

Västra Götalandsregionen

SÄS-modellen

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
1. Inledning.....	2
1.1 Bakgrund.....	2
1.2 Syfte.....	2
2. Metod och utgångspunkter	2
2.1 Metod.....	2
3. SÄS-modellen – en utvecklingssatsning	3
3.1 Flera faser och flera benämningar.....	3
3.2 SÄS-modellens innehåll	5
3.3 Styrning, kommunikation och uppföljning av utvecklingsarbetet	7
4. Analys	9
4.1 Logik.....	9
4.2 Transparens	10
4.3 Voice – delaktighet.....	12
4.4 Möjlighet till omprövning.....	13
4.5 Trovärdighet.....	13
4.6 Det psykologiska kontraktet – en sammanfattning	15
4.7 Effekter	15
5. Slutsatser	17

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västra Götalandsregionen har Ernst & Young granskat utvecklingsarbetet på Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). Syftet med granskningen är att belysa utvecklingsarbetet utifrån följande perspektiv:

- Hur utvecklingsarbetets styrts och organiserats med utgångspunkt från mål, intentioner och de tre bärande idéerna på SÄS.
- Hur motivet beskrivits och vilken verksamhets-/kundnytta som eftersträvats och kommunicerats.
- Genomförandeprocessen - Vilket stöd som erbjudits och hur det uppfattats.
- Medarbetarnas delaktighet. I vilken mån medarbetarna erbjudits möjlighet till delaktighet och vilket ansvar medarbetarna har tagit för att nå målen.
- Hur utvecklingsarbetet kommunicerats i och utanför organisationen.
- Hur organisationen följt upp utvecklingsarbetet bl.a. för att tillvarata vunna erfarenheter i det fortsatta arbetet samt spåra vilka effekter utvecklingsarbetet givit.
- Tydlighet i beslutsprocessen. Om det varit känt för berörda när vilka beslut skulle fattas och av vem.

Granskningen omfattar hela verksamheten, en fördjupad granskning har skett vid Medicinkliniken i Borås och Skene, Kirurgiska kliniken, Vuxenpsykiatriska kliniken i Borås, Rehabkliniken och Ögonkliniken. 78 personer har intervjuats.

Analysen av själva förändringsprocessen har gjorts med hjälp av begreppet *psykologiskt kontrakt*. I övrigt analyseras utfallet av SÄS-modellen utifrån granskarnas erfarenhet på området.

Det huvudsakliga resultatet av granskningen visar att förändringsprocessen och SÄS-modellen:

- Av medarbetare upplevs som logisk, konsekvent och uthållig.
- Är en tydlig lednings-, planerings- och utvecklingsstruktur.
- Genomsyras av en enhetlighet i ledningen. De allra flesta ledare tycks stå upp som ansvarstagare för den inslagna vägen och lägre chefer har stöd uppifrån.
- Innehåller en bristande transparens i beslutsprocesserna kring processorganisationen.
- Brister i legitimitet hos alltför många läkare i organisationen.

Dessutom dras slutsatsen att SÄS-modellen och arbetet kring denna fram till idag i alltför hög grad varit fokuserad på formfrågor kring ledning och utveckling på bekostnad av konkreta resultatförbättringar. Sådana uppföljningar finns på verksamhetsområdesnivå men inte för sjukhuset i sin helhet. Konkreta resultat har uppnåtts men har inte sammanställts och använts som ett led i legitimeringsarbetet.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

SÄS har drivit ett aktivt utvecklingsarbete sedan 2003. Arbetet bedrevs initialt under namnet LIFT (ledning i förbättring och tillämpning) och har därefter kallats för SÄS-modellen.

Syftet med utvecklingsarbetet är att utveckla verksamheten för bättre resultat, utveckla chefer och ledare samt utveckla medarbetarnas kompetens för att åstadkomma förnyelse och förbättring.

Revisionen har under det senaste ett till två åren efterfrågat information om vilka effekter utvecklingsarbetet har givit samt hur ledningen ämnar utvärdera den omfattande satsningen som gjorts under flera år. Ledningen har inte för avsikt att utvärdera arbetet. Däremot behandlas det i en bok som författas av doktorander vid Handelshögskolan. I granskningar vid SÄS har revisionen mött skiftande synpunkter på arbetet från berörda medarbetare och yrkesgrupper.

Ernst & Young har fått i uppdrag att granska utvecklingsarbetet vid SÄS.

1.2 Syfte

Syftet med granskningen är att belysa utvecklingsarbetet utifrån följande perspektiv:

- Hur har utvecklingsarbetet styrts och organiserats med utgångspunkt från mål, intentioner och de tre bärande idéerna på SÄS. Hur har orsaken till initiativet beskrivits och vilken verksamhets-/kundnytta eftersträvades och kommunicerades?
- Genomförandeprocessen. Vilket stöd uppifrån har man på olika nivåer upplevt och vilket stöd har erbjudits för genomförandet?
- Medarbetarnas delaktighet. I vilken mån har medarbetarna erbjudits möjlighet till delaktighet? Vilket ansvar har medarbetare tagit för att nå målen?
- Hur har utvecklingsarbetet kommunicerats i och utanför organisationen?
- Hur organisationen följt upp utvecklingsarbetet bl.a. för att tillvarata vunna erfarenheter i det fortsatta arbetet samt spåra vilka effekter utvecklingsarbetet givit?
- Tydlighet i beslutsprocessen. Har det varit känt för berörda när vilka beslut skulle fattas och av vem?

Med granskningen önskar revisionen bidra till det fortsatta utvecklingsarbetet på SÄS.

2. Metod och utgångspunkter

2.1 Metod

Granskningen grundas på genomgång av relevant dokumentation samt på intervjuer. Följande funktioner har intervjuats: Presidiet (ordförande och vice ordförande förra mandatperioden), sjukhusdirektör, områdeschefer, ekonomi- och planeringschef, personal-

och utvecklingschef, chefläkare, processguider, LIFT-guider och central samverkansgrupp har intervjuats. Vid de kliniker som granskats har verksamhetschefer, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare intervjuats. Totalt har 78 personer intervjuats, chefspersoner enskilt och representanter från olika yrkesgrupper i gruppintervjuer.

Inom ramen för granskningen har en fördjupad studie skett vid Medicinkliniken i Borås och Skene, Kirurgiska kliniken, Vuxenpsykiatriska kliniken i Borås, Rehabkliniken och Ögonkliniken.

Analysen av själva förändringsprocessen görs utifrån teorin om ”procedural rättvisa”¹ och ”psykologiska kontrakt”. Denna forskning har visat att en organisation är beroende av att ett psykologiskt kontrakt mellan organisation och individ vidmakthålls, dvs en ömsesidig upplevelse av att det som sker är begripligt och rättvist inom en kulturell ram. Huruvida en procedur eller förändring uppfattas som rättvist eller ej avgörs av procedurernas *logik, transparens, delaktighet, möjlighet till omprövning samt trovärdighet*. Är dessa faktorer tillgodosedda ökar möjligheten att individen kan arbeta vidare med värdigheten i behåll även om själva innehållet i förändringen går i en riktning som av individen anser vara fel eller olyckligt. Delbegreppen presenteras utförligare i kapitel 4.

Det är viktigt att påpeka att begreppet rättvisa inte är objektivt definierat. Istället är det upplevelsen av rättvisa som är grunden. Vad en person anser vara ”juste” eller rättvist i Sverige behöver inte nödvändigtvis anses vara rättvist i ett franskt sammanhang. Som exempel kan nämnas att amerikanska studier utifrån denna modell studerat hur medarbetare kunnat hantera det faktum att deras arbetskamrater fått lämna företaget vid neddragningar medan de själva fått stanna. Ett tydligt mönster var att personer i företag där ledningen uppfattades ha hanterat processen korrekt i någon mening hade mycket lättare att komma ur krisläget än de som inte upplevde en slags rättvisa eller att det hade gått korrekt till.

Teorin kring procedural rättvisa är därför en relevant begreppsapparat för att analysera hur sättet att driva en förändringsprocess påverkar relationen mellan ledning och den övriga organisationen.

3. SÄS-modellen – en utvecklingsatsning

3.1 Flera faser och flera benämningar

SÄS-modellen är en idag gällande etikett på en av sjukhusledningen flerårig satsning på verksamhetsstyrning, verksamhetsutveckling och ledningsfilosofi. SÄS-modellen kan sägas vara resultatet av ett arbete som tog sin början kring 2000.

Sjukhusledningen såg stora behov av att utveckla strukturer och arbetssätt som gör sjukhuset bättre rustat att klara sitt ekonomiska åtagande, patientsäkerhet och tillgänglighet. En tydlig struktur för verksamhetsplaner och verksamhetsuppföljning skapades, ett arbete som

¹ Se exempelvis Kickul J., 2001, When organizations break their promises: Employee reactions to unfair processes and treatment, *Journal of business ethics* 29: 289-307,

påbörjats ett par år tidigare. Verksamheternas uppdrag förtydligades och knöts starkare till beställningen. Syftet var att säkerställa att sjukhuset arbetar med rätt saker och använder resurserna effektivt. Ett aktivt arbete inleddes för ekonomi i balans. Under de år som utvecklingsarbetet bedrivits har sjukhuset vidmakthållit en ekonomi i balans.

En ny organisationsstruktur infördes där kliniker grupperats i 4 ”områden” med respektive områdeschefer. Att skapa en områdesorganisation för att hantera en ökande komplexitet är en förändring som skett vid många större sjukhus redan i början av 90-talet.

I början på 2000-talet startade sjukhusdirektören diskussioner i ledningen om att skapa en plattform för en gemensam ledning, mer av koncerntänkande och ett kontinuerligt förbättringsarbete. Under 2002 intensifierades detta arbete. Ett antal forskare från Handelshögskolan i Göteborg samt utvecklingsresurser från personalstrategiska avdelningen knöts till utvecklingsarbetet. Tillsammans med sjukhusledningen drogs riktlinjerna upp för det s.k. LIFT- programmet (se 3.2). - Ledning i Förbättring och Tillämpning.

LIFT är en idé och pedagogisk modell som började utvecklas vid Handelshögskolan i Göteborg år 2000. Sjukhusledningen ansåg att modellen skulle lämpa sig väl som en grund för att skapa en utvecklingsplattform för planering och utveckling. Handelshögskolans uppdrag var att förmedla generella idéer och modeller för förändringsarbete och vara samtalspartner i förändringsarbetet.

I samarbete med Handelshögskolan genomfördes 2003-2004 ett stort antal seminarier med den s.k. 40-gruppen (sjukhusledning inkl. områdeschefer och stab), klinikledningarna och läkare. Seminarierna syftade till att skapa förståelse för och kunskap om förbättringsarbete, uppslutning kring utvecklingsarbetets syfte och kunskap om vilka arbetsformer som skulle tillämpas. Fackliga företrädare och styrelsen deltog också i seminarier.

LIFT-guider utbildades och dessa fick uppdraget att som internkonsulter stödja det lokala förbättringsarbetet. Samtliga verksamheter inom SÄS engagerades i LIFT-arbetet inom loppet av 2,5 år.

Det fortsatta utvecklingsarbetet efter LIFT har bedrivits med interna krafter efter 2005, samarbetet med Handelshögskolan fasades ut. En av de externa krafterna, programgruppens ordförande² blev i augusti 2005 en intern kraft då denne tillsattes som personal- och verksamhetsutvecklingschef vid sjukhuset.

SÄS-modellen, vars innehåll beskrivs nedan, är ett resultat av LIFT-arbetet. Fokus i det fortsatta utvecklingsarbetet är processorienterade arbetssätt, dvs arbetssätt som stödjer helhetssyn och ett effektivt tillvaratagande av sjukhusets samlade resurser. Också i denna fas har SÄS knutit forskare till sig. Medical Management vid Karolinska institutet har engagerats i arbetet. Sjukhuset har fått utvecklingsmedel från Hälso- och sjukvårdsavdelningen och personalstrategiska avdelningen, 6 Mkr under tre år.

Sammantaget är SÄS-modellen ett stort och omfattande förändringsarbete som engagerat väldigt många människor i organisationen. En annan stor förändring som pågått under de

² Programgruppens uppgift var att koordinera samarbetet mellan SÄS och Handelshögskolan.

senaste åren är breddinförandet och utvecklandet av ett IT-stöd för både dokumentation och vårdadministration.

I intervjuerna har begreppen LIFT-modellen och SÄS-modellen varit synonyma för respondenterna. I den fortsatta rapporten använder vi uteslutande SÄS-modellen som uttryck.

3.2 SÄS-modellens innehåll

En central del i SÄS-modellen är det s.k. ”verksamhetshjulet”. Det är en cyklisk modell som avser att strukturera utveckling, verksamhetsplanering och uppföljning. Det finns vissa likheter med PDSA-hjulet (plan, do, check, act), som är en i sjukvården mycket etablerad modell för utveckling. Eftersom SÄS även vill styra sin operativa planering utifrån modellen har hjulet också fått inslag av budget, uppdrag och handlingsplaner.



Som framkom ovan har ledningen verkat aktivt för att verksamhetsplanerna ska vara strukturerade och ett verktyg för att styra verksamheten. Planerna behandlar de viktiga frågorna för verksamheten. Verksamhetsplanarbetet startar med en omvärldsanalys och planerna, såväl för sjukhuset som helhet som klinikerna, innehåller en SWOT-analys (analys av hot och möjligheter i omvärlden samt av den egna verksamhetens styrkor och svagheter). Verksamhetsidé, värdegrund, fokusområden samt mål och måttal för områden som behöver förbättras återfinns i planen, likaså verksamhetens budget.

Verksamhetsplanen arbetas fram av ledningsgrupperna på olika nivåer för att sedan diskuteras med och bekräftas av överordnad chef. Verksamhetsberättelsen är ett svar på verksamhetsplanen. Den behandlar mål och måluppfyllelse, ekonomiskt utfall och nyckeltal samt vad som genomförts inom ramen för utvecklingsarbetet.

Ett annat viktigt inslag i SÄS modellen är de tre ”bärande idéer” som ligger till grund för LIFT samt fem ”ledstjärnor” som beskriver centrala strategier för sjukhuset.

- Enighet i ledningen
- Engagera alla
- Uppföljningsformer för resultat, lärande och förbättring

De fem ledstjärnorna är:

- Process- och resursledning kombineras
- Team – processteam och platsteam (Syftar på ovanstående där man vill skilja på styrningen och utveckling av processer och resurser)
- 20-30 medarbetare för förstalinjens chef
- Fyra nivåer (Här åsyftas chefsnivåer på sjukhuset.)
- Ingen chef leder medarbetare på skilda nivåer

Den sista punkten har bl.a. inneburit att befattningar som läkarchefer tillsatts eftersom läkare traditionellt varit direkt underordnade verksamhetschef medan andra yrkesgrupper varit underordnade en avdelningschef. Läkarchefen befinner sig nu på samma hierarkiska nivå som avdelningscheferna.

En övergripande vision som samlande för alla dessa komponenter har formulerats–
”Det attraktiva sjukhuset”.

Verksamhetshjulet och ledstjärnorna har enligt sjukhusledningen vuxit fram som ett resultat av arbetet mellan 2003 och 2006.

Fokus i utvecklingsarbetet idag är processororientering. Behovet av att skapa en helhetssyn och samla kompetensen runt patienten har uppmärksammats på många håll inom sjukvården och ett processororienterat arbetssätt har kommit att bli den lösning som flera lands-ting och sjukhus väljer för att åstadkomma detta. Eftersom patienten många gånger är beroende av insatser från flera kliniker finns behovet att både beskriva och leda verksamheten utifrån de processer som speglar vården.

Ledningens bedömning är att SÄS kommer att ha 35-40 huvudprocesser för olika diagnoser. Därtill kommer det att finnas ett antal stödprocesser. 80 procent av verksamheten bedöms vara processororienterad inom några år.

SÄS-modellen innehåller två organisatoriska principer, platsteam och processteam. Med platsteam avses i skrivande stund tvärprofessionella grupper på respektive enhet som regelbundet träffas för att identifiera förbättringsåtgärder och genomföra dem. Enligt sjukhusledningen ska platsteam i framtiden också vara den arbetsstyrka som genomför det dagliga arbetet i sjukhusets processer. Platsteamerna kommer att bilda den ena axeln på en matris där processteam och processägare bildar den andra.

Det finns platsteam på samtliga kliniker. De består av olika professioner. Läkarnas deltagande i platsteamens arbete varierar dock. Vid exempelvis kirurgkliniken har läkarna svårt att prioritera dessa möten i en redan pressad arbetssituation. Platsteamerna träffas cirka en gång i månaden och diskuterar förbättringsförslag. Merparten av förslagen rör omvårdnadsarbetet och administration.

Processteam är en likadant sammansatt grupp med uppdraget att hitta utvecklingsmöjligheter ur ett processperspektiv. Processteamerna består av 8-10 personer. Varje process ska ha en processägare som har mandat att styra hur vården ska bedrivas för en viss diagnos eller diagnosgrupp. För varje process finns en processägare som leder processen. Tillsammans med teamet kartlägger denne processen, sätter mål, anger kvalitetsnivåer och följer upp. Processägaren ska vara läkare. Enligt sjukhusledningen innebär denna roll möjlighet till en ny karriärväg för läkarna.

I intervjuerna ges enstaka exempel på läkare som fått benämningen processägare men har oförändrade arbetsuppgifter. Dessa är dock undantag. Merparten av processägarna har iklätt sig en ny roll. Alla huvudprocesser är inte etablerade och alla processägare är därför inte tillsatta.

På samma sätt som i LIFT finns stödresurser i det fortsatta arbetet. Processguider har utbildats som ska stödja processägare och processteam vid tillskapandet av processer och processteam. Guiderna har metodkunskap.

3.3 Styrning, kommunikation och uppföljning av utvecklingsarbetet

Styrning

Sjukhusledningen styr utvecklingsarbetet. Sjukhusdirektören har fastställt hur etableringen av processer ska gå till och det är sjukhusdirektören som beslutar om vilka processer som ska etableras. Det är också sjukhusdirektören som tillsätter processägare.

Stöd

Personal- och verksamhetsutvecklingsenheten har en central roll. Vid enheten finns resurserna för utvecklingsstöd. LIFT- och processguiderna är knutna till enheten och det är enheten som ytterst fördelar resurserna för det stöd verksamheterna ska få i utvecklingsarbetet. Idag har områdena och stabsfunktionerna en namngiven processguide knuten till sig.

Kommunikation

Chefsgruppen, den s.k. 55-gruppen, har en viktig roll i utvecklingsarbetet. I gruppen finns sjukhusledningen och områdesledningarna (områdeschefer+verksamhetschefer+stab). Gruppen träffas regelbundet under året. Sjukhusledningens kommunikation om utvecklingsarbetet sker i denna grupp. Idéerna bakom utvecklingsarbetet, vad ledningen vill uppnå samt vad som är nästa steg i arbetet behandlas i denna grupp.

Kommunikationen om utvecklingsarbetet följer linjen. Det är således områdeschefer, verksamhetschefer och avdelningschefer som har uppdraget att kommunicera syftet med utvecklingsarbetet till medarbetarna. Sjukhusledningen har i mindre omfattning haft en dialog direkt med medarbetarna vid klinikerna men vid olika tillfällen deltar sjukhusdirektören eller andra medlemmar i ledningen bjudits in på möten. Det har varit mycket uppskattat enligt de intervjuade.

Sjukhusledningen har inte haft någon tydlig ambition att exponera arbetet med SÄS-modellen för den övriga landstingsvärlden. Studiebesök har dock förekommit.

Delaktighet

Det är framförallt i platsteamen som det kontinuerliga förbättringsarbetet hittills har bedrivits och det är här som medarbetarna är delaktiga i utvecklingsarbetet. Först fanns det ett motstånd till platsteamen för att det var nytt. Idag är den administrativa personalen och omvårdnadspersonalen vid de intervjuade klinikerna mycket positiva till detta arbete. På de ställen där läkarna inte deltar aktivt i diskussionerna beskrivs detta bromsa arbetet. Utväxlingen bedöms vara störst där alla berörda yrkesgrupper är aktiva.

Eftersom processteamerna i begränsad omfattning kommit igång tas inte dessa upp när de intervjuade på klinikerna beskriver sin delaktighet.

Uppföljning

Som framkom ovan behandlar klinikerna vad de gjort inom ramen för utvecklingsarbetet i sina verksamhetsberättelser. Där framgår hur många platsteam som finns, hur processteamerna börjat arbeta, vilka möten som genomförts samt vilken uppföljning som skett. Verksamhetsberättelserna behandlar i större utsträckning formerna för utvecklingsarbete än konkreta resultat. Men det finns konkreta resultat i form av minskade väntetider och förbättrade rutiner som minskat tidsinsatsen för t.ex. sekreterare samt hur tid frigjorts så att läkare får mer patienttid. Ögonkliniken redovisar exempelvis flera resultat.

Platsteamens arbete följs upp regelbundet och resultatet synliggörs i de flesta fall på klinikens hemsida. Arbetet tas också upp på APT-träffar. Flera kliniker har samlat medarbetarna från klinikens avdelningar ett par gånger per år. Då har de berättat om utvecklingsarbetets resultat och utbytt erfarenheter över avdelningsgränser. Dessa möten har varit mycket uppskattade. Genom mötena har verksamhetschefen visat att utvecklingsarbetet är viktigt.

Det finns också spår av utvecklingsarbetet i sjukhusets verksamhetsberättelse. Sjukhusledningen har inte gjort någon dokumenterad uppföljning eller utvärdering av LIFT eller SÄS-modellens arbete och resultat. Några forskare vid Handelshögskolan kommer dock att publicera forskningsrelaterat material utifrån deltagandet i LIFT-arbetet.

Vad som är direkta resultat av utvecklingsarbetet är svårt att identifiera enligt merparten av de intervjuade. Andra faktorer, t.ex. vårdgarantin, har också bidragit till förbättringar exempelvis kortare väntetider. Förbättringarna här skiljer sig heller inte från resultaten inom andra landsting.

Goda exempel på resultat av utvecklingsarbetet har uppmärksammats i viss omfattning i personaltidningen och på intranätet.

4. Analys

I detta avsnitt redogör vi för våra iakttagelser och analyserar utvecklingsarbetet. Utgångspunkten och dispositionen är de begrepp som presenteras under 2.1. Härutöver behandlas effekterna av SÄS-modellen.

4.1 Logik

På vilket sätt är SÄS-modellen begriplig för ledare och medarbetare? Är syftet med förändringsarbetet klart? Kan man se en logik i det som sker? Vi har delat upp logikavsnittet i syfte, förloppet och omfattning.

Syftet

Många av de intervjuade, såväl ledning som medarbetare, ger likartade beskrivningar av vad förändringsarbetet går ut på vilket kan ses som en indikation på att man ser en logik i de aktiviteter som sker på olika nivåer. Att syftet är gott sluter de intervjuade upp kring med ett par undantag. De få som är mycket kritiska upplever att förändringen syftar till att förändra maktstrukturen, inte som ett medel för att förbättra verksamheten utan för att försvaga läkargruppen som traditionellt haft ett mycket stort inflytande över verksamheten.

Den stora grupp som säger att intentionen är god uttrycker att syftet är att effektivisera verksamheten. Flera ser dock att syftet är mångfacetterat. De lyfter fram gemensam målbild, helhetssyn, samsyn, delaktighet och yrkesutveckling. För dem är detta överordnade värden och inte bara medel för att skapa en mer effektiv verksamhet. Det finns också exempel på grupper som säger att SÄS-modellen syftar till att korta vårdköerna. Några av de intervjuade efterlyser ett större patientfokus.

Att målet inte i tillräcklig omfattning formulerats ur ett patientperspektiv och på ett mer konkret sätt anser vi är en relevant synpunkt. Vad är den direkta patientnyttan med att SÄS år 2010 har skapat en förbättringskultur i hela organisationen? Det är en fråga som det finns förtjänster med att besvara.

Förloppet

Såsom SÄS-modellen beskrivs idag - bärande idéer, ledstjärnor, verksamhetshjul och processororientering - är logiken ganska tydlig. Denna logik har dock vuxit fram. När arbetet startade för ett par år sedan fanns inte dessa komponenter. Vad förändringsarbetet syftade till var klart för ledningen men inte vilka steg som krävdes för att utvecklas i önskad riktning.

Ledningen har tagit fram en bild, en trappa, som beskriver de olika utvecklingsstegen. ”Trappan” är inte känd bland alla intervjuade och en del har svårt att se i vilken fas de befinner sig. Det gör att några av de intervjuade upplever att arbetet är ryckigt och att det kommer nya nyckelbegrepp och aktiviteter som de inte ser hur de hänger ihop med det som ledningen poängterat tidigare. Det är viktigt att den lärprocess som går som en röd tråd i förändringsarbetet görs tydlig för alla berörda.

En ytterligare aspekt på förloppet är i vilken ordning aktiviteter initieras. Som framkommer ovan finns platsteam på alla kliniker. Processteam har ännu inte bildats i samma

omfattning och samtliga huvudprocesser har inte identifierats. Tanken är att processteamerna ska vara styrande, de ska ge uppdrag till platsteamerna. Det har dock inte fått en styrfunktion ännu utan i praktiken är det platsteamerna som styr. I det fortsatta arbetet är det mycket viktigt att vara observant på förhållandet mellan de olika teamerna och aktivt verka för att minska risken att platsteamerna förblir styrande.

Omfattningen

En annan aspekt på förändringsarbetets logik är dess omfattning. Är den valda omfattningen logisk i rationell mening? Bland de intervjuade som reflekterat över förändringsarbetets takt och omfattning finns tveksamheter kring om det är klokt att ta ett så omfattande grepp som sjukhusledningen gjort. En annan tanke som väcks bland de intervjuade är att ledningen underskattat förändringens omfattning, dvs att ledningen inte förstått vidden av de förändringar de initierat.

Jämte förändringsarbetet som bedrivs i kölvattnet av SÄS-modellen sker andra viktiga utvecklingsinsatser, t.ex. digitaliseringen av journaler. Också det är en förändring som innebär delvis förändrade arbetssätt och som tar mycket tid och kraft i anspråk. Läke-medelsmodulen, som hör till nya journalsystemet, är krånglig och enligt flera intervjuade innebär den en risk för patientsäkerheten innan alla lärt sig den.

4.2 Transparens

På vilket sätt är de aktiviteter som sker på ledningsnivå synliga och kommunicerade ute i verksamheten? I intervjuerna med sjukhusledningen var det flera respondenter som beskrev att en viktig strategi är att ledningen ska verka för att alla frågor ska behandlas öppet och på ett transparent sätt. ”Inga dolda agendor ska förkomma”. Vi har inte funnit tecken på att dolda agendor eller förtäckta budskap förekommit i anslutning till SÄS-modellen.

Däremot framkommer då och då personer på operativ nivå anser att dialogen kring resursfrågor/ekonomifrågor brustit, dvs frågor som inte direkt har med SÄS-modellen att göra. Upplevelser av sned resursfördelning eller felprioriterade satsningar har inte mötts med en dialog som kan förklara bevekelsegrunderna för besluten.

Ett annan fråga som lyfts fram som exempel på bristande transparens är tillsättningen av chefer och nyckelfunktioner, t.ex. processägare. Rekryterings- och tillsättningsprocessen är inte tillräckligt tydlig.

Frågan om transparens är komplex och bör ses i sitt sammanhang. Vi har i intervjuerna fått beskrivningar, inte bara av sjukhusledningen, att sjukhuset före år 2000, i realiteten styrdes i informella strukturer. Koalitioner av främst läkare hanterade avgörande frågor på arenor som inte alltid var kända och vars deltagare hade tillträde på informella grunder. SÄS-modellen är, som många beskrivit den, en ledningsstyrd utvecklings- och ledningsmodell och det står utan allt tvivel att en av ambitionerna varit att formalisera styrningen för att på så sätt göra den begriplig, verkningsfull och just transparent.

Vår tolkning är att ambitionen att formalisera styrningen fått en alldeles speciell inverkan på läkargruppens reaktioner. Eftersom det var läkare som tidigare hade tillträde till den informella arenan var det också för dem ett smidigt sätt att kommunicera i nätverken för att

både påverka och skaffa sig information. Den läkare som hade tillträde till nätverken hade tidigare lättare att få en dialog med högsta ledningen (som då i realiteten var kliniken) än vad fallet är idag. SÄS står idag i den något bekymmersamma situationen att ambitionerna att göra organisationen begriplig resulterat i en för läkarna svagare påverkanssituation. Även om organisationen är begriplig så har yrkesgruppen läkare fått släppa ifrån sig makt till andra yrkesgrupper.

I sammanhanget är det dock viktigt att nämna att det förekommit motsättningar mellan grupper inom läkarkåren och ledningen innan utvecklingsarbetet startade. Att sjuksköterskor tillsatts som chefer över läkare är exempel på ett förhållande som väckt reaktion och skapat spänningar mellan läkare och ledning tidigare. Att läkare som inte är de kunnigaste specialisterna fått ledaruppdrag är ett annat.

Enligt den s.k. KASAM-modellen är just begriplighet en av tre viktiga faktorer för hälsa på arbetsplatsen.³ Ju bättre individen förstår vad som påverkar betingelserna på arbetsplatsen desto bättre möjlighet att hantera sina uppgifter. Det kan även hävdas att kravet på begriplighet är extra stort för läkare med tanke på deras formella patientansvar. Måhända är den beskrivna utvecklingen ett oundvikligt pris för att få en fungerande ledningsstruktur som kan möta den komplexa verksamheten men icke desto mindre är upplevelsen hos läkare ett faktum och måste prioriteras av sjukhusledningen.

Därför bör sjukhusledningen göra ansträngningar för att information om övergripande beslut och feedbackmöjligheter når ända ut i organisationen. Detta bör ske i ledningsstrukturen. Skälet är att det finns ytterligare en paradoxal konsekvens av arbetet med att strukturera och formalisera ledningen. Eftersom det varit tydligt att cheferna ska vara huvudaktörer och engagera sig i styrning och utveckling har dessa fått ett större kontrollbehov. Det är ganska naturligt då de förväntas ta ett större ansvar än tidigare och då nöjer sig inte mellanchefer med att frågor hanteras på informella vägar. Följden har blivit att kommunikationen idag sker i ”linjen” vilket av många, främst läkare, uppfattas som trögt, oöverskådligt och enkelriktat. Ett sätt att kompensera denna brist är att sjukhusledningen oftare presenterar sina strategier och tankar till medarbetare på golvet för att på så sätt förklara i vilket sammanhang den närmaste chefen agerar.

Andra yrkesgrupper, däremot, tycks uppfatta formaliseringen av styrningen i helt motsatt riktning. SÄS-modellen har gett sjuksköterskor, undersköterskor och andra tillträde till eller åtminstone inblick i ledningsarenorna. ”Äntligen har vi ett gemensamt språk att utgå ifrån”, säger många. Det är uppenbart att dessa yrkesgrupper anser organisationen mer begriplig än tidigare.

När det gäller begriplighet relaterat till själva förändringsprocessen uppfattar vi att sjukhusledningen på senare tid varit tämligen anonym för medarbetare ute i organisationen. Det finns skäl till detta, bl.a. tidsbrist under hösten 2006 p.g.a. chefsvakanser. Sjukhusledningen är medveten om detta. Personal- och verksamhetsutvecklingsdirektören menar också att en lärdom för sjukhusledningen var att man överskattade verksamhetschefernas möjligheter att få resten av organisationen ”med på tåget”. Planer finns på att förbättra sig i det avseendet.

³ KASAM betyder känsla av sammanhang och bygger på forskning kring hälsa och organisation. Se Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*, Natur och kultur, Stockholm.

4.3 Voice – delaktighet

Inslaget av delaktighet är en annan viktig dimension som påverkar utfallet av förändringsprocesser i organisationer. Delaktighet innebär att berörda personer får möjlighet på ett eller annat sätt får göra sin röst hörd (voice) inför beslut.

Som beskrivits ovan är SÄS-modellen en ledningsdriven förändring och styrningsprincip. Näst intill alla vi har intervjuat har poängterat detta, de flesta som ett positivt karaktärsdrag men för andra har det ledningsdrivna varit något negativt. I konsekvens med intentionen att ledningen ska driva förändringen har därför ett huvudmoment varit att via olika aktiviteter få chefer på olika nivåer att sträva mot samma mål. ”Enighet i ledningen” blev den första grundpelaren i förändringsarbetet. Det går att se två sidor av detta mynt.

På den ena sidan av myntet framträder en organisation vars ledning på alla nivåer verkligen delar en gemensam bild av vad SÄS-modellen står för och vad den syftar till. Vi har i intervjuerna med ledningen inte i något fall, trots att vi varit uppmärksamma på det, fått känslan av att intervjupersonen återgivit ett slags mantra och utan personligt förhållningssätt. Alla i ledningen har beskrivit modellen och reflekterat över den på ett mycket självständigt och nyanserat sätt. Därtill ofta pedagogiskt. De chefer vi talat med verkar heller inte följa den slaviskt utan gör lite egna lokala tolkningar.

Vi kan inte tolka denna enighet i ledningen på annat sätt än att förändringsprocessen på ledningsnivå haft inslaget av stor delaktighet bland chefer på verksamhetsnivånivå. Undantag finns dock. I intervjuerna vid en av klinikerna framgick en mycket stor skepticism, även på verksamhetschefsnivå. Här uppfattades SÄS-modellen väldigt mycket som ett diktat ovanifrån och ord som ”ideologisk tvångströja” användes.

Enligt den kunskap om förändringsarbete som kan sägas råda idag är chefers engagemang en grundförutsättning för att organisatoriskt förändringsarbete ska nå framgång. Många misslyckade exempel finns på utvecklingsförsök där chefer agerat som åskådare eller avdömare när andra personer drivit förändringen. SÄS utgör, enligt våra erfarenheter, ett sällsynt gott exempel på en ledning som, vad beträffar SÄS-modellen, är samstämmig och som står som huvudaktör. Det kan även hävdas att det ur medarbetarperspektiv är bättre att veta vad ledningen vill och står för (oavsett vad) än ovisshet. Som medarbetare har man lättare att förhålla sig till ledningen då.

På den andra sidan av myntet delaktighet framtonar en annan bild. En så samstämmig ledning på flera nivåer skulle kunna leda till att konstruktiva kritiker inte kommer fram, att formen tar över för mycket på bekostnad av ett genuint förhållningssätt. När det gäller det senare, form kontra förhållningssätt, ser vi ett mycket tydligt mönster i intervjuerna. Sjuksköterskor och undersköterskor ser inga problem i att formen är så pass tydlig och föreskrivande för hur planering, utvecklingsprojekt och möten ska hanteras. Tvärtom tycks dessa personer i dessa yrkesgrupper se vinster i struktur och ordning i själva modellen. De menar också att strukturen för hur utvecklingsidéerna ska förvandlas till handling fungerar.

Läkarna reagerar ofta tvärtom. SÄS-modellen beskrivs som en uppsättning begrepp och rutiner för verksamhetsutveckling som visserligen har ett gott syfte men som helt och hållet är ett diktat uppifrån. Dessutom uppfattas inte dessa verktyg vara anpassade till läkarens vardag. ”Mycket bättre hade det varit om ledningen hade varit mer problem-

orienterad och ställt krav på förbättring och utveckling utan att föreskriva hur” säger en läkare. Citatet är en god illustration av en allmän uppfattning bland de läkare vi träffat i intervjuer. Detta gäller inte alla läkare. I två av de sex intervjuerna med läkargrupper var inställning i huvudsak positiv till förändringarna.⁴

Med undantag för den upplevda brist på delaktighet vi noterat bland läkare är den sammanvägda bilden av SÄS-modellen att den både i teori och praktik ansluter till resonemanget om procedural rättvisa som är grunden för analysen i denna granskning. De aktörer som önskar göra sin röst hörd ska få möjlighet till det och när beslut är fattat av de som har legitimitet via sin position ska grunderna för beslutet vara begripligt och kommunicerat. ”Oenighet fram till beslut” är en av principerna som ofta nämnts i intervjuerna. Vi uppfattar att denna princip följts konsekvent. Däremot finns det några som konstaterar att det finns förtjänster om det är mer diskussioner innan i beslut. ”55-gruppen” skulle må väl av att fler aktivt ifrågasatte de förslag och idéer som ledningen presenterar i denna grupp, enligt ett par av de intervjuade.

Det finns också i flera fall tveksamheter kring huruvida ledningen kommunicerat argumenten för valda beslut. Det senare gäller dock frågor som inte rör SÄS-modellen utan de handlar mer om resursfördelning.

Det finns ett undantag från principen om enighet och delaktighet. Några intervjupersoner menar att strategin mot processorientering beslutades av sjukhusledningen utan att frågan behandlats i breda diskussioner som blivit regel. Även om själva inriktningen mot att styra mer i processer har ett väldigt brett stöd i organisationen så innehöll själva beslutsprocessen en låg grad av delaktighet.

4.4 Möjlighet till omprövning

En god förändringsprocess bör också innehålla en upplevelse hos berörda att den valda vägen är omprövbar, att riktningen i förändring kan ändras om fakta skulle tala för att det är fel.

Förändringen har enligt de ledande aktörerna startat med ett oskrivet blad i frågan om hur det skulle gå till. Detta är också det intryck vi får men det finns personer som upplever att ledningen i praktiken suttit med färdiga lösningar men inte presenterat dem i syfte att skapa en känsla av att lösningarna tas fram i en gemensam diskussion. Huruvida ledningen varit benägen att ta intryck av synpunkter som framkommit är svårt att säga med det underlag vi har.

På ett övergripande plan ger underlaget för denna granskning stöd för att hävda att det i organisationen finns upplevelse av möjlighet till omprövning, även om undantag finns bland vissa läkare.

4.5 Trovärdighet

Hur trovärdig kan satsningen på SÄS-modellen sägas vara? I vilken utsträckning uppfattas ledningens ageranden kring SÄS-modellen som trovärdigt? En handling uppfattas som

⁴ Av sjukhusets totalt cirka 450 läkare har 23 läkare intervjuats.

trovärdig oavsett om handlingens innehåll anses vara fel eller rätt. Granskningen har visat att SÄS-modellen och de aktiviteter som vidtagits i anslutning till den, uppfattas som trovärdigt i följande avseenden:

- Det är och uppfattas inte vara en modefluga som blåser över utan ledningen får ganska mycket positiv feedback för sin uthållighet vilket skapar ett slags lugn i organisationen. Man vet hur planerna ser ut och vad som gäller oavsett om man gillar det eller ej.
- Ledningen uppfattas stå upp för den kritik som riktats mot den i massmedia och framför allt mot sjukhusdirektören.
- Den första av de bärande idéerna, enighet i ledningen, uppfattas i organisationen som högst trovärdig och genomförd i realiteten.
- Även den andra bärande idéen, engagera alla, uppfattas som trovärdig i organisationen. Speciellt där platsteamen och ibland processteamerna fungerar känner sig alla välkomna att delta med förbättringsförslag. Detta gäller även de flesta läkare även om många känner tveksamhet inför det meningsfulla i arbetet.

Ledningen av arbetet med SÄS-modellen har däremot ett trovärdighetsproblem när det gäller det fastställda målet att sjukhuset i sin helhet ska vara organiserat efter identifierade processer. Uppfattningarna om tidplanen för detta mål är något skiftande men sjukhusledningen menar att processetablerandet kan ta upp till tio år. Här finner vi i intervjuerna en ganska utbredd tveksamhet till att sjukhuset tar ett så stort grepp på en gång. Vi har inte funnit att medarbetare är kritiska till att pröva om metoden att tilldela ett ledningsansvar utifrån diagnosrelaterade processer som alternativ till den gamla funktionsorganisationen. En sådan riktning har stöd hos de allra flesta.

Det som är problematiskt ur trovärdighetssynpunkt är att ledningen lanserat processorienteringen med sådan emfas och omfattning utan att kunna presentera svar på ett antal relaterade frågor. De frågor som står obesvarade och som framkommit i intervjuerna är:

- Går det verkligen att beskriva huvuddelen av verksamheten i termer av identifierade processer?
- Hur löser man gränsproblematiken mellan processerna? Precis som patienter idag kan hänvisas och slussas mellan olika kliniker kommer det väl bli så att patienter kan sägas tillhöra fler än en process? Hur närmar vi oss den frågan?
- Hur lär vi oss att arbeta i en matrisstruktur där processägarna ska samverka med resursägarna? Skapas inte ett väldigt stort kommunikationsbehov?
- Är det verkligen rimligt att definiera platsteamerna som en sammanhållen operativ styrka i verksamheter som arbetar med patientrelaterade tvärprofessionella grupper?
- På vilket sätt ska den gamla resursägarorganisationen förändras? Om den ska kunna verka tillsammans med processägarna måste den också förändras men allt fokus verkar vara inriktat mot processägarrollen.
- Vad är skillnaden mellan multidisciplinärt arbete och samarbete över klinikgränser, som länge varit en förutsättning för att ge adekvat vård, och processorienteringen?

Vi ser en risk i denna brist på trovärdighet. Att implementera en så omfattande förändring med ett så ambitiösa mål kan riskera att hela satsningen går om intet. Risken och sårbar-

heten blir betydande då en så bred satsning står och faller med nyckelaktörerna i sjukhusledningen. Sjukhusledning kan bli, om den inte redan är, en flaskhals i det fortsatta arbetet. Vi noterar att en person är både personal- och verksamhetsutvecklingsdirektör vilket vi som granskare bedömer som ett alltför omfattande uppdrag, inte minst med tanke på dennes centrala roll i utvecklingsarbetet. Å andra sidan har sjukhusledningen hanterat sårbarheten på ett föredömligt sätt genom att de allra flesta i ledningen mycket väl kan företräda det tankegods som SÄS-modellen utgör.

Vi vill betona att det är omfattningen vi ser som riskfylld med tanke på ovan beskrivna oklarheter. Processorienteringen i sig är inget problem utan snarare riktning som bör stödjas på alla sätt. Utifrån våra erfarenheter från området finns egentligen inget annat känt sätt att närma sig sjukvårdens styrproblem med ökad komplexitet.

4.6 Det psykologiska kontraktet – en sammanfattning

Sammanfattningsvis ger ovanstående analys av det psykologiska kontraktet (se 2.1) mellan ledning och medarbetare en något splittrad bild. Det sätt som ledningen valt att leda förändringen mot SÄS-modellen har fått vissa stärkande effekter på det psykologiska kontraktet samtidigt som några faktorer inverkat negativt.

Stärkande effekter:

- Upplevd logik, konsekvens och uthållighet.
- Undvikande av tillfälliga modetrender.
- Tydlig lednings- och utvecklingsstruktur.
- Enighet i ledningen. De allra flesta ledare tycks stå upp som ansvarstagare för den inslagna vägen och lägre chefer har stöd uppifrån.

Negativa faktorer:

- Bristande transparens i beslutsprocesserna kring processorganiseringen.
- Bristande förtroende hos alltför många läkare på sjukhuset.

4.7 Effekter

Sjukhusledningen har valt att förlägga fokus i utvecklingsarbetet på formen. Hur ska dialogen föras, hur ska verksamhetsplaneringen redovisas och presenteras, hur ska möten ledas, hur ska kommunikationen i organisationen kanaliseras och hur ofta ska utvecklings- teamen träffas, roller osv.? Formen innehåller till stora delar rådande teoribildning kring ledning och utvecklingsarbete och är dessutom gediget omsatt till en för sjukhuset egen strategi.

Om den slutliga avnämaren, patienten och skattebetalaren, i slutändan ska kunna dra fördel av SÄS-modellen måste arbetet emellertid resultera i konkreta förbättringar av verksamheten. Vi har inte kunnat hitta några tydliga verksamhetsprinciper eller generella metoder som fallit ut av utvecklingsarbetet. Vi har sökt efter nya strategier för tidbokning, dokumentation, arbetsfördelning, effektiv administration, logistik, förrådshantering eller andra principer som direkt skulle kunna användas på bred front. Med få undantag har intervju- personerna på både ledningsnivå och medarbetarnivå helt fokuserat sina berättelser på den ovan beskrivna formen för planering och utveckling.

Vi ser av flera skäl detta som en stor brist. Att fokuseringen på formen fått en olycklig inverkan på många läkare har tidigare beskrivits. Noterbart är dock att läkare i flera intervjuer antytt att de frågor som plockats upp i platsteamerna är av marginell betydelse för den övergripande effektiviteten. Vid närmare påseende visar sig det handla om exempelvis utjämning av tidboken över dagen och ifrågasättande av vissa återbesök m.m. Sådana åtgärder kan i verksamheter med stora volymer få dramatiska effekter på tillgängligheten.

Att formen hamnat i förgrunden framgår också av klinikernas verksamhetsberättelser. De beskriver i högre grad vilka grupper som bildats än vilka resultat utvecklingsarbetet lett till såhär långt. Av årsredovisningen 2005 framgår att produktionen ökat och att den främsta orsaken står att finna i den satsning man gjort på utvecklingsarbetet men mer som ett generellt och ogrundat påstående. Vi vill framhålla att det är svårt härleda orsaker och effekter i dessa frågor och det faktum att produktionsökning och framsteg i kvalitetsvariabler erhållits tillsammans med en god ekonomi talar ett ganska tydligt språk. Den iakttagelse vi vill förmedla är att ledningen inte utnyttjat dessa effekter för att hantera problemen med det psykologiska kontraktet gentemot tvivlande läkare.

Då vi efterfrågat exempel i intervjuerna har vi fått flera konkreta beskrivningar på förändringar som är resultat av platsteamens arbete. Men som framkommit har det inte skett några systematiska uppföljningar och utvärderingar vilket gör att det är svårt att identifiera resultat och bedöma vilka faktorer som påverkat resultatet. Avsaknaden av systematiska uppföljningar och utvärderingar på sjukhusnivå är en brist. Det är förvånande att inte större kraft lagts på detta då en av de bärande idéerna är att skapa uppföljningsformer för resultat, lärande och förbättring. Formen finns förvisso genom verksamhetsuppföljning och möten på klinikerna, men resultaten har inte efterfrågats i tillräckligt hög grad. Möjligheterna att använda uppföljningar och utvärderingar för att stimulera lärande, också det ett nyckelord i de bärande idéerna, har heller inte använts aktivt.

Frågan om konkreta effekter har hamnat i ett dunkel till förmån för utvecklingsformen. SÄS befinner sig i en något riskfylld situation eftersom legitimitet för strategier bör baseras på positiva effekter för brukaren. Det är också en brist att inga generellt giltiga principer för logistik, administration och annat vuxit fram men det finns ett tydligt undantag på den punkten. Personer i sjukhusledningen har beskrivit att ett av de stora målen de kommande åren är synkronisering av arbetstider. Ambitionen att i större utsträckning samordna arbetstider och anpassa dem till verksamhetens behov är ett exempel på en konkret verksamhetsprincip. Även om den skulle kunna vara mer preciserad så anger den tydligt ett problemområde och vi efterlyser fler sådana exempel.

Vi har anledning att tro att det finns en hel del konkreta effekter av utvecklingsarbetet men det bör sammanställas, belysas och användas i ett legitimeringssyfte.

Sjukhusledningen anser sig enligt sjukhusdirektören vara medveten om att formen fått en alltför stor dominans på bekostnad av verksamhetsinnehåll och effekter. Det bedömdes vara nödvändigt att arbeta mycket med metodik och former då motiven bakom förändringarna är att sjukhuset ska stärka styrningen utifrån medicinska resultat och tillgänglighetsresultat, enligt sjukhusdirektören. Om verksamheten ska kunna bedrivas och utvecklas utifrån medicinska och kapacitetsorienterade resultat krävs, enligt sjukhusdirektören, en systematik och struktur som är enhetlig för hela sjukhuset.

Det målbildsarbete som inletts under hösten 2006 kan förhoppningsvis bidra till en ökad fokusering på resultat men det förutsätter att ledningen bjuder in verksamhetsnära företrädare i det arbetet.

5. Slutsatser

SÄS liksom många andra sjukhus och offentliga verksamheter har uppmärksammat vikten av att bättre anpassa verksamheten till brukarnas, i det här fallet patienternas, behov. Bristen på helhetssyn och sektorstänkande har präglat offentlig verksamhet. Att utveckla arbetssätt som i högre grad utgår från patientens behov och att styra verksamheten så att kompetensen mer effektivt samlas runt patienten, är också ett motiv och en drivkraft i förändringsarbetet på SÄS.

För att svara mot grundläggande krav på ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet var det således nödvändigt att ledningen vidtog åtgärder vid SÄS. Det utvecklingsarbete som bedrivs är inte unikt för detta sjukhus utan har starka beröringspunkter med de förändringar som genomförts och genomförs inom sjukvården och andra delar av offentlig sektor.

För att åstadkomma förändring såg sjukhusledningen att det var nödvändigt att stärka styrningen och skapa en sammanhållen ledning samt en kultur som främjar ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Inledningsvis lades stor kraft på att skapa **enighet i ledningen**, vilket är en av de bärande idéerna. Det skedde bl. a med stöd av Handelshögskolan och den omfattande seminarier-serien. Idag råder enighet, inte bara i sjukhusledningen utan också i den s.k. 55- gruppen. Det finns en stark uppslutning kring förändringsarbetet i denna grupp. Även politikernivån är inräknad i denna enighet.

När det råder stor enighet i en grupp är det viktigt att vara observant på om kulturen inom gruppen är öppen och stimulerar ifrågasättande. Detta är ett observandum också för sjukhusledningen. I intervjuerna framkommer att det förs diskussioner i gruppen men att klimatet inom gruppen skulle vinna på att fler formulerade alternativa eller motstridiga synsätt.

Uppslutningen kring att utvecklingsarbetet ska styras av ledningen är stor bland cheferna. Däremot ser flera att det är svårt att upprätthålla kreativitet och ansvarstagande i verksamheten om ledningen inte snabbt beslutar om frågor som har stor betydelse för det fortsatta förändringsarbetet på arbetsplatserna. Ett ledningsstyrt förändringsarbete kan medföra risk att ledningen blir en bromsklots, också detta är ett observandum för sjukhusledningen i det fortsatta arbetet. Den enighet i ledningen som finns inom SÄS är dock i sin helhet tämligen unik och en ypperlig resurs för den fortsatta processen.

Framgångsrikt förändringsarbete kräver engagemang och delaktighet från alla som är berörda. Att **engagera alla** är den andra bärande idén i SÄS-modellen.

Kommunikationen om vad förändringsarbetet syftar till och formerna för genomförandet har skett via linjen. Genom områdeschefer men framförallt verksamhetschefer och avdelningschefer har medarbetarna fått information. Granskningen visar att motivet till förändringsarbetet är känt och att medarbetarna tycker att syftet är gott.

Att patientperspektivet inte lyfts fram tillräckligt i syftet är dock en svaghet. Vilka direkta effekter som förändringarna kommer att få för patienten behöver klargöras. Ett ökat patientfokus är viktigt för att öka förändringsarbetets trovärdighet och därmed engagemanget hos de som är kritiska.

Med stöd av LIFT-guider och senare processguidar startade förändringsarbetet på arbetsplatserna. Efter en viss initial skepsis drivs idag ett aktivt arbete på klinikerna. Alla yrkesgrupper medverkar men engagemanget är mindre i läkargruppen. Det senare gäller framförallt på ett par kliniker där det finns en stark skepsis inom läkargruppen till det sätt som förändringsarbetet drivs på och framförallt mot att det är så starkt styrt av ledningen. Enligt flera läkare borde ledningen i högre grad överlämna beslut om både vilka förändringar som ska genomföras på klinisknivå samt hur det ska gå till. Modellerna som rullas ut blir överordnade själva innehållet och riskerar att motverka sitt eget syfte.

SÄS-modellen har inneburit ökade möjligheter till delaktighet i verksamhetsutvecklingen för de medarbetare som arbetar med omvårdnad och administration, däremot har delaktigheten bland läkare var svag. Det är nödvändigt att sjukhusledningen har en kontinuerlig dialog med läkarna och att de tillsammans finner former för läkarnas delaktighet i det fortsatta arbetet om utvecklingsarbetet ska ge önskade resultat. Ansvaret för detta åvilar inte bara sjukhusledningen utan även de läkare som är kritiska.

För att engagera alla och lyckas förändra såväl styrning som arbetssätt är det också nödvändigt att ledningen snarast klarar ut de frågor som finns om det processororienterade arbetssättet. Idag har ledningen ett trovärdighetsproblem när det gäller målet att sjukhuset i sin helhet ska vara organiserat enligt processprincipen. Det räcker inte med att ledningen räftar ut de frågetecken som finns om hur ett antal saker praktiskt ska gå till. Ledningen bör också överväga i vilken omfattning och i vilken takt förändringen ska genomföras. Vad gäller det processororienterade arbetssättet är det också viktigt att säkerställa att processägare får den styrfunktion och dialogformer etableras med resursägarna som tänkt.

Den tredje bärande idén i förändringsarbetet är att **skapa uppföljningsformer för resultat, lärande och förbättring**.

Granskningen visar att förbättringsarbete i vardagen börjar bli en del av kulturen på SÄS. Genom LIFT-arbetet och tillskapandet av platsteam finns väl fungerande forum för att diskutera och besluta om förändringar.

Att lära genom att göra går som en röd tråd i utvecklingsarbetet. Lärperspektivet är mycket konkret för ledningen. SÄS-modellens innehåll med bärande idéer, ledstjärnor, verksamhetshjul och processororientering har vuxit fram med stöd av vunna erfarenheter. Begreppet processororientering som idag är ett dominerande inslag i förändringsarbetet fanns inte med när det startade.

Lärperpektivet är inte lika synligt för medarbetarna. Hur det ena steget lett till det andra i det sjukhusgemensamma förändringsarbetet behöver synliggöras för medarbetarna så att de får en större förståelse för de olika faserna. Inte minst med tanke på de steg som ligger nära i framtiden. Det är också viktigt att i betydligt högre grad uppmärksamma läroprocesserna på arbetsplatserna. Resultat av plats- och processteamens arbete måste följas upp konti-

nuerligt. Best practise och lärande över organisatoriska gränser behöver bli ett tydligare inslag. Granskningen visar att ett antal förändringar har genomförts på arbetsplatserna. Merparten av de exempel vi tagit del av framställs som och kan uppfattas som små men dess effekter ska inte underskattas. En väsentlig del i uppföljningarna är att visa på effekter. När detta uteblir finns risk att värdet av det som diskuteras och genomförs inte får det mottagande som det förtjänar.

En stor brist i det hittillsvarande arbetet är avsaknaden av systematiska uppföljningar och utvärderingar. Form mer än innehåll och resultat har uppmärksammats i uppföljningarna. Det är angeläget att omgående rikta fokus på resultat. Ledningen behöver efterfråga resultat och finna formerna för kontinuerlig uppföljning och redovisning av resultat. Frånvaron av systematiska uppföljningar och utvärderingar av det omfattande utvecklingsarbete som bedrivits under flera år påverkar arbetets legitimitet. Av samma skäl bör framgångsrika arbetssätt upphöjas till standard för SÄS.

Hur mycket förändringsarbete orkar medarbetarna i organisationen med, är en fråga som väcks bland de intervjuade? Och hur mycket förändringsarbete klarar verksamheten? Diskussionerna i platsteam och processteam liksom tiden för att bli förtrogen med nya system är viktig men tar tid och måste få ta tid. En konsekvens är dock att det ger mindre tid för patientarbete. Diskussionen kring tidsanvändningen reser två fundamentala frågor:

- Vilken omfattning ska utvecklingsarbetet ha?
- På vilket sätt kan en bättre effektuppföljning visa att den tid som ägnas utvecklingsarbetet betalar sig (med ränta) för patienten?

Ett alternativt sätt att hantera tidsfrågan skulle kunna vara att rekrytera ”experter” i form av logistikere, optimerare, systemvetare etc för att identifiera och utveckla generella arbetssätt. Detta som komplement till det lokala utvecklingsarbetet.

Stockholm 2007-02-20

Anders Hellqvist

Lena Joelsson