler? Kunskap i regelsamhället. Lund: Studentlitteratur.
- Garpenby, Peter och Carlsson, Per (1999) Mot bättre vetande – statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården, bilaga 6. Ur SOU 1999:66 God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Fritzes.
- Helgesson, Claes-Fredrik och Fernler, Karin (2006) Initierad ignorans: om översättning av kunskap till regler. Ur Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik (red) Klokare regler? Kunskap i regelsamhället. Lund: Studentlitteratur.
- Helgesson, Claes-Fredrik (2010) Avstånd och datavätt i stora kliniska läkemedelsprövningar. Om två förbisedda företeelser som ökar prövningarnas trovärdighet. I Bohlin, I. och Sager, M (red) Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken. Lund: Arkiv förlag.
- Hult, Erica (2006) Vetenskap i paketerad form. Framväxten av evidensbaserad medicin. Ur Levay, Charlotte och Waks, Caroline (red) Strävan efter transparens. Stockholm: SNS.

- Jasanoff, Sheila (1990) *The Fifth Branch; science advisors as policy makers*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Kovner, Anthony R. och. Rundall, Thomas G (2006) Evidence-Based Management Reconsidered. *Frontiers of Health Services Management*, Spring: 3-22.
- Learmonth, Mark och Harding, Nancy (2006) Evidence-Based Management: The very idea. *Public Administration*, 84 (2): 245-266.
- March, James G. och Simon, Herbert (1958) *Organizations*. New York, NY: Wiley.
- March, James G. (1978) Bounded rationality, ambiguity, and the engineering of choice. *The Bell Journal of Economics*, 9 (2):587-608.
- March, James G. (1988) *Decisions and Organizations*. Oxford: Basil Blackwell.
- March, James G. (1987) Ambiguity and accounting: the elusive link between information and decision-making. *Accounting, Organization and Society*, 12 (2):153-168.
- March, James G. (1994) *A Primer on Decision Making – How Decisions Happen*. New York; NY: The Free Press.
- Meyer, John W. och Rowan, Brian (1977) Institutionalized Organisations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83 (2): 340-363.
- Modig, Niklas och Åhlström, Pär (2011) *Vad är lean?* Stockholm: SEIR.
- Mol, Annemarie (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press.
- Pfeffer, Jeffrey och Sutton, Robert I (2006) Evidence-Based Management. *Harvard Business Review*, OnPoint Article, Jan 2006.
- Reay, Trisch, Berta, Whitney och Kazman Kohn, Melanie (2009) What's the Evidence on Evidence-Based Management? *Academy of Management Perspectives*, nov: 5-18.
- Rombach, Björn (1991) *Det går inte att styra med mål*. Lund: Studentlitteratur.
- Rousseau, Denise M. (2006) Is there such a thing as "evidence-based management"? *Academy of Management Review*, 31 (2): 256-269.
- Røvik, Kjell Arne (1992) *Den "syke" stat. Myter och moter i omstillingsarbeidet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- SBU (2010) *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Rapport 197*.
- Scott, Richard W., Ruef, Martin, Mendel, Peter J och. Caronna, Carol A (2000) *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: Chicago University Press.
- Sjögren, Ebba (2006) *Reasonable drugs: making decisions with ambiguous knowledge*. EFI: Stockholm.
- Socialstyrelsen (SoS) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2009) *Mot en effektivare kunskapsstyrning*.
- SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. Stockholm: Fritzes.
- Tenbensel, Tim (2000) Health prioritisation as rationalist policy making: problems, prognoses and prospects, *Policy & Politics*, 28: 425-440.
- Tenbensel, Tim (2002) Interpreting public input into priority-setting: the role of mediating institutions. *Health Policy*, 62(2):173-94.
- Tenbensel, Tim (2004) Does more evidence lead to better policy? The implications of explicit priority-setting in New Zealand's health policy for evidence-based policy. *Policy Studies*, 2 (3):189-207.
- Timmermans, Stefan och Berg, Marc (2003) *The Gold Standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Walshe, Kieran och Rundall, Thomas G (2001) *Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care*. *The Milbank Quarterly*, 79 (3):429-457.

Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården

Orsaker och implikationer för de statliga
myndigheternas roll

Claes Fredrik Helgesson



Förord

Ett enskilt försök till styrning får sällan verka i ensamt majestät. Sällan får någon lag, regel eller riktlinje isolerat, och därmed med full kraft, påverka den verksamhet och de handlingar den är avsedd att påverka. Situationer där en upplyst vilja genom ett ensamt försök till styrning tillåts verka förekommer inte ens i de enklaste av berättelser, så inte heller i verkligheten. I själva verket karaktäriseras samtliga situationer av att de utgör en mötesplats för flera olika försök att på olika sätt påverka den. Det gäller inte minst olika delar av hälso- och sjukvården.

I det här underlaget reflekterar jag kring den ymniga förekomsten av försök till styrning inom just hälso- och sjukvården och det faktum att olika försök till styrning ibland kan framstå som motstridiga. Jag menar att åtminstone två av orsakerna bakom att det finns en mångfaldig och motstridig styrning är av sådan karaktär att det knappast är rimligt att ens tro att det är möjligt att eliminera alla motstridigheter. Den första orsaken har att göra med kunskapsbildningens natur, det vill säga hur kunskap bildas och sprids inom hälso- och sjukvården. Den andra har att göra med de många värden som hälso- och sjukvården helt legitimt har att beakta.

Denna syn på den mångfaldiga styrningens orsaker implicerar ingalunda att försök till styrning är i regel är omotiverade. Den här presenterade synen på styrning innebär emellertid att det är omotiverat att tro eller kräva att verksamheter i alla lägen kan, eller ens bör, uppvisa en fullständig följsamhet till all styrning. I regel krävs att det i de verksamheter som styrs görs situationsanpassade avvägningar och bedömningar. Det handlar om att bedöma hur pass väl olika styrförsök är tillämpliga i den enskilda situationen, och att göra en för situationen god avvägning mellan olika värden.

En konsekvens av det här framställda perspektivet är därför den till synes motsägelsefulla observationen att en ökad mängd styrning förutsätter ett ökat behov av lokal autonomi. När styrningen ökar och blir mer motstridig förutsätter den en ökad självständighet hos de verksamheter som ska styras. Kloka ledningssystem bör ta hänsyn till verksamheternas behov och förmåga att göra just sådana avvägningar och bedömningar.

Föreliggande text reproduceras här med medgivande av "Statens vård- och omsorgsutredning" som formulerade uppdraget att skriva den, och som kommer presentera den som en bilaga till sitt slutbetänkande. Tankarna till texten har emellertid formulerats, och precisrats, i nära samspel med andra delar av den forskargrupp som arbetat med LHC:s uppdrag att ge inspel till Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för ledning och styrning.

Styrningens villkor inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning. Med det menas att konkreta vårdverksamheter mottar en mängd styrsignaler från en eller flera olika källor. Den hierarkiska styrningen inom en organisation såsom ett landsting utgör bara en liten av alla styrsignaler som berör en enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården. Till den traditionella hierarkiska styrningen kan läggas styrning från myndigheter såsom behandlingsriktlinjer utgivna av Socialstyrelsen, läkemedelsgodkännanden utfärdade av Läkemedelsverket, och subventionsbeslut tagna av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). Vidare förekommer både tvingande regler och mjukare riktlinjer rörande vad olika professioner kan och bör ägna sig åt. De hierarkiska styrsignalerna inom en organisation kan, till sist, i sig vara mångfacetterade och omfatta arbetets fördelning mellan olika enheter, avtal till en beställarenhet inom samma organisation, resultatkrav från en ägare (som vid landstingsdriven verksamhet juridiskt är densamma som beställaren) och lokala vårdprogram.

Syftet med detta underlag är att ge ett underlag för diskussion om vilken roll statliga myndigheter kan ha, givet ett perspektiv som lyfter fram och ger en förklaring till varför hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

Först utvecklas och exemplifieras den inledande diskussionen om den mångfaldiga styrningen som fenomen. Därefter ges ett förslag två grundläggande orsaker som var och en bidrar till att sjukvården präglas av just denna mångfaldiga styrning. Avsnittet därefter ger ett förslag på några konsekvenser som den mångfaldiga styrningen har för dem som har att bedriva konkret verksamhet inom hälso- och sjukvården. Detta PM avslutas med ett resonemang om vad detta innebär för vilka roller och självuppfattningar som statliga myndigheter bör inta.

Den mångfaldiga styrningen exemplifierad

Vad som menas med den mångfaldiga styrningen kan förmodligen bäst beskrivas genom ett tänkt exempel, även om varje sådant exempel inte kan ge full rättvisa åt den komplexitet som avses med uttrycket. Betänk en enkel vardagssituation såsom den där en läkare på en vårdcentral står i begrepp att för första gången skriva ett recept på ett blodfettsänkande läkemedel för en av sina patienter. Vilka regler, riktlinjer och standarder är i princip tillämpliga i en sådan situation? Vilken styrning kan med andra ord i någon mening ses som försök att påverka hur situationer såsom denna förloper? Med lite inlevelse blir listan snabbt lång och varierad: Regler om behörighet att förskriva läkemedel samsas med Socialstyrelsens riktlinjer, det aktuella landstingens läkemedelslista med rekommenderade läkemedel och primärvårdens resultatansvar, osv. Det är kort sagt många styrsignaler med olika avsändare och bredd som den vårdprofessionelle har att hantera även i en såpass enkel situation som denna.

Det händer, rätt ofta menar jag, att olika former av styrning pekar åt olika håll. Med det menar jag att den mångfaldiga styrningen ofta kan innehålla ett mått av motstridighet. I det ovan givna exemplet kan exempelvis ett läkemedelspris vara en viktig aspekt i diskussioner om en lokal läkemedelsbudget, medan priset vägs mot nyttoeffekter på ett annat sätt när nationella riktlinjer och subventionsbeslut formuleras. I en annan situation kan betydelsen av patientinflytande komma i konflikt med skyldigheten att ge god vård.

Är motstridigheter mellan olika former av styrning något som kan, eller åtminstone borde, gallras bort? Rak och tydlig ledning och styrning framhålls ofta som honnörsord på samma sätt som styrning med ”dubbla budskap” ses som problematisk. Det är också lätt att föreställa sig hur en snårskog av styrning lätt blir till förfång för den verksamhet som är utsatt för den. Det gäller särskilt om verksamheten drivs av en blind ambition att vara följsam till all styrning. Förekomsten av en mångfaldig och motstridig styrning har svårt att framstå som ett uttryck för en alltigenom idealisk situation. Jag hävdar dock att dess motsats inte är ett möjligt eller ens ett fullt ut eftersträvanvärt ideal.

Jag vill lyfta fram två företeelser som bidrar till att göra styrningen mångfaldig och som dessutom kan orsaka motstridigheter mellan olika försök till styrning. Den första företeelsen har att göra med kunskapsbildningens natur, det vill säga hur kunskap bildas och sprids inom hälso- och sjukvården. Den andra har att göra med de många värden som hälso- och sjukvården helt legitimt har att beakta. Dessa två företeelser är vidare av sådan grundläggande natur att det är svårt att se hur det i praktiken skulle vara möjligt att eliminera deras bidrag till att styrning blir mångfaldig. De är med andra ord båda av en sådan karaktär att de är något som hälso- och sjukvårdens organisationer har att leva med snarare än något som går att organisera bort.

Kunskapsbildningens natur

Kunskap har en omvittnat central roll inom hälso- och sjukvården. Det syns inte minst i den betydelse som evidens och kunskapsstyrning ofta ges i diskussioner om hur hälso- och sjukvården ska styras. De konkreta vårdnära aktiviteterna inom hälso- och sjukvården är också på många sätt kunskapsintensiva. (Denna kunskapsintensitet kan illustreras av den mängd kunskap, såväl generell som patientspecifik, som är aktuell att beakta i situationer som den i det ovan skisserade exemplet där en läkare står i begrepp att förskriva ett läkemedel.)

Det finns emellertid några aspekter rörande kunskap och kunskapsbildning som ibland glöms bort i diskussioner om styrning med kunskap. Dessa aspekter kan sammanfattas i tre breda observationer: 1) kunskap är ofta föränderlig, 2) det är inte alltid lätt att veta om den är tillämplig i en enskild situation och 3) kunskap är inte alltid entydig. (För en mer extensiv, men tillgänglig version av denna diskussion hänvisas till: Fernler m.fl. 2008).

Kunskapsläget förändras ständigt. Det gäller inte minst många av de fält som har betydelse för hälso- och sjukvården. Betydande resurser investeras i forskning som kan ge resultat av betydelse för hälso- och sjukvårdens verksamhet. Ny kunskap kan komma i former av nya rön om biologiska mekanismer, nya belägg för värdet av en viss behandling i vissa situationer, eller, för all del, resultat som ger en grund för att ifrågasätta ett kunskapsläge som länge ansetts vara stabilt. Kort sagt: Vad som anses vara kunskap förändras med tiden. Ytterligare ett sätt att uttrycka detta är att evidensläget är föränderligt. En viktig konsekvens av detta är att den kunskapsbas som är tillgänglig för utformning av olika typer av styrning inte är helt igenom stabil.

Även välgrundad kunskap är inte alltid tillämplig eller betydelsefull för en konkret situation. Ett väl känt villkor för vetenskaplig kunskapsproduktion är att den i regel sker genom etablerade former av metodiskt arbete. Inom medicinen är ett vedertaget metodologiskt

grepp att försöka kontrollera stora delar av en försökssituation för att säkerställa orsaken till en avläst effekt. (Regler för vilka patienter som ska ingå i en prövning är ett exempel på en sådan ansträngning och randomisering är en annan metod som ska eliminera att oönskade faktorer påverkar den effekt som avses studeras.) En välbekant baksida av ett sådant tillvägagångssätt är att det kan vara svårt att säkerställa räckvidden för den resulterande kunskapen. Det kan med andra ord vara svårt att veta hur, och i vilken mån, ett givet resultat även är giltigt för situationer som inte i allt liknar försökssituationen. (Detta kallas ibland frågan om den externa validiteten för en studie.)

I vilken mån någon form av kunskap om exempelvis effekterna av en intervention är tillämplig i andra situationer är ofta en central fråga. Detta är inte heller något som i sig löses av en aldrig så kontrollerad försökssituation (snarare tvärt om!). Det kan här också vara värt att påminna sig om att statistisk signifikans i en vetenskapligt upplagd studie inte är ett mått på vare sig att studiens resultat är betydelsefullt eller att resultatet är tillämpligt utanför försökssituationen. Frågorna om huruvida kunskap är betydelsefull och tillämplig i en konkret situation är i stället viktiga bedömningsfrågor. Dessa bedömningar har då inte bara att beakta huruvida kunskapsproduktionen är väl genomförd. En sådan bedömning har också att beakta huruvida kunskapen är tillämplig och betydelsefull för den aktuella situationen.

Kunskap utvecklas i olika vetenskapliga fält med olika regler och normer för vad som ska anses vara god metod osv. Vetenskapshistorikern Thomas Kuhn tillägnade sig på 1960-talet begreppet paradigm för att beskriva hur den vetenskapliga utvecklingen föreföll innehålla en avlösning av sinsemellan oförenliga vetenskapliga paradigm (Kuhn 1962). Det som var vedertagen kunskap, metod, osv inom ett paradigm saknade relevans i ett efterföljande dito. Paradigmbegreppet fokuserar på hur ett vetenskapsfält inkluderar ett kunskapssystem som ger stöd för ett specifikt sätt att se på och utforska verkligheten. Det har sedan Kuhn av många observerats hur forskningsfält alltmer specialiseras och till och med fragmenteras.

Det är idag inte vågat att påstå att dagens vetenskapssamfund samlar en mängd, sinsemellan oförenliga, paradigm. Det går även att identifiera sådana motstridigheter mellan olika paradigm inom medicinen. Kort sagt, vetenskapligt grundad kunskap från olika fält är inte sinsemellan fullständigt förenliga. (Skillnader mellan hur olika delar av psykologin och psykiatrin betraktar vissa sjukdomstillstånd utgör tydliga exempel på detta förhållande.) Det går att på en filosofisk nivå tvista om huruvida denna mångfald är principiellt nödvändig eller ej, men det skulle leda för långt att föra den här. För denna framställning räcker det med att konstatera att vetenskapssamfundet även i för sjukvården relevanta discipliner i praktiken är mång-paradigmatisk och lär så förbli.

Dessa tre grundläggande observationer om kunskap och kunskapsbildning har betydande konsekvenser för styrning inom hälso- och sjukvården. De innebär, för det första, att kunskap inte alltid kan utgöra en entydig och stabil grund för styrning. De innebär också att det inte är förvånande om en enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet kan utsättas för flera, till och med motstridiga, försök till styrning som har det gemensamt att de grundas i vetenskaplig kunskap. Det innebär, till sist, att hälso- och sjukvårdsverksamhet ofta har goda skäl för att ställa sig frågan i vilken mån någon form kunskapsbaserad styrning grundas på kunskap som är tillämplig i det enskilda fall som ligger för handen.

För att sammanfatta detta avsnitt: Det finns flera skäl till varför kunskap och kunskapsbildningens natur bidrar till att hälso- och sjukvården präglas av en mångfaldig styrning.

En värld präglad av många, ibland svårförenliga, värden

Hälso- och sjukvården har att förhålla sig till flera, ibland svårförenliga, värden. Det föreskrivs exempelvis i lagstiftning att behovssolidaritet är ett viktigt värde att värna inom hälso- och sjukvården, liksom att resurser ska användas där de kan ha hälso-effekter. Detta leder till situationer där sinsemellan oförenliga värden kan komma att stå emot varandra. Vi får olösliga så kallade mål-konflikter. Flera, var och en goda, ting går i sådana situationer inte att samtidigt fullt ut prioritera. För att ta ett drastiskt exempel: En reform där samtliga resurser i sjukvården började fördelas för att få maximal sammanlagd hälsoeffekt i samhället skulle stå i kraftig strid mot principerna om behovssolidaritet och alla människors lika värde. (Kostnadsnyttokalkyler, som i regel inte tar hänsyn till fördelningseffekter, "ser" och synliggör vissa värden, men är blinda för andra som därmed osynliggörs.)

Behovet av att samtidigt värna flera sinsemellan svårförenliga värden är kännetecknande för många olika delar av hälso- och sjukvården. Detta känns med säkerhet igen av såväl en verksamhetschef på en sjukvårds klinik som en tjänsteman på läkemedelsverket eller för all del någon som arbetar på ett läkemedelsbolag. Förmodligen är behovet av sådan värdebalkansering dock som mest accentuerad för de som är nära den konkreta hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det är ofta i konkreta situationer kring enskilda fall som utmaningen att samtidigt värna flera svårförenliga värden ställs på sin yttersta spets. En situation som kan illustrera detta är den där förskrivning av antibiotika är aktuell. Där kan värden såsom patientens välbefinnande inflytande över behandlingsval kan komma att stå emot värdet av att inte öka antibiotikaresistensen. (Om värdet av att inte öka antibiotikaresistensen vore det entydigt övergripande målet, så vore det ju rimligt att all relevant styrning verkade mot detta mål genom sådant som riktlinjer som avråder från antibiotikaanvändning, att all antibiotika avförs från läkemedelssubventionen, att straffavgifter införs för de som alltjämt skriver ut recept på antibiotika osv.)

Det förekommer ofta försök till styrning som har ambitionen att balansera flera svårförenliga värden. Detta är fullt naturligt och rimligt, men kan också leda till tanken att det skulle vara möjligt att styra vårdens vardag genom en balanserad incitamentsstruktur som fullt har tagit hänsyn till och balanserar alla de värdekonflikter som hälso- och sjukvården har att hantera. Sådana föreställningar lever dock förmodligen bäst i idévärldens tunnare luft eftersom ingen värdebalkansering "på distans" fullt ut kan bistå med en situationsanpassad balansering av de olika värden som hälso- och sjukvårdens praktik har att förhålla sig till.

Den mångfaldiga styrningen har således inte bara sin grund i att kunskapsläget inte alltid är stabilt eller förenligt. Den mångfaldiga styrningen har också en grund i att hälso- och sjukvården är en verksamhet som ofta behöver ta hänsyn till flera sinsemellan svårförenliga värden.

En omfattande och mångfaldig styrning förutsätter autonomi

Det är vid det här laget välbekant att generella principer måste ”översättas” och situationsanpassas om de ska ha något genomslag i en konkret verksamhet (se Czarniawska och Sevón, 1996). När antalet försök till styrning ökar, ökar därmed kraven på översättning och balansering av dessa liksom frågorna om tillämpbarhet i det enskilda fallet. Det är därför knappast förvånande att det finns ymnigt med vittnesmål om att det är krävande att verka och leda inom hälso- och sjukvården. Det finns också de som hävdar att den tilltagande tilliten till styrning med regler och ekonomiska incitament förbiser betydelsen av en praktiskt grundad klokskap som bland annat har att just hantera olika former av styrning (se Schwartz och Sharpe 2010).

Handling verkar dock i praktiken vara möjlig. All den mångfald av styrning som verksamheten är föremål för kan få det att framstå som om det i princip är omöjligt att agera inom hälso- och sjukvården. Samtidigt kan vi se hur det varje dag fattas oändliga mängder med beslut som vart och ett i praktiken innebär en avvägning mellan flera, ibland motstridiga, styrsignaler och värden. Det pekar på att förekomsten av en mångfaldig styrning förutsätter att självständiga och professionellt grundade bedömningar och avvägningar görs i hur styrningen ska uttolkas och tillämpas i enskilda situationer. När det inte finns någon entydig övergripande princip som kan trumfa alla andra, så måste den situationsanpassade professionella bedömningen utgöra den medlande mekanism som hanterar olika, och ibland oförenliga, försök till styrning. Det gör också att vi kan förvänta oss att det inom hälso- och sjukvårdsverksamhet kan fattas många välgrundade beslut som inte desto mindre otvetydigt står i strid mot vissa försök till styrning.

Det finns de bedömare som hävdar att den ökade styrningen i sjukvården, och inte minst den tilltagande betydelsen av medicinska riktlinjer, leder till en avprofessionalisering av de medicinska professionerna. Andra menar att det inte är så enkelt (för en diskussion se, t.ex. Timmermans och Berg, s 114). Min hållning är här emellertid inte primärt deskriptiv utan preskriptiv; en ökad styrning leder till ett ökat behov av en lokal förmåga att hantera styrning. I detta ligger en starkt förmåga hos medarbetare inom olika medicinska professioner i en verksamhet att omdömesgillt och tillsammans hantera olika former av styrning.

En konsekvens av ovanstående är den till synes motsägelsefulla observationen att en ökad mängd styrning förutsätter ett ökat behov av autonomi hos de verksamheter som ska styras. Detta behövs därför att en ökad mängd styrning i regel leder till ett ökat behov av fler situationsanpassade avvägningar och bedömningar. När styrningen ökar och blir mer motstridig förutsätter den en ökad självständig förmåga hos den verksamhet som ska styras.

Implikationer för de statliga myndigheternas roll

Vad innebär ovanstående för de olika statliga myndigheternas roller inom hälso- och sjukvården? Ett sätt att se på den mångfaldiga styrningen är att se den som just ett uttryck för att det finns flera sinsemellan svårförenliga värden som inte desto mindre samtidigt måste beaktas. Styrning som utgår från myndigheter och andra aktörer, såsom exempelvis professionella organisationer, framstår med ett sådant synsätt som till en del bärare av delvis olika värden.

Om vi accepterar ovanstående framstår inte frågor om myndigheternas roller och ansvarsområden som något som enbart kan förstås som grundad i en enkel arbetsdelning. Det är inte heller rimligt att i en framtida omorganisation tänka i termer av att all styrning skulle kunna samordnas i en enda myndighet eller fördelas enligt någon annan princip som skulle kunna göra den statliga styrningen på området helt igenom samordnad. Om vi accepterar ovanstående redovisade orsaker till den mångfaldiga styrningen så ligger det närmast i sakens natur att det i praktiken blir svårt att på myndighetsnivå samordna all styrning till en enda entydig styrsignal.

Förekomsten av flera myndigheter som var och en är inbegripna i styrning av hälso- och sjukvården skapar inte bara samordningsproblem. Det möjliggör också att flera olika värden samtidigt värnas och att flera olika kunskapsunderlag tas fram och användas. Det som ibland kan framstå som en bristande samordning mellan olika myndigheter kan därför i stället ses som ett uttryck för att flera värden behöver värnas samtidigt som de inte är alltigenom förenliga. Detta resonemang leder inte till att all form av bristande samordning av den statliga styrningen ska ses som något av godo. Det betyder däremot att diskussioner om hur den statliga myndighetsstrukturen kan förenklas och samordnas bör ge akt på de fall där det finns goda skäl att bibehålla en flerfaldighet i styrningen.

Hur är det då möjligt att särskilja när en mångfaldighet i den statliga styrningen har en legitim grund och när den primärt är till förfång för hälso- och sjukvårdens utveckling? En framkomlig väg skulle kunna vara att ställa några analytiska frågor rörande varje par av mångfald i den statliga styrningen:

I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de båda vilar på olika, men helt legitima, kunskapsunderlag som var och en har ett betydande värde för sjukvårdens praktik? Är det möjligt att på statlig nivå förena dessa två former av styrning utan att deras respektive betydelse för sjukvårdens praktik går förlorade? Är olikheterna i kunskapsunderlagen av en sådan art att det är de verksamma i vårdens vardag som är bäst skickade att bedöma deras respektive tillämplighet i enskilda situationer?

I vilken mån har dessa två uttryck för styrning sin huvudsakliga grund i att de värnar olika legitima värden som hälso- och sjukvårdens praktik samtidigt måste värna? Är det möjligt att på statlig nivå förena dessa två former av styrning utan att det allvarligt minskar förmågan hos de som är verksamma i vårdens vardag att göra situationsanpassade balanseringar mellan dessa värden?

Poängen med frågor av ovanstående typ är att de möjliggör att särskilja mellan den mångfald i styrningen som primärt är störande och den som utgör viktiga beståndsdelar och stöd för de situationsanpassade avvägningar och bedömningar som måste utföras i eller nära konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet. Frågorna lyfter fram att en värdering av olika försök till styrning bör ta hänsyn till att det ibland är i de konkreta situationerna som bedömningar om olika kunskapsunderlags tillämplighet bäst kan göras och vad som i den aktuella situationen är en lämplig avvägning mellan olika värden.

En tanke som visats ett ökat intresse under senare år är att skapa tydliga uppdelningar mellan statens tillsynande och normerande roller. En poäng i denna uppsats är emellertid

att det finns starka grunder för att olika normerande aktiviteter inte alltid kan vara samstämmiga; Olika regler och riktlinjer kan vara bärare av olika värden och/eller grundade i delvis olika kunskapsunderlag. Det innebär att det inte är idealt (eller ens möjligt) att samla samtliga normerande aktiviteter i en enda entydig styrning.

När det gäller tillsyn skulle det emellertid vara möjligt att tänka annorlunda. I den mån en tillsyn grundas i insikten att sjukvårdens praktik har att beakta och balansera flera olika former av styrning så skulle det vara möjligt med en tillsyn som har ett mycket bredare uppdrag än de som har att utforma normerande aktiviteter. En tillsyn grundad i praktikkens situation skulle inte bara skarpsynt granska följsamhet till styrning utan också vidsynt granska hur väl situationsanpassade överväganden och balanseringar utförs (om skarpsynt respektive vidsynt tillsyn, se Helgesson och Kjellberg 2008). Om, å andra sidan, tillsyn organiseras som en granskning av följsamhet av enskild styrning så uppstår samma problem till samordning för tillsynen som den som föreligger för normering.

Jag menar således att det finns goda skäl till att inte eftersträva en fullständig samordning mellan statens myndigheter på området. Förutom de praktiska svårigheterna så representerar de mer än en funktionell arbetsdelning.

Kunskapsbildningens natur liksom det faktum att hälso- och sjukvården präglas av många, ibland svärförenliga, värden gör att en fullständig samordning inte är önskvärd. Vad som är en lämplig konkret struktur och ansvarsfördelning är en fråga som skulle förutsätta en långt djupare analys än vad som är möjlig här. En sådan analys bör dock beakta analytiska frågor av den karaktär som lyftes fram ovan. Till detta bör också kanske tilläggas att även myndigheter kan ses som enheter utsatta för, och har att hantera, en mångfald av styrning.

En sista implikation av ovanstående resonemang är att staten kan ha en central uppgift att stödja en verksamhetsutveckling inom sjukvården som stärker verksamheternas förmåga att självständigt hantera den mångfaldiga styrningen. En vidsynt tillsyn skulle här kunna vara en komponent. En annan form skulle vara ökade ansträngningar att utveckla och sprida kunskap om hur konkret hälso- och sjukvårdsverksamhet skapar värden bland annat genom att just avväga och balansera inverkan från olika former av styrning. Behovet av sådan kunskap lär dessutom öka i kraft med de utmaningar som sjukvården står inför och där graden av motstridig styrning (och motstridiga värden) snarare kommer öka än minska under kommande decennier.

Referenser

Czarniawska, Barbara, och Guje Sevón, red. 1996. Translating organizational change. Berlin: Walter de Gruyter.

Fernler, Karin, Ebba Sjögren, och Claes-Fredrik Helgesson. 2008. Utan tveivel är man inte klok: Kunskapsstyrningens problem. I Detta borde vårddebatten handla om, redigerad av C.-F. Helgesson och H. Winberg. Stockholm: EFI och IFL vid Handelshögskolan i Stockholm.

Helgesson, Claes-Fredrik, och Hans Kjellberg. 2008. Om marknader och marknadsprocesser. I SOU 2008:37, Vårdval i Sverige.

Kuhn, Thomas S. 1962. The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press.

Schwartz, Barry, och Kenneth Sharpe. 2010. Practical wisdom: The right way to do the right thing. New York: Riverhead Books.

Timmermans, Stefan, och Marc Berg. 2003. The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press.



Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makro- nivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forsknings-sed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens ev. jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du läsa alla våra rapporter och utredningar på skärm.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra.* LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar.* LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

- Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*
- Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*
- Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*
- Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel-Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre.* LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

- Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?*
- Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*
- Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*
- Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*
- Larsson, Ida och Jon Rognes: *Lean i äldreården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*
- Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*
- Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Care Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer.* LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancer vården – bröstcancerprocessen.* LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Care Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value.* Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: *Heart Center Varde.* Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång.* Rapport för Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om.* Stockholm: IFL och EFI.