

Strategiska tvärfunktionella team i hälso- och sjukvården

– Risk för frikoppling

Gustaf Kastberg

Strategiska tvärfunktionella team i hälso- och sjukvården

– Risk för frikoppling

Gustaf Kastberg

KFi-rapport nr 121

ISBN 978-91-980639-7-4
© KFi tillsammans med författaren 2012
Viktoriagatan 13
411 25 Göteborg
Tel 031-786 59 00
E-post kfi@kfi.se
www.kfi.se

Innehåll

Strategiska tvärfunktionella team.....	5
Avgränsade enheter som möjligheter och problem	6
Teoretisk referensram	8
Organisationsstruktur och gränsdragning	8
Avgränsningen skapar en förmåga till reflexivitet	10
Återkoppling	11
Sammanfattning och specificering av syfte	13
Tillvägagångssätt	15
Tvärfunktionella team i en kontext	17
Team och team-möten.....	18
Vad sysslade teamen med?.....	19
Verksamhetsplaner, riktlinjer och enkel standardvårdplan.....	20
<i>Förankring och spridning</i>	21
Del i uppföljningen	22
Svag efterlevnad.....	22
Roller – dubbla engagemang.....	24
Process – linje.....	26
Olika fokus.....	27
Analys.....	29
En hel del upptäckande aktiviteter	29
<i>Partiell förankring i teamen</i>	30
<i>Konklusioner kring upptäckande och gemensamt lärande</i>	31

Återkopplande – strategier och utfall	32
<i>Strategier för återkopplande.</i>	33
<i>Hade strategierna effekt?</i>	34
Slutsatser	36
Referenser	38

Strategiska tvärfunktionella team

I denna rapport analyseras strategiska tvärfunktionella team och deras roll i utvecklingen av organisationer inom hälso- och sjukvården. En av anledningarna till att tvärfunktionella team är intressanta att granska är för att de utgör en central komponent i vanligt förekommande organisations- och styrningsmodeller som Lean, TQM och genombrottsmetoden. Inte minst Lean är något som diskuteras allt mer frekvent inom sjukhusvärlden.

På temat tvärfunktionella strategiska team finns det inte så mycket skrivit inom den akademiska litteraturen. Det som skrivits beskriver tvärfunktionella team som en lösning på problemet gällande brist på tvärfunktionell kommunikation. Genom en utvecklad kommunikation över funktionsgränser finns det förväntningar på att patientflöden skall stärkas, kvaliteten höjas samt flaskhalsar undanröjas. Om detta faktiskt infrias när tvärfunktionella team introduceras inom hälso- och sjukvården ger dock litteraturen ingen klar bild av. Det finns emellertid skäl att närmare studera fenomenet eftersom det finns anledning att misstänka att organiseringen i tvärfunktionella team i en starkt professionsorienterad verksamhet långt ifrån kan förväntas vara fritt från problem.

Innan resonemanget utvecklas vidare är det viktigt att tydligt definiera vad som menas med tvärfunktionellt team. Vad som här åsyftas är en strategisk grupp sammansatt av personer som representerar olika delar av organisationen och som skiljer sig åt beträffande erfarenheter, kompetens och yrkesmässig tillhörighet. Betoningen av att det handlar om en strategisk grupp är viktig att uppmärksamma eftersom det skiljer teamen som här står i förgrunden från tvärfunktionella operativa team. Den senare varianten av team utför först och främst operativ verksamhet, i bästa fall tillsammans och förhoppningsvis åtminstone med vetskap om varandras roll (Berlin och Carlström 2012). En genomgång av litteraturen visar att det finns mer skrivet om den sortens team som sysslar med operativ verksamhet och mindre om team som främst har strategiska uppgifter.

Som antytts är strategiska tvärfunktionella team något som framhålls som centralt inom litteraturen kring processorientering och ofta med referens till Lean. Tanken är att de tvärfunktionella teamen skall bidra till att belysa problem kopplade till flöden i verksamheten från olika håll. Teamen skall därmed bidra till att överbygga de negativa effekter uppdelningen i olika organisatoriska enheter kan föra med sig.

Avgränsade enheter som möjligheter och problem

Utgångspunkten för problematiserandet av organisering i tvärfunktionella team grundar sig i iakttagelsen att väl avgränsade enheter har förutsättning att stimulera reflektion och innovation samtidigt som avgränsningen i sig skapar problem för att sprida innovationer i resterande verksamhet (Kastberg 2009). Hendry och Seidl (2003) menar att enheter genom att avgränsas avlastas eftersom färre hänsyn behöver tas. Om färre problem behöver beaktas i en diskussion kan den bli friare och fokusera mer på lösningar på specifika problem (se också Schreyögg and Kleisch-Eberl 2006). En forskare som fått stort inflytande inom området team är Nonaka som diskuterar team utifrån ett lärandeperspektiv (Nonaka 1994). Enligt honom är en avgränsad tvärfunktionell enhet en förutsättning för att ett lärande skall kunna ske. Det är först när medlemmarna i teamet möts och skapar en gemensam förståelse för problem och lösningar som ett lärande kan ske. Studier pekar därmed på att avgränsade organisatoriska enheter kan förväntas skapa förutsättningar för innovation, utveckling och lärande (Kastberg 2013).

Det finns emellertid flera studier som pekar på att bara för att en organisation, genom exempelvis ett organisatoriskt arrangemang, lyckas tillägna sig kunskap måste det inte innebära att det leder till några förändringar i praktiken. Inom forskningen kring lärande och förändring görs ofta en åtskillnad mellan förmågan att upptäcka ny kunskap och att sedan omsätta den i praktiken (March 1991; Zahra and George 2002). När det gäller återförandet och spridandet av kunskap på ett sätt som ger avtryck i den operativa verksamheten har gränsdragning och skapande av separata enheter problematiserats. Fördelen som skapas med att enheterna distanseras från varandra blir istället en nackdel efter som det minskar förståelsen enheterna emellan (Hendry and Seidl 2003; Kastberg 2009). Följden blir att de strategiska möjligheter som identifieras aldrig förverkligas.

Problemet med gränsdragning mellan enheter kan också förväntas öka ju mer fristående enheter i förhållande till varandra det handlar om (Kastberg 2013). Sjukhuset som organisation, likt många andra offentliga organisationer, har karaktäriserats som i hög grad löskopplad i bemärkelsen att enheter agerar autonomt i förhållande till varandra och att den centrala styrningen av olika enheter är relativt svag (Weick 1995; Mintzberg 1983). Inom respektive enhet finns det ett starkt fokus på den egna verksamheten och med olika idéer om vad som är relevant och viktigt. Kouzes och Mico (1979) beskriver det som att olika enheter tillhör olika domäner. Det finns en professionell domän som utför den operativa verksamheten, en politisk domän som i huvudsak relaterar verksamheten till omgivningen och en administrativ domän som fokuserar effektivitet. Den professionella operativa domänen i sin tur har beskrivits som indelad i subdomäner som följer olika specialiteter (Abott xx), vilket inte sällan leder till maktkamper dem emellan. Karaktäriseringen av sjukhuset som organisation skiljer sig därmed på flera punkter från de traditionella industriföretag som exempelvis Nonaka (1994) diskuterar.

Mot bakgrund av den problematik som skisserats finns anledning att studera hur tvärfunktionella strategiska team fungerar. Syftet är explorativt och ambitionen är att generera kunskap om i vilken utsträckning tvärfunktionella strategiska team i en professionell kontext förmår att generera en förmåga till reflexivitet och att bidra till förändringar i verksamheten.

Teoretisk referensram

Referensramen som utvecklas i detta avsnitt utgår från teorier om att organisationsstrukturen i sig skapar förutsättningar för den strategiska utvecklingen i organisationer. Det är ett annat synsätt än vad som traditionellt anläggs inom teorier kring hur strategisk utveckling sker och där utgångspunkten i regel varit att det är strategin som avgör hur den organisatoriska strukturen ser ut (Clegg et al. 2004; Mintzberg 1994). Det grundläggande antagandet är därför här att organisationsstrukturen kan fungera som ett verktyg i förverkligandet av fastslagna strategier, men att strukturen också bidrar till definitionen av strategier och skapar hinder och förutsättningar för förverkligandet av strategiska initiativ; strukturen formas både av en strategisk diskurs men formar den också. Teoretiskt tar sig det resonemang som utvecklas sin utgångspunkt i systemteori (Luhmann 1995b). Först utvecklas ett resonemang kring hur vi kan förstå organisationsstrukturens roll och de förutsättningar som skapas. Därefter sker en belysning av den litteratur som finns kring vad strategiska team ägnar sig åt.

Organisationsstruktur och gränsdragning

Den systemteoretiska utgångspunkten som här tas innebär att gränsdragning mellan och inom organisationer är centralt att uppmärksamma. Den grundläggande utgångspunkten är att all organisering handlar om reduktion av komplexitet (Luhmann 1995a). Organisationer definieras som kommunikativa system som för att kunna fungera måste avgränsas. Om allt ständigt skall beaktas förlorar organisationer förmågan att agera effektivt. Genom att differentiera sig, det vill säga reducera komplexitet genom att bestämma förutsättningar, kan organisationer agera mer effektivt. Vi känner igen detta genom att organisationer definierar mål, affärsidéer, skapa organisatoriska strukturer och bestämma beslutsordningar (Baecker 2006). Samtliga dessa aktiviteter är uttryck för en differentiering så till vida att det handlar om att bestämma hur något skall vara samtidigt som det egentligen kunde ha varit på ett annat sätt. Organisationen kunde ha haft en annan struktur, en annan beslutsordning och målet kunde varit annorlunda.

Differentieringen har dock två sidor som är viktiga att uppmärksamma inte minst i strategiska sammanhang (Schreyögg and Kleisch-Eberl 2006; Kastberg 2009): dels skapar differentieringen förutsättningar för ett effektivt agerande, dels skapar differentieringen en minskad förmåga att relatera till och förhålla sig till omvärlden. Fördelen med differentieringen är att det för organisationens medlemmar skapar tydliga referenspunkter som möjliggör ett effektivt agerande. Vi agerar som medlemmar i organisationer utifrån den roll och funktion vi fyller och behöver inte överväga det som inte ligger inom ramen för den definierade funktionen. Inom systemteorin används begreppet självreferens för att betona att all tolkning och allt agerande sker utifrån givna strukturella förutsättningar (Luhmann 1995b). Genom att definiera förutsättningarna väljs emellertid alternativa definitioner bort, vilket inte innebär att de nödvändigtvis är irrelevanta för organisationens överlevnad. Nokias ihålliga satsning på det egna operativsystemet för mobila enheter gjorde att företaget inte stod rustat för att möta en situation där andra operativsystem krävdes som ställde krav på annan kunskap och annan teknologi. De hade valt bort fel sak.

All organisatorisk indelning innebär därför dels att fokus snävas in på ett visst område dels att så kallade ”blinda fläckar” skapas (Becker and Seidl 2005). Alla verksamheter av en viss storlek delar in sin verksamhet på något sätt och den operativa verksamheten brukar i regel antingen vara indelad efter processer eller efter funktioner (Mintzberg 1983). På sjukhus är ofta verksamheten indelad i olika kliniker och inom klinikerna finns det olika avdelningar, alla med sitt speciella fokus. Olika funktionsavdelningar blir specialister inom sina områden medan de brister i kompetens inom andra områden som andra enheter har som specialområden. Redan i inledningen konstaterades det att vi kan förvänta oss att hälso- och sjukvården är funktionsindelad och att indelningen skett utifrån framförallt läkarnas disciplinära indelning. Resonemanget kan också knytas direkt till organisering kring processer och kundflöden inom hälso- och sjukvården. Målet med att organisera och styra verksamheten med ett större fokus på patientens resa genom organisationen handlar om hantering av något som tidigare utgjort något som kan karaktäriseras som en ”blind fläck”. Det kommer också att illustreras i de empiriska beskrivningarna som följer lite längre fram att exempelvis hur patientflödet genom organisationen för en viss diagnosgrupp faktiskt ser ut var något som personalen faktiskt inte kände till.

Avgränsningen skapar en förmåga till reflexivitet

Det förda resonemanget visar att hur en verksamhet organiseras kommer att påverka förmågan att agera effektivt, reflektera över omgivningen och utveckla verksamheten. Det tvärfunktionella teamet som här står i fokus utgör ett av många sätt att organisera verksamheten på. Det finns en begränsad men växande litteratur kring avgränsade strategiska enheter som här kommer att fungera som utgångspunkt för ett mer specifikt resonemang kring vad vi kan förvänta oss rörande det tvärfunktionella teamets förutsättningar.

Hendry och Seidl (2003) pekar på vikten av att förstå att enheter som avgränsas från den ordinarie verksamheten skapar förutsättningar för en högre grad av reflexivitet än i ordinarie verksamhet. Schreyögg och Kliesch-Eberl (2007) menar att det är gränsdragningen i sig som skapar förmåga till en reflektion över verksamheten. Anledningen är att kommunikationen avlastas från den detaljerade vardagsnära kommunikationen. Genom att skapa avgränsade enheter, som de tvärfunktionella team som här står i fokus, skapas därmed en strukturell förutsättning för strategiarbete. Hur avgränsningen gestaltar sig kan emellertid få konsekvenser för både hur reflexiv kommunikationen kan förväntas bli men också vilka förutsättningarna är för att återknyta till den operativa verksamheten.

Graden av reflexivitet kan förväntas påverkas av hur överlappande kommunikationen är mellan den avgränsade enheten och den operativa verksamheten. Är det en hög grad av överlappning, det vill säga den avgränsade kommunikationens förutsättningar i stor utsträckning är desamma som för den operativa verksamheten kan reflexiviteten förväntas begränsas. Motsatsen gäller om det är en låg grad av överlappning. Det tvärfunktionella teamet inom hälso- och sjukvården torde utifrån detta perspektiv bygga på en låg grad av överlappning eftersom personer med olika perspektiv som vanligtvis inte kommunicerar i någon större utsträckning förs samman.

Förutom att kommunikationen får en möjlighet att utvecklas mer fritt finns det andra strukturella faktorer som kan gynna en reflexivitet. Studier av möten har exempelvis indikerat att agendan både kan gynna och hämma reflexivitet beroende på hur den struktureras. Likaså skapar deadlines och krav på att resultat presteras inom ramen för den separerade enhetens uppdrag förutsättningar för reflexivitet (Asmuss and Svennevig 2009). Avgränsningar i sig kan därför inte självklart förmodas stimulera reflektion, utan det är viktigt att beakta hur den avgränsade kommunikationen struktureras. Resonemanget indikerar därför vikten av att vid studier av tvärfunktionella team

beakta sammansättningen av teamen, relationen till övrig verksamhet och hur teamens arbete struktureras.

Teamen möjliggör inte enbart en reflexivitet utan ökar också organisationers förmåga att ta till sig ny kunskap. Nonaka (1994) betonar vikten av att det skapas en gemensam förståelse för problem och lösningar för att ett organisatoriskt lärande skall kunna ske. Endast då kan det ske en spridning av kunskapen. Teamen skapar enligt honom en plattform för ett lärande eftersom det möjliggör att personer från olika delar av organisationen med olika referensramar tillåts att mötas och etablera en gemensam förståelse.

Återkoppling

För att få till stånd en förändring måste det som separerats återknytas (Kastberg 2012). När det tvärfunktionella teamet identifierat strategiska möjligheter och konkreta lösningar på problem skall de omsättas i den operativa verksamheten. Granskas litteraturen går det att konstatera att olika faktorer kan förväntas öka eller minska möjligheterna till en återkoppling. Studier av kunskapsspridning inom hälso- och sjukvården har också visat att bara för att en idé är bra eller går att bevisa som beprövad innebär det inte per automatik att en spridning kommer att ske (Greenhalgh et al. 2004).

En möjlighet att skapa förutsättningar för ett återknyttande är genom att olika separerade organisatoriska strukturella arrangemang drar nytta av varandra. Kastberg (2013) betonar vikten av att uppmärksamma hur olika avgränsade organisatoriska arenor samspelar, men också risken för att de inte gör de. Vissa arenor fungerar i en strategisk utvecklingsprocess som primärt strategiska i bemärkelsen att de läser av omgivningen, tar fram alternativ och identifierar konkreta handlingsalternativ. Andra arenor kan förväntas ha en mer central roll i processen med att introducera resultatet av denna strategiska process. I litteraturen beskrivs exempelvis legitima beslutsföra (Hernes and Schjelderup 2005; Kastberg 2009) som en instans som kan fungera som en länk mellan en separerad strategisk enhet och den operativa verksamheten. Om besluten uppmärksammas och betraktas som relevanta kan de komma att påverka beteendet i organisationen. Gott om forskning indikerar emellertid att beslut långt ifrån alltid innebär att de omsätts i praktiken (Rombach 1986). Tvingande beslut kan inte heller förväntas vara en garanti för införande (Greenhalgh et al. 2004). I en studie av tvärfunktionella team blir det därmed viktigt att inte bara fokusera teamens arbete, utan även hur teamen relateras till andra arenor inom organisationen.

Utöver samspelet mellan organisatoriska arenor lyfts även andra faktorer fram som kan förväntas gynna ett introducerande. Litteraturen kring styrning indikerar att olika styrningsalternativ kan bidra till återkopplande. Ditillio (2012) pekar i sin studie på att olika sorters kunskap bäst återkopplas med olika sorters styrning. Exempelvis kan ny kunskap rörande verksamhetens processer förväntas gynnas av en återkoppling som understöds av det som brukar betecknas som beteendestyrning i form av exempelvis ändrade rutiner och manualer. Mer komplex kunskap gynnas istället av mer interaktion och närmare kontakt mellan de parter som berörs. Inom hälso- och sjukvården kan återkopplingen förväntas kompliceras av att olika yrkesgrupper förhåller sig på olika sätt i förhållande till olika återkopplingsalternativ (Greenhalgh et al. 2004). Läkare agerar i större utsträckning i informella nätverk. En viktig dimension i dessa är exempelvis professionell senioritet. Sjuksköterskor å andra sidan verkar i en mer formell vertikal struktur där exempelvis linjeorganisationen spelar en större roll.

Återkopplingen är därmed en central aspekt att beakta och både relationen till den operativa verksamheten, samspelet med olika organisatoriska arrangemang samt styrningsförsök är viktiga att beakta. Mycket talar också för att en återkoppling kan förväntas vara en övning om är problematisk inom hälso- och sjukvården.

Sammanfattning och specificering av syfte

Betydelsen av att uppmärksamma upptäckande och reflexiva aktiviteter samt återkopplande bekräftas i studier av team inom andra områden än hälso- och sjukvården. Paraoutis och Pettigrew (2007) genomförde en studie av ett strategiskt team inom ett stort råvarubolag och klassificerade teamets aktiviteter i åtta olika kategorier. Kastberg (2009) genomförde en longitudinell studie av en arbetsgrupp på en förvaltning i en kommun som arbetade med att utveckla och introducera en ny ekonomistyrning. I studien klassificeras flera olika aktiviteter arbetsgruppen som utförde. Läggs studierna sida vid sida går det att konstatera aktiviteterna iaktas i de båda studierna grovt kan delas in i huvudkategorierna upptäckande och återkopplande. Studierna indikerar också vikten av att inte betrakta relationen mellan upptäckande och återkopplande som en linjär process där först något upptäcks och sedan så att säga förs ut i organisationen. Tvärt om syftar vissa av aktiviteterna till det som Kastberg (2009) refererar till som jämkning, vilket innebär att den nya kunskapens rimlighet prövas mot den organisatoriska praktiken. Relationen mellan upptäckande tog sig därmed iterativa uttryck. Även Paraoutis och Pettigrew (2007) observerar liknande aktiviteter som de väljer att benämna kollaboration.

De aktiviteter som studierna ringat in kan relateras till det resonemang kring avgränsning och återkoppling som fördes i det föregående avsnittet. Det som kanske är mest slående är att mycket av aktiviteterna som båda studierna beskriver syftade till återkoppling. Framförallt i Paroutis och Pettigrews (2007) studie förefaller merparten av de strategiska teamens arbete gått ut på introducerande aktiviteter av olika slag som syftade till att introducera strategiska initiativ i verksamheterna.

Vad som framgått av de teoretiska resonemangen är att det är viktigt att uppmärksamma den organisatoriska gränsdragningens betydelse för strategisk utveckling. Tvärfunktionella team inom hälso- och sjukvården utgör ett empiriskt område där de avgränsade teamen har möjlighet att skapa en

gemensam förståelse för problem och en grund kan läggas för utvecklande av nya idéer och kunskap. Konstruktionen av ett tvärfunktionellt team som är väl avgränsat från operativ verksamhet kan emellertid också förväntas skapa utmaningar gällande återkopplingen till den operativa verksamheten. Kanske är det också mer relevant att tala om de operativa verksamheterna eftersom sjukhusen är löst sammansatta organisationer och där syftet med de tvärfunktionella teamen som fokuserar processdimensionen i verksamheten syftar att knyta samman relativt autonoma enheter. Ovan refererades studier av vad strategiska team i andra organisatoriska kontexter ägnat sig åt och det konstaterades att mycket fokus läggs på återkopplande. Inom hälso- och sjukvården kan man misstänka att än mer tid och energi måste läggas på återkopplande.

Det resonemang som utvecklats skapar en grund för en precisering av studiens syfte i mer konkreta forskningsfrågor. Ambitionen är att frågorna skall fungera som stöd i analysen och skapa fokus för den empiriska framställningen. De båda första forskningsfrågorna handlar om att fånga den upptäckande reflexiva dimensionen i verksamheten medan de övriga två handlar om att fånga dimensioner av återkopplandet. Frågorna som adresseras är:

- 1) i vilken utsträckning de tvärfunktionella teamen lyckas uppnå en reflexiv förmåga?
- 2) om det inom teamen skapas en förståelse för problem och lösningar?
- 3) vilka strategier som används för att återknyta till verksamheten?
- 4) i vilken utsträckning lyckas teamen med återknytandet?

Tillvägagångssätt

Studiens syfte definierades som explorativt och ambitionen kan beskrivas som att explicitgöra praktik (Llewelyn 2003). Fallstudien som metod möjliggör att fenomen kontextualiseras (Yin 1994). Till skillnad från mer reduktionistiska ansatser möjliggörs en observation av olika samband och relationer som inte är på förhand definierade. Det teoretiska ramverket som presenterats fungerar som utgångspunkt och tjänar som ett stöd och hjälper till att identifiera potentiellt intressanta områden att belysa men säger lite om exakta samband och positioner. Den empiriska ansatsen tillåter därför att nya dimensioner och aspekter upptäcks och att forskaren rent av låter sig överraskas (Mouritsen et al. 2010).

Den empiriska studien som presenteras i nästa avsnitt är en longitudinell studie av tvärfunktionella team på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS). Studien spänner över tre år. Sedan 2008 tillämpas en matrisorganisation på SÄS där den traditionella funktionsindelade organisationen komplettrats med en processorganisation. En process definieras som en diagnos eller ett symptom och tanken är att processerna skall följa patienternas flöde genom organisationen. För varje definierad process utses en processägare som har ett formellt ansvar för att utveckla och förbättra den definierade processen. Förutom processägarna består processorganisationen av en processchef, som är formellt överordnad processägarna, en processcontroller, samt till respektive processknutet team och processekreterare.

Det empiriska materialet består av intervjuer, observationer av teammöten samt studier av dokument. Sammanlagt har 27 intervjuer genomförts och 13 observationer av teammöten. De dokument som granskats har främst varit sådana som producerats av den studerade organisationen.

De fyra processer som främst studerats är höftfraktur-, colon rectal-, sepsis- samt diabetesprocessen. Vissa av respondenterna var emellertid involverade i flera processer och hade därför möjlighet att också relatera till erfarenheter från andra processer. Höftfrakturprocessen har studerats under de två åren med återkommande observationer samt intervjuer med ett flertal teammedlemmar. Höftfrakturprocessen hade då studien initierades redan varit etablerad

under två år. Colon rectal följdes under en kortare period, dels därför att studien av processen startade i samband med att colon rectalprocessen formellt erhöll status som process, dels eftersom arbetet med att etablera processen stötte på problem.

Tvärfunktionella team i en kontext

De team som här står i fokus utgjorde en del av en organisatorisk reform på SÅS som syftade till att processorientera verksamheten. Tanken om att processorientera sjukhuset växte fram och konkretiserats under 2000-talet som ett led i ett större ledningsutvecklingsprojekt.

För att stödja processorienteringen introducerades en matrisorganisation. 2008 beskrivs som det år då det blev mer skarpt läge i och med att processchefen rekryterades som i sin tur utsåg en processkontroller. För varje process som inrättades var tanken att en processägare skulle utses och varje processägare skulle knyta ett tvärfunktionellt team till sin process. Processägaren hade också stöd av en processekreterare. Det var processägaren som utsåg medlemmarna i teamen. Allt eftersom studien fortgick inrättades det processer. I slutet av 2009 var det ett tiotal processer som definierats och hösten 2010 handlade det om ett 15-tal. Processerna definierades utifrån diagnos, exempelvis höftfraktur eller diabetes, eller patientgrupp, exempelvis multisjuka äldre. Den ambition som uttrycktes då studien inleddes var att 80% av sjukhusets verksamhet skulle bedrivas inom ”ramen” för definierade processer.

Processägarna arbetade dock 25% som processägare och resten av tiden kliniskt eller med annat i den ordinarie ”linjen” eller resursorganisationen som den också kallas. Processägarna skulle vara läkare och vara specialister och gärna överläkare. Det fanns en idé om att det skulle finnas en stark koppling till läkarkåren. Processägarna skulle fatta beslut om processen rörande vad som skall utföras kopplat till processen gällande klinisk verksamhet. Processägaren gavs formell beslutanderätt rörande riktlinjer för den aktuella diagnosen/patientgruppen.

De beskrivna funktionerna i processorganisationen kompletterade den existerande funktionellt orienterade organisationen och verksamhetscheferna fanns kvar som i andra hälso- och sjukvårdsorganisationer. Verksamhetscheferna har också ett stöd i lagen för sin ställning, vilket ger dem en viss auto-

nomi. I den beskrivna organisationen har därför processägarna två chefer, dels processchefen och dels en klinikchef.

Vid beskrivningen av processorganisationen beskrivs några forum som viktiga. Ett sådant är processledningsmötet. På dessa möten träffades under ledning av processchefen processägare, processcontroller, processtab, utvecklingsledare och utdatapersonal (förmodligen ekonom). Verksamhetsplaner följs upp och utfall diskuteras på dessa möten. Utöver det ordnades processägarträffar en gång per månad där processägarna och processchefen träffades. Ett annat forum som inrättades var de så kallade dialogmötena. På dessa träffas processägare och klinikchefer som berörs av den aktuella processen.

Varje process som inrättas föregås av ett förfarande som inleds med att det fattas ett beslut om inrättande efter det att en ansökan inkommit. När ansökan inkommit behandlas den av sjukhusledning, verksamhetschefer, processchef och andra berörda parter. Kriterierna som används för att definiera processen som en huvudprocess är att det finns en komplexitet och att flera organisatoriska enheter berörs. Det kan också vara så att det finns en särskild samhällsrelevans. Beslut tas av sjukhusdirektören om att processen skall bli huvudprocess. Därefter söks en processägare som efter det att han eller hon tillträtt utser sitt team bestående av fyra till åtta personer. Teamet genomgår en utbildning inriktad på processtyrning och som en integrerad del i den utbildningen sker en processkartläggning. Därefter upprättas en verksamhetsplan för processen av processägaren. Den beskriver processen, vilka mål som finns och hur den skall följas upp. Kring verksamhetsplanen hålls det dialogmöten. Under de teammöten som observerades diskuterades och förankrades verksamhetsplaner återkommande.

Team och team-möten

När teamet för en process utsetts skedde en tvådagars introduktionsutbildning. På denna utbildning introducerades team-medlemmarna i vad ett processorienterat arbetssätt är och mer konkret vad som förväntas av teamet. Under introduktionsutbildningen påbörjas också arbetet med att kartlägga den aktuella processen. Deltagarna spelade bland annat ett ”lean-spel” och med hjälp av lösa lappar kartlades flödet och aktiviteter i detalj. Efter den introducerande utbildningen inleds sedan teamets egentliga arbete. De olika teamen träffades olika ofta men de team som följdes närmare träffades en gång per månad.

Arbetsfördelningen i teamen lades upp på olika sätt. I vissa team var samtliga team-medlemmar delaktiga i arbetet i stor utsträckning medan i andra skötte processägare och processekreterare mer av arbetet och teamen stämde i större utsträckning bara av det arbetet. Team-medlemmarnas engagemang varierade också. En respondent beskrev det som att läkarna var svårare att engagera och att närvaron därför ibland haltade medan övriga yrkeskategorier uppvisade en högre närvaro. Detta bekräftades också av andra respondenter och hur deltagandet såg ut på teammötena.

Intervjumaterialet ger också för handen att det fanns olika bevekelsegrunder för att engagera sig i teamen. Vissa menade att deras engagemang baserade sig på att deras avdelning skulle vara representerade och att de utsetts till uppdraget: *"någon måste ta det"* som en respondent beskrev det. Inte sällan på grund av att de hade en viss kompetens eller tidigare arbetat särskilt med frågor som rör den aktuella processen. Andra motiv till engagemanget som lyftes fram var att de kände ett personligt engagemang i en viss patientgrupp. Men det fanns också de som såg engagemanget i processerna som ett sätt att meritera sig administrativt eller få utlopp för ett intresse i organisatoriska frågor. En respondent pekade på att det senare var ett vanligare förekommande motiv bland teammedlemmar som inte var läkare.

Vad sysslade teamen med?

Vissa teman var återkommande under team-mötena. Mål och grad av målluppfyllelse var något som återkommande diskuterades under de teammöten som observerades. I verksamhetsplanerna fanns för respektive team ett flertal nyckeltal specificerade med tillhörande mål och det var dessa som följdes upp. Under mötena gjordes återkopplingar till tidigare mätresultat och olika förklaringar till avvikelser från önskat resultat diskuterades. Ett annat tema som dryftades i teamen var riktlinjer och olika behandlingsalternativ och vad de kunde innebära för den aktuella processen. Ytterligare ett tema var ledtider och vilka delar av processen som kunde *"snabbas upp"*. Återkommande var också diskussioner kring hur registrering av olika uppgifter skulle ske samt vem som skulle ansvara för vad. Inte sällan fanns det oklarheter kring hur registreringen skulle gå till. Under observationerna av mötena var det ibland principer för samma sak som skulle registreras på ett visst sätt som diskuterades återkommande över en längre tidsperiod.

Men vilka frågor som diskuterade hängde också samman med hur länge teamen varit etablerade. De team som studerades närmare hade kommit olika långt i sitt arbete med processerna (mycket på grund av att de valdes utifrån hur länge de varit etablerade). Det går också att konstatera att de brottades med olika problem. Höftfrakturprocessen som varit etablerad relativt länge hade ett antal konkreta problemställningar som de återkom till, vilket både kunde observeras under team-möten men som också lyftes fram under intervjuerna. Exempelvis brottades man med ”trånga sektorer” i processen som tillgång till operation, men också med problem som att linjeorganisationen inte följde riktlinjer och tillämpade enkla standardvårdplaner. De andra processerna sepsis och colon rektal brottades mer med att identifiera flödet och skapa en processkarta och en utgångspunkt för arbetet.

En annan punkt på dagordningen för teamen var att relatera den egna processen till omvärlden. Nationella register och ”öppna jämförelser” var exempelvis något som diskuterades. Utfallet för den egna processen i förhållande till andra triggade diskussioner. Andra saker som diskuterades var hur man på andra sjukhus arbetade med olika delar av processen.

Inom processorganisationen följdes det upp hur aktiva teamen var och hur de arbetade. En respondent beskriver hur denne regelbundet granskade de olika processernas hemsidor för att se om det hände något. En annan respondent menade att det var viktigt att fånga upp team som höll på att ”somna” in. Risken fanns att team som efter ett initialt arbete med kanske mer omfattande förändringar som rörde processen tappade styrfart när arbetet mer kom att handla om kontinuerligt förbättringsarbete.

Verksamhetsplaner, riktlinjer och enkel standardvårdplan

Varje etablerad process skulle också utarbeta en så kallad verksamhetsplan för processen som revideras årligen. Ett centralt inslag i arbetet med verksamhetsplanen var utarbetandet av mål med tillhörande rutiner för uppföljning. Redan när processansökan formulerades och vid den första utbildningsträffen för teamen diskuterades mål med den process som etablerats. Till målen hade det knutits konkreta målambitioner och dessa mättes sedan under året.

En central uppgift för processägarna var att skapa riktlinjer för diagnosen som deras process omfattade och även skapa så kallade enkla standardvårdplaner (ESVP). ESVP beskrevs som en checklista som tydliggjorde vad som skulle göras och i vilken ordning. Flera respondenter beskrev det som en central och viktig uppgift för processägarna att skapa dessa dokument och

att det var genom dessa som processerna kunde styras eftersom riktlinjer och enkla standardvårdplaner skulle tillämpas enligt ett ledningsbeslut. Under observerade möten presenterades också statistik som indikerade att tillämpningen av ESVP påverkade behandlingsresultaten positivt. Beträffande ESVP för höftfrakturen hade framtagandet av planen givit nya insikter om patientens flöde och när insatser borde ske. Processägaren konstaterade också att när de satte samman ESVP kunde de konstatera att det efter dag fem var patienten färdigbehandlad, men den genomsnittliga vårdtiden var mellan 10 och 11 dagar. Patienterna borde därför kunna skrivas ut tidigare.

Förankring och spridning

Olika aktiviteter skedde för att knyta arbetet med processerna närmare den övriga verksamheten. Under intervjuerna betonade flera respondenter att verksamhetsplanerna länkades samman med den övergripande planeringsprocessen på sjukhuset. Detta bland annat genom att verksamhetsplanerna för processerna bestämdes före verksamheternas (resursorganisationen) verksamhetsplaner. Detta skulle möjliggöra att klinikerna beaktade det som bestämts i verksamhetsplanerna för processerna. Ytterligare en del i ambitionen att förankra processerna i linjeorganisationen tog sig uttryck i att det hölls möten där processägare träffade samtliga verksamhetschefer som berörs av den aktuella processen. Dessa så kallade dialogmöten framhölls som viktiga ur flera hänseenden. Ett var att det var ett sätt att få en feedback kring hur rimlig verksamhetsplanen för en process var. Det var ju genom det operativa arbete inom respektive verksamhet som riktlinjerna skulle verkställas.

”...processägarna och verksamhetscheferna träffas i sällskap med processchefen då och diskuterar dom här olika sakerna och är det möjligt att genomföra, så inte en process hittar på ett mål som är helt omöjligt att genomföra. Dom har ju en dialog sinsemellan på något sätt då.”

Dialogmötena var emellertid också viktiga enligt respondenter eftersom verksamhetscheferna var en viktig länk i kedjan gällande implementering av riktlinjer och enkla standardvårdplaner (ESVP). Även om riktlinjerna som processägaren utarbetar är bindande är det de anställda som lyder under verksamhetschefen som operativt i den kliniska verksamheten som skall använda sig av riktlinjerna.

”För nu har ju, processägarna har ju mandat att börja styra en riktlinje vad man ska göra på klinikerna. Det är jättebra. Dom har börjat skriva sådana styrriktlinjer. Dom har även tagit fram mallar t ex. Enkla standardvårdplanen som jag nämnde. Och allt det känns jättebra. Men nu står man där att nu ska det användas också. Och där är det svårt.”

Men det var inte bara vid dialogmöten som en förankring skedde. Andra exempel på aktiviteter lyftes också fram under intervjuerna. Team-medlemmarna fick fungera som ambassadörer och gå ut i sina ordinarie verksamheter och informera om riktlinjer och ESVP. Det gavs också beskrivningar på hur processägare och team-medlemmar både bjudit in personer till informationsmöten men också informerat ute i verksamheterna.

Del i uppföljningen

Verksamhetsplanerna är också en viktig utgångspunkt i kommunikationen inom processorganisationen. Processchefen och processcontrollern tar exempelvis del av verksamhetsplanerna och diskuterar dem med processägare och teamen. En respondent med insyn i diskussionerna framhöll att det utifrån verksamhetsplanerna går att se hur väl processerna faktiskt fångas och om det är några områden som processägare och team borde fokusera mer.

ESVP utgjorde också en länk i uppföljningen av processerna. Vid tillämpandet av en enkel standardvårdplan för en viss diagnos kryssas bland annat rutor för i samband med att vissa åtgärder vidtas. Exempelvis om vissa prover tagits eller om patientens medicin gått igenom.

Men han har ju styrt upp då liksom att du ska registrera vissa saker på ett visst sätt via journalen. Och det står det i standardvårdplanen också. Så om du använder den så blir det liksom rätt hela vägen. Och då kan han följa upp sina riktiga mätetal då.

Uppföljningen av om enkel standardvårdplan använts (vilket skulle registreras) blev därmed ett sätt att följa upp den kliniska operativa verksamheten i förhållande till riktlinjerna.

Svag efterlevnad

Trots ansträngningarna och övertygelsen hos många samt konstaterande som att ”det skall en del till för att åsidosätta det” när det finns ledningsbeslut om att ESVP skall användas, fanns det indikationer på att tillämpningen haltade.

Under de genomförda intervjuerna och observationerna togs problemet upp (återkommande) att enkel standardvårdplan användes i för liten utsträckning. En respondent menade exempelvis att ett stickprov som gjorts indikerade att den enkla standardsvårplanen för den aktuella diagnosen inte användes i någon större utsträckning. Detta ansåg som problematiskt och respondenten betonade att det inte var upp till den enskilde läkaren att avgöra om enkel standardvårdplan skulle användas eller ej eftersom det fanns ett ledningsbeslut på att riktlinjer och vårdplaner skulle tillämpas.

Alltså när det gäller lunginflammation. Så gjorde ju han så under ett halvår att han skickade ut resultatet på compliance då, per vecka till varje klinik. Och då nådde han ju 50-60 % att man använder hans standardvårdplan då. Som var det han ville mäta. Då håller han ändå på liksom varje vecka. Så det är inte lätt att föra in det i en linjeorganisation.

Olika orsaker till den svaga följsamheten beträffande användande av ESVP lyftes fram under intervjuerna och diskuterades under möten som observerades. En orsak som lyftes fram var att det fanns en ”trötthet” gällande allt registrerande eftersom dylika aktiviteter ökar mycket under senare år. Att komma med ytterligare en rutin gällande registrering och dokument att ta hänsyn till var därför sällan populärt och det gjorde att det fanns både ett motstånd mot att ta till sig nyheter rörande ESVP men också att vissa kunnat vara mer drivande i implementerandet och uppföljandet av användningen. Återkommande beskrevs det också att läkare argumenterade mot ESVP eftersom de menade att de redan praktiserade de rutiner som stipulerades i dem. Uppföljningar som gjorts, av personer inom processorganisationen, visade emellertid att så inte var fallet och att ESVP faktiskt ledde till ett mer korrekt handhavande av patienterna som följde riktlinjerna. En problematik som lyftes fram rörde olikheter i professionell tillhörighet och att det exempelvis skulle komma att bli svårt att få kirurger att anpassa sig efter riktlinjer från exempelvis psykiatrin. En respondent formulerade det: ”mellan mellan psykiatri och somatik är det nästan, ja jag skall väl inte säga hopplöst att få compliance.” Men det påpekades också under intervjuerna att det helt enkelt skedde för få och felaktiga ansträngningar att verkligen implementera ESVP i det dagliga arbetet.

Det fanns dock också exempel på hur initiativ som utvecklats i teamen fick genomslag i verksamheten. Från sepsis processen med det identifierade nyckel-

talet om kortare tid från diagnostisering till givande av antibiotika (time to needle) rapporterades det om förbättrade resultat. Andra exempel gavs gällande snabbare hantering av höftfrakturpatienter där förändringar gällande mottagande ledde till kortare ledtider. En av de större förändringarna som genomfördes handlade om att patienterna skulle föras direkt till röntgen istället för att tas in via akutmottagningen.

Beskrivningarna av höftfrakturprocessen ger också en illustration av vilka ansträngningar som måste till ibland för att åstadkomma en förändring. Ett av de mer centrala måtten rörde tid mellan ankomst och operation och målet var satt till maximalt 24 h. Efter vissa initiala förbättringar misslyckades man under en längre tid med att förbättra tiden och klara målet. Anestesi med ansvar för operationssalar identifierades som en trång sektor med bristande kapacitet. Detta ledde till prioriteringssituationer där höftfrakturpatienterna allt som oftast prioriterades ner till förmån för mer akuta patienter. Andra förklaringar lyftes också fram, som exempelvis att de olika operatörerna i olika utsträckning brydde sig om att prioritera höftfrakturer. Trots att problem identifierades skedde inga förändringar som ledde till ytterligare förbättringar. Efter flera års arbete förbättrades dock utfallet och målet om operation inom 24 h nåddes. Detta skedde efter det att ett extra dialogmöte hållits som resulterade i att anestesi genomförde förändringar som innebar att höftfrakturpatienter prioriterades upp samtidigt som systemförändringar gjordes så att de varslades tidigare om att patienter med höftfraktur skulle opereras. Anestesi inledde också en mer systematisk uppföljning av utfallet i förhållande till tidsmålet.

Roller – dubbla engagemang

För dem som engagerat sig i processarbetet innebar engagemanget att vara verksam både i processorganisationen och i linjeorganisationen (undantaget dem som hade renodlade heltidsfunktioner i processen). Rollen som team-medlem kan beskrivas som en ambassadörsroll eller språkrör i dubbel bemärkelse. Team-medlemmarna satt med i teamet som företrädare för en viss verksamhets del i processen. Det ansågs viktigt att alla centrala delar av processen täcktes in, vilket var ett av de mer centrala urvalskriterierna vid processteamets sammansättning. Men det framgår också av de empiriska beskrivningarna att en annan central funktion var att team-medlemmarna fungerade som ambassadörer för teamen i sin ordinarie verksamhet. En processägare uttryckte exempelvis en ambition att utöka det redan etablerade

teamet med personer från en viss verksamhet just i syfte att förankra teamets arbete bättre.

Men att vara ”ambassadör” för teamet och det arbete som skedde inom ramen för den aktuella processen var inte oproblematiskt. Under intervjuerna berättade flera respondenter hur deras engagemang i teamet ifrågasattes av kollegor. Bland annat skedde det när förändringar som initierats i teamet skulle förankras och omsättas till praktik ute i verksamheten. Flera exempel lyftes fram där initiativen blivit starkt ifrågasatta eller som en respondent formulerade det: *”det blev kalabalik, jag fick stå där och försvara det som bestämdes i teamet”*. En läkare berättade också under intervjun att kollegor som öppet ifrågasatt meningen med att engagera sig i processarbete istället för att ”arbeta” och att det kunde ge en känsla av att smita undan arbetet på kliniken.

Processägarna befinner sig precis som resten av team-medlemmarna i bägge organisationerna med skillnaden att de i egenskap av processägare jämställs eller överordnas verksamhetscheferna i vissa avseenden. Exempelvis är de riktlinjer som processägarna tar fram bindande för de verksamheter som verksamhetscheferna är chefer över. Under intervjuerna problematiserades denna relation och farhågan lyftes fram att processägarna riskerade att hamna i en konfliktfylld relation. Processägarna kan ju fatta beslut gällande riktlinjerna som exempelvis innebär att kostnader ökar för den egna kliniken eller komma att föreslå förändringar som innebär att verksamhet och ansvar förs bort från den egna kliniken. En respondent med insyn beskrev hur en processägare fått en tillsägelse av sin verksamhetschef då verksamhetschefen ansett att processägaren gått för långt i att gå in och påverka verksamheten på kliniken.

Att det skapas konflikter var emellertid också något som avdramatiserades under intervjuerna av vissa respondenter. En respondent beskrev det som att det var naturligt och till och med det som var meningen, att den gamla strukturen skulle möta en ny. Då blir det konflikter och det skapar också en grund för vidareutveckling. Att det fanns en grund för konflikt mellan team och linjeorganisation framgår också tydligt av beskrivningar där idéer om hur processen skulle kunna förändras och introduktionen av nya rutiner ifrågasatts.

En konflikt som flera respondenter beskrev under intervjuerna men som också diskuterades under höftfrakturens team-möten rörde hur patienten skulle transporteras från röntgen till avdelningen. Ett förslag hade lagts fram

av processägaren att det snabbaste och mest resurseffektiva sättet vore att ambulanspersonalen väntade med överlämnandet av patienten och efter röntgen transporterade patienten till avdelningen för att där göra överlämnandet. Denna rutin var dock inget som ambulansens personal var villig att ställa upp på. Som motargument framfördes bland annat att transporten av patienten skulle gå ingen en kulvert och att ambulanspersonalen då inte skulle kunna leva upp till de krav som fanns på dem att snabbt kunna rycka ut om så behövdes. Ett andra alternativ för att undvika detta som lyftes fram var att ambulanspersonalen, för att undvika kulvertproblematiken skulle lasta in patienten i bilen igen och köra patienten till avdelningen. Inte heller detta föll i god jord hos ambulanspersonalen som lyfte frågan till sin chef. Detta ledde sedan till fortsatta diskussioner. Lösningen blev sedan att ambulanspersonalen inte skulle lämna över på avdelningen utan att personal från avdelningen skulle hämta patienten som skulle överlämnas på röntgen. En annan teammedlem beskrev en liknande situation.

En annat team-medlem beskriver en liknande problematik:

”...om jag går till min chef och hon säger så här: så här får det inte vara, det måste vi ta tag i, det måste du ju säga ifrån (i teamet). Och det är inte så lätt att göra det. För jag har ju en processchef också, så vi har haft våra duster, vi medlemmar i teamet...Det har inte varit påkar och stänger, men vi har nog varit verbala alla, försvarat var och en sitt revir. Det är ju så, att vi har ju var och en sitt revir, om man säger så.”

Process – linje

Ett återkommande tema under intervjuerna var relationen mellan process och linje. Ett problem som uppmärksammades under arbetet med att utveckla processorganisationen var att linjeorganisationens verksamhetsplaner utvecklades utan att hänsyn togs till processernas verksamhetsplaner. En förändring initierades så att verksamhetsplanerna som processerna slog fast tidsmässigt skulle ske före det att linjeorganisationens verksamhetsplaner beslutades för att på det viset skapa förutsättningar för att det togs hänsyn till dem. En annan åtgärd som vidtogs var att initiera det som kom att kallas dialogmöten. Under dessa möten träffades processägare och de verksamhetschefer som berörs av processerna för att förankra och diskutera processernas verksamhetsplaner.

Flera respondenter framhöll under intervjuerna att om processerna skulle bli framgångsrika var det avgörande att det skapades koppling mellan process

och linje. Det var ju i linjeorganisationen det som bestäms i processorganisationen skall effektueras. Det empiriska materialet indikerar både att processorganisationens arbete hade en inverkan på linjeorganisationen och att det fanns indikationer på att processorganisationen påverkade i mer marginell utsträckning.

Det empiriska materialet visar också att processorganisationen och linjeorganisationen upplevdes som separerade från varandra av vissa. Det tog sig sig bland annat uttryck i att styrningen och organiseringen av linjeorganisationen inte anpassades till eller uppmärksammade processerna. Ett uttryck för detta var att processerna haft svårt att *"tränga in"* i den operativa verksamheten och att exempelvis dialogmöten inte rädde på det förhållandet. Den observerade svaga efterlevanden gällande tillämpning av enkla standardvårdplaner lyftes fram som exempel. En respondent betonade i sammanhanget att det inte räcker med dialogmöten där chefer träffas. Riktlinjer och enkla standardvårdplaner måste förankras lokalt ute i organisationen, vilket inte skedde enligt respondenten.

Inom vissa grupper bland de operativt verksamma läkarna beskrevs också motståndet mot processer och processorganisationen som stort. Det betraktades som ett påfund av ledningen som hade lite med den praktiska verksamheten att göra. En respondent beskrev det som att för vissa var processorganisationen ett *"rött skynke"* och det gick knappt att tala om processer över huvudtaget utan att det väckte irritation och motstånd. Det empiriska materialet visar också att inte heller alla klinikchefer var positivt inställda till hur processorganiseringen skett. Under intervjuerna beskrevs det emellertid att motståndet minskat över tid, både bland läkare och klinikchefer.

Olika fokus

Också gällande ansvarutkrävande beskrevs processorganisationen och linjeorganisationen som åtskilda. En respondent beskrev det som att i styrningen av linjeorganisationen är fokus på budget, arbetsmiljö och vårdgaranti och i väldigt liten utsträckning på processerna och processorganisationens arbete. Det centrala är att klara den egna verksamheten inom de uppställda ramarna och göra medicinskt relevanta prioriteringar. Detta gällde både i relationen mellan klinik och överordnad instans men också inom kliniken. En respondent beskrev också att ekonomistyrningen inom linjen inte förändrats eller påverkats av introduktionen av en processorganisation och att det var viktigt att inga förändringar skedde. Sjukhuset hade en mycket ansträngd ekonomi

och det gällde att bibehålla de strukturer som fanns för att inte tappa kontrollen över den ekonomiska styrningen.

All uppföljning politiker, revisorer. Hela tiden uppföljning på pengar. Det finns ju ett jättetryck. Då vågar man inte hantera ekonomin hur som helst. Sen måste man också fundera kring vad det är man kan och vill styra. Sedan är det ju personfrågor och ledarskap också. o det finns ju. Jag tror att det biter bättre än att flytta om i ekonomisystemet.

En annan aspekt som lyftes fram var att processorganisationen var bra på att lyfta fram den enskilda diagnosen och verka för bättre förutsättningar för den. Det är en ”välldig kraft” i organiserandet av processer. Detta ledde i vissa situationer att patienter med diagnoser som var definierade som processer prioriterades högre än vad de tidigare gjort. Både under intervjuerna och under möten som observerades framkom det synpunkter på detta och att om en viss process skulle premieras fick något annat stå tillbaka. Det empiriska materialet visar emellertid att processerna också fick ge efter för prioriteringar och sättet att organisera verksamheten inom klinikerna. Tydligast var detta kanske gällande höftfrakturprocessen där målet om att alla skulle opereras inom 24 h inte kunde nås på grund av att tillgängligheten på operation var för låg. Detta dryftades återkommande under möten som observerades och lyftes fram under intervjuer. Höftfrakturerna, som var klassade som en akut åkomma, fick ofta stå tillbaka för andra än mer akuta operationer som exempelvis akuta kejsarsnitt. En respondent menade att visst kunde operation kanske förbättra kapaciteten för ortopedi, men då skulle andra, kanske mer akuta fall få stå tillbaka. Inom befintlig resursram och med de lokalfaciliteter och antalet operatörer fanns det få möjligheter att leva upp till målsättningen.

Analys

Analysen i detta avsnitt adresserar de forskningsfrågor som lyftes fram i teoriavsnittet. I den första delen under rubriken upptäckande adresseras de båda första frågorna. Svar söks på om teamen lyckades generera en reflexiv upptäckande förmåga och om det skapades en enhetlig förståelse för problem och lösningar i teamen. I den därpå följande analysen adresseras frågorna kring hur teamen arbetade för att återknytta till verksamheten och i vilken utsträckning det faktiskt skedde ett återknytande i bemärkelsen att initiativ omsattes i praktiken.

En hel del upptäckande aktiviteter

Skapas det i teamen en förmåga till upptäckande? Granskas de aktiviteter som skedde i teamen framgår det att en rad av dessa kan rubriceras som upptäckande. Två övergripande kategorier som fångar de upptäckande aktiviteterna är internt och externt upptäckande.

Internt upptäckande handlar om att skapa kunskap om olika dimensioner av den egna processen i den egna organisationen. Initialt när teamen bildas handlar mycket om att identifiera olika dimensioner av den process de skall arbeta med. Processerna när de tillskapas är definierade utifrån diagnos och det första steget i teamens arbete är enligt den modell de arbetar med på SÅS att kartlägga den resa patienten gör genom systemet. Att detta är en upptäckande aktivitet vittnar inte minst teamdeltagare om som beskriver det som en *"a-ha upplevelse"*. Medlemmarnas bakgrund i olika delar av den verksamhet som processen spänner över gör att processen blir belyst från olika håll.

Om kartläggandet av processen kan beskrivas som ett organisationsinternt upptäckande går det också att identifiera externa omvärldsorienterade aktiviteter. Det empiriska materialet illustrerar att samtliga team ägnade sig åt att på olika sätt jämföra den egna processen, eller vissa dimensioner av den, med omvärlden. En referenspunkt i detta som samtliga team som följts refererade till var tillgänglig offentlig statistik, som exempelvis *"öppna jämförelser"*. Det refererades frekvent under mötena till olika kvalitetsregister. Andra ex-

empel på omvärldsorienterade aktiviteter som det gavs exempel på är identifierande av nya behandlingsmetoder för ingrepp och möjliga alternativa sätt att organisera verksamheten på.

Upptäckandet tar sig också olika former. En indelning som kan göras utifrån det empiriska materialet är kunskapsgenererande av mer engångsartad karaktär och mer systematisk och återkommande inhämtning av kunskap. Det ges i de empiriska beskrivningarna ett flertal exempel på upptäckande som är av engångskaraktär. Exempel på identifierande av nya behandlingssätt som leder till förändrade rekommendationer i riktlinjer och standardvårdplan eller nya idéer kring ett förändrat omhändertagande. Mycket av den kunskapsinhämtningen var dock systematiserad. Detta skedde exempelvis i relation till den externa omgivningen där utfall för den egna processen återkommande jämfördes med statistik. Ett av de återkommande inslagen under de observerade mötena vad dock fokus på utvecklingen för olika identifierade nyckeltal för processerna gällande exempelvis olika tidsmål som operation inom 24 h för höftfrakturpatienter.

Partiell förankring i teamen

Vi kan därmed konstatera att teamens arbete omfattar aktiviteter av olika slag som syftar till att utveckla kunskapen kring processerna. Upptäckandet tar sig olika uttryck och omfattar både externt och internt orienterade aktiviteter med olika grad av systematik. I teoriavsnittet betonades dock att ett utvecklande av kunskap inte bara handlar om att tillägna sig information utan också att det måste förstås och upplevas som relevant av dem som är involverade. Det är detta den andra forskningsfrågan adresserar: skapade teamen en grund för ett gemensamt lärande i teamen? Ett övergripande svar på frågan är att det delvis skedde.

Både intervjuer och observationer av teammöten visar tydligt att det kan skilja sig åt i engagemanget mellan olika deltagare. I samtliga team som studerades närmare sticker läkarna, processägaren undantagen, som är medlemmar i teamen ut som mindre engagerade. De deltar mindre frekvent i mötena och i vissa fall i princip aldrig. Övriga personalgrupper förefaller delta med ett större engagemang som avspeglas både i aktivitet gällande deltagande och under själva mötena. Eftersom processägaren själv är läkare i samtliga fall innebär det dock att läkarkåren alltid är representerad. Foormuleringen om att det delvis sker ett gemensamt lärande handlar därför om att vissa medlemmar i teamen var engagerade i mindre utsträckning än andra.

Granskas de som deltog aktivt i teammötena framgår det att teamen utgör en bas för ett gemensamt lärande vilket avspeglas i att under mötena ägnas tid åt att diskutera och reda ut olika saker. Ett exempel på det är när något avviker vid en uppföljning och förklaringar söks till varför så är fallet. I fallet med höftfraktur uppdagades det exempelvis att samtliga fall som borde registrerats under en viss kod inte gjort det i journalsystemet. Detta föranledde en diskussion kring hur registrering borde ske och de representanter som fanns med på mötet kunde klargöra vad som kunde vara eventuella orsaker till att så inte skedde. Andra exempel handlar om hur förslag på möjliga alternativ att utföra uppgifter på diskuteras och olika aspekter på hur förändringar skulle kunna ske belystes från olika håll. Ibland leder sådana diskussioner till konkreta förankrade förslag på förändringar, ibland till justeringar av befintliga förslag och i en del fall till ett förkastande av förslagen.

Konklusioner kring upptäckande och gemensamt lärande

För att en strategisk utveckling skall komma till stånd krävs det att det skapas en gemensam förståelse kring det som upptäcks och ett första steg i denna process är att detta sker i teamen. Gällande detta går det att konstatera att teamen fungerar som en plattform för att skapa en kunskap som är relevant för organisationen. Det går emellertid också att konstatera att samtliga personalgrupper inte är engagerade i teamen i lika stor utsträckning. Läkarna, som inledningsvis pekades ut som en central grupp i hälso- och sjukvårdsorganisationer, tenderar att engagera sig i teamen i mindre utsträckning än andra. Enligt Nonakas (1994) resonemang som refererades i teoriavsnittet kan detta förväntas vara ett problem eftersom de problem och lösningar som teamen identifierar i mindre utsträckning än vad som kunde ha varit fallet bygger på en förståelse som även delas av läkarna som grupp.

I den teoretiska referensramen lyftes risken med att det strategiska teamet antingen blir för nära kopplat till den operativa verksamheten, vilket kan resultera i en oförmåga att reflektera, eller blir för disanserat så att de upptäckter som görs blir för verksamhetsfrämmande. De empiriska beskrivningarna indikerar att det skapas ett starkt fokus kring teamens specifika uppgift, men också att medlemmarnas bas i respektive operativ verksamhet skapar en balans. När en central personalgrupp som läkarna är mindre engagerade än andra i teamen ökar dock risken för att de problem som definieras och de lösningar som identifieras.

Återkopplande – strategier och utfall

I det förra avsnittet fokuserades vad som hände inom teamen och om de ägnade sig åt upptäckande varsamhet, vilket de gjorde. Här flyttas fokus i och med att de två kvarvarande forskningsfrågorna adresseras: Vilka strategier användes för att återknyta teamens arbete till den övriga verksamheten och i vilken utsträckning lyckades det? I det teoretiska ramverket lyftes vikten av att kontextualisera de avgränsade strategiska enheterna fram. Det handlar om att relatera dem till övrig verksamhet och belysa hur nära de är den operativa verksamheten och vilka relationer som finns till andra organisatoriska arenor. Först sker därför en belysning av den organisatoriska kontexten och därefter de faktiska aktiviteter som pågick med syfte att återkoppla.

En övergripande beskrivning av teamen i relation till andra organisatoriska arenor är att de var löst kopplade. Det vill säga, den kommunikation som utvecklas är relativt annorlunda den inom respektive enhet inom resursorganisationen. Detta är också vad som kan förväntas eftersom det finns en tydlig styrning med ett tydligt uppdrag att arbeta med en strategisk utveckling som är skild från den utveckling respektive funktionsenhet inom resursorganisationen bedriver. Processorienteringen handlar också enligt de motiv som framfördes vid introduktionen av en processorganisation att uppmärksamma en problematik som tidigare negligerats. Ytterligare något som stärker bilden av att teamen var löst kopplade är de beskrivningar som gjordes av processorganisationen som en separat företeelse som inte kopplades samman med resursorganisationen.

Det fanns dock faktorer som bidrog till att balansera frikopplingen och knyta teamen närmare den operativa verksamheten. Inte minst den tvärfunktionella sammansättningen som innebar att en rad olika delverksamheter i processerna som teamen fokuserade fanns representerade. Som beskrivits ovan stöttes och blöttes problem och lösningar genom att de relaterades till förutsättningar i olika relaterade verksamheter. Trots dessa motvikter mot

en allt för hög grad av frikoppling är den övergripande bilden att teamen kan klassificeras som löst kopplade. Detta reser större krav på de aktiviteter som sker för att återkoppla teamens arbete till den verksamhet som bedrivs i resursorganisationen.

Strategier för återkopplande

Granskas de aktiviteter som skedde för att omsätta de strategiska initiativen i handling i den resterande organisationen går det att dels konstatera att det skedde aktiviteter av olika slag på området, men också att det till stor del handlade om aktiviteter som förutsatte ett aktivt mottagande. Detta åter speglar delvis den formella ansvarsordningen i matrisorganisationen där processägare hade rätt att fatta vissa formellt bindande beslut, men där merparten av besluten rörande arbetet i verksamheten fortfarande låg i det som kallades resursorganisationen. Processägaren kunde därför inte utkräva ansvar av personal i resursorganisationen.

Flera av de aktiviteter som skedde för att återkoppla teamens arbete till verksamheten kategoriseras här under rubrikerna direkt-, regel- och resultatstyrning (Mintzberg 1983; Hofstede 1981)¹. Vad gäller direkt styrning, det vill säga, att en person direkt försöker påverka andra i organisationen, förekom sådan i lite olika former. Exempel på detta som gavs var när processägare besökte personalmöten på klinikerna eller sammanträdde med verksamhetschefer i ett försök att introducera idéerna kring processerna. Ett annat uttryck för detta är när teammedlemmarna agerar som ”ambassadörer” och talar för processerna i sina respektive verksamheter. Betonas bör i sammanhanget att den direkta styrningen i dessa fall inte är sanktionerade av en formell hierarki, vilket oftast är fallet när direkt styrning omnämnd i litteraturen (Mintzberg 1983). Den direkta styrning som observerades handlar mer om att övertyga och informera. Inte desto mindre beskrivs det som en viktig aktivitet av de som själva var engagerade i teamen. En av processägarna beskrev det också som en strategi att utse teammedlemmar för verksamheter som var viktiga för ett förbättrande av processen eftersom de kunde förväntas arbeta för detta i större utsträckning. Försök att skapa återkoppling genom interaktion person till person kännetecknades därmed i stor utsträckning av ömsesidighet snarare än genom formellt sanktionerad styrning.

Vad gäller regelstyrning fanns det också exempel på hur det utövades. Här hade också processägaren tydligare formella befogenheter. Processägarna

1) Styrningssituationen diskuteras mer ingående i en separat artikel där SÅS relateras till ett annat fall i studien (Kastberg och Siverbo 2013).

hade enligt beslut av sjukhusdirektören rätt att skapa riktlinjer för de diagnoser de var ägare av samt skapa så kallade enkla standardvårdplaner. Formellt skulle också de riktlinjer och de enkla standardvårdplaner som skapats följas av den behandlande personalen. Riktlinjerna och de enkla standardvårdplanerna handlade inte enbart om behandlingen i sig utan också om rutiner kring hanteringen av patienterna i en vidare bemärkelse. För höftfrakturpatienterna handlade det exempelvis om vem som skulle föra dem till vilken avdelning och när.

Det empiriska materialet visar också att i återknytandet var förlitandet på resursorganisationen viktig, inte minst eftersom det var inom den som mycket av beslutsmakten som påverkar processerna låg. I försök att få resursorganisationens chefer att beakta processerna och det arbete som teamen utfört hölls bland annat så kallade dialogmöten där processägare träffade samtliga berörda klinikchefer för att diskutera processerna. Dessa möten kunde resultera i förändrade regler och rutiner internt i klinikerna. Ett tydligt exempel är de förändringar som anestesikliniken gjorde internt för att omsätta förändringar initierade av höftfrakturteamet, vilket skedde efter just ett dialogmöte. Vad gäller resultatstyrning går det att konstatera att även om teamen, som framgick tidigare i analysen, ägnar sig åt aktiviteter som systematisk uppföljning av utfallet för processerna kan detta knappast beskrivas som en del av en resultatorienterad styrning. Resultaten från uppföljningen användes främst för att under teammötena diskutera möjliga orsaker och om det fanns några lösningar på problemen. Indirekt användes sedan utfallet av resultatuppföljningen för att initiera diskussioner med exempelvis klinikansvariga om möjliga och angelägnas förändringar. Något egentlig styrning där ansvar utkrävs utifrån resultat förekom därför knappast.

Så här långt går det att konstatera att den direkta återkopplingen genom faktiska styrinitiativ främst skedde dels genom producerande av formellt bindande regler samt genom försök att direkt påverka andra aktörer i organisationen.

Hade strategierna effekt?

Här adresseras den fjärde forskningsfrågan, om teamens arbete återkopplades på ett sådant sätt att det faktiskt skedde förändringar i verksamheten. Här går det att göra observationer som både indikerar att det skett ett lyckat återkopplande, men också att det fanns misslyckandet.

Ett exempel på ett område där det gavs återkommande beskrivningar av ett misslyckat återkopplande gällde användandet av enkla standardvårdplaner. Formellt sett skulle dessa alltid användas om en patient diagnostiserades med en diagnos för vilken det fanns en framtagen enkel standardvårdplan. Så skedde dock inte och avvikelserna var ett återkommande tema under de observerade mötena bland annat. Även i de fall där de enrått arbetat med att öka användandet uppnåddes inte tillfredställande nivåer. De empiriska beskrivningarna visar att olika förklaringar lyftes fram som låg acceptans för processidén bland läkare, svag implementering i resursorganisationen samt en allmän avog inställning till försök att styra yrkesutövandet bland läkare. Men det gavs också andra exempel på att det varit svårt att få genomslag i verksamheten. Ett sådant exempel var ändrade rutiner för hur patienter skulle ankomstregistrerats. Trots tydliga instruktioner och återkommande diskussioner i teamet skedde inte de förändringar som framhölls som viktiga.

Det empiriska materialet indikerar emellertid att det ibland skedde lyckade återkopplingar. Teamet som arbetade med att utveckla processen för sepsispatienter kunde exempelvis notera förbättringar för patienter för den viktiga kvalitetsindikatorn *"time to needle"*. Ett annat exempel rör målet om att alla höftfrakturpatienter skulle opereras inom 24 h, där flera års arbetet inom med att finna lösningar som skulle förverkliga detta till slut ledde till att målet nåddes. Den trånga sektorn hade varit operation och de prioriteringar som opererande läkare gjorde. Först efter det att höftfrakturer hade definierats om och givits en högre prioriteringsstatus lyckades man nå målet.

Sammantaget går det därför att konstatera att det fanns exempel både på lyckad återkoppling och på områden där det inte skett någon återkoppling. Ambitionen med föreliggande rapport är inte att förklara varför teamarbetet blir lyckosamt eller ej eller vilka faktorer som bidrar till att det blir ett visst utfall av arbetet. Med det explorativa syftet som formulerats räcker det att konstatera att trots att olika ansträngningar för att återkoppla teamens arbete lyckades de endast i vissa fall.

Slutsatser

Syftet med denna rapport beskrevs inledningsvis som explorativt och bröts ner i ett antal delfrågor med utgångspunkt i ett teoretiserande kring avgränsade strategiska enheters förutsättningar och funktion. Analysen har visat att de strategiska teamen skapar förutsättningar för reflexivitet genom att skapa ett avgränsat fokus på en viss problematik. Teamens arbete ledde både till en reflektion kring processen i förhållande till omvärlden och i förhållande till den egna organisationen. Det framgick också att teamen fungerade som en arena för att skapa en gemensam förståelse för identifierade problem och lösningar. I enlighet med vad som kan förväntas av en avgränsad strategisk enhet uppnåddes en reflexiv förmåga. Vad gäller de återkopplande aktiviteterna var de av olika slag och det går att konstatera att utfallet varierade. I vissa fall ledde strategiska initiativ som de tvärfunktionella teamen introducerade till förändringar, i andra inte.

Vad som kan konstateras i förhållande till syftet är att de avgränsade enheterna skapar en reflexiv förmåga och den heterogena sammansättningen fyller en funktion genom att idéer tillåts att testas mot den organisatoriska praktik som de olika medlemmarna representerar. Studien visar emellertid också att omsättande av strategiska initiativ inte kan tas för givet, det finns en risk för frikoppling. Inte ens på de områden där processägaren getts formella befogenheter var återkopplingen garanterad. Mycket tyder därmed på att en högre grad av återkoppling kräver än mer utvecklade relationer mellan team och berörda delar av operativ verksamhet.

Studien i sig ger inte någon vägledning kring vilka sätt som är mer eller mindre framgångsrika gällande återkoppling, vilket inte heller var syftet. Det går dock att spekulera kring hur stor betydelse det har att läkarna som grupp varit mindre engagerade än andra. Det finns mycket litteratur som visar att det är svårt att styra läkarprofessionen ”utifrån” (Nilsson 1999; McNulty and Ferlie 2004). Det traditionella sättet att styra starka professioner är genom normer och värderingar som etableras över tid genom långa utbildningar och praktisk erfarenhet (Ouchi 1979; Hofstede 1981). Några sådana försök till styrning kopplat till processorganiseringen kunde inte observeras i studien.

Sammantaget visar studien att tvärfunktionella team kan förväntas fylla den reflexiva funktion som de tilldelas i litteraturen. Bryggan mellan team och praktik kan dock förväntas vara problematisk. Detta bjuder in till funderingar kring områden för fortsatt forskning. Intressanta frågor att adressera handlar om vilken betydelse sammansättningen i teamen har för återkopplade. En annan fråga handlar om vilka strukturer i övrigt som kan stödja ett återkopplade. Ytterligare en fråga som är relevant men svår att besvara är givetvis om det är önskvärt med en mycket hög grad av återkopplande. Sjukhus är organisationer har många och olika krav på sig och det är inte säkert att teamen utgör en lösning som gynnar allt. Bristande återkoppling kan ur ett sådant perspektiv vara ett uttryck för att det sker en balans mellan olika krafter som driver utvecklingen i olika riktningar och som svarar mot olika mål och krav.

Referenser

- Asmuss, B., and J. Svennevig. 2009. Meeting Talk. *Journal of Business Communication* 46 (1):3-22.
- Baecker, D. 2006. The Form of the Firm. *Organization* 13 (1):109–142.
- Becker, K., and D. Seidl. 2005. *Niklas Luhmann and organization studies*. 1. [ed.] ed. Malmö Liber.
- Clegg, S., C. Carter, and M. Kornberger. 2004. Get up, I feel like being a strategy machine. *European management review* 1 (1):7.
- Greenhalgh, T., R. Fraser, and G. Macfarlane. 2004. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly* 82 (4):581–629.
- Hendry, J., and D. Seidl. 2003. The Structure and Significance of Strategic Episodes: Social Systems Theory and the Routine Practices of Strategic Change. *Journal of Management Studies* 40 (1):175–196.
- Hernes, T., and G. Schjelderup. 2005. En forklaring av stabilitetens dynamikk. *Nordiske Organisasjonsstudier* 7 (1):27.
- Hofstede, G. 1981. Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society* 6 (3):193–211.
- Kastberg, G. 2009. Strategiarbete. *En granskning av de underliggende organisatoriska processerna*. Göteborg: BAS Förlag.
- . 2013. Separation and reconnection. *kommande*.
- Kouzes, J. M., and P. R. Mico. 1979. Domain Theory: An introduction to organizational behavior in Human Service Organizations. *Journal of Applied Behavioral Science* 15 (4):449–469.

- Llewelyn, S. 2003. What counts as “theory” in qualitative management research? Introducing five levels of theorizing. *Accounting, auditing and accountability journal* 16 (4):34.
- Luhmann, N. 1995a. *Funktionen und Folgen formaler Organisation: mit einem Epilog 1994*. 4. Aufl. ed. Berlin: Duncker und Humblot.
- . 1995b. *Social systems*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- March, J. G. 1991. Exploration and Exploitation in Organizational Learning. *Organization Science* 2 (1): 71–87.
- McNulty, T., and E. Ferlie. 2004. Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies* 25 (8): 30.
- Mintzberg, H. 1983. *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- . 1994. *The rise and fall of strategic planning: reconceiving roles for planning, plans, planners*. New York: Free Press.
- Mouritsen, J., H. Mahama, and W. F. Chua. 2010. Actor-Network Theory and the Study of Inter-Organizational Network-Relations. In *Accounting in Networks*, edited by H. Håkansson, J. Lind and K. Kraus. New York: Routledge.
- Nilsson, V. 1999. *Empati och distans: en studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning*. Göteborg.
- Nonaka, I. 1994. A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science* 5 (1):14–37.
- Ouchi, W. G. 1979. A Conceptual Framework For the Design Of Organizational Control Mechanisms. *Management Science* vol 25 (9):20.
- Paroutis, S., and A. Pettigrew. 2007. Strategizing in the multi-business firm: Strategy teams at multiple levels and over time. *Human Relations* 60 (1): 99–135.
- Rombach, B. 1986. *Rationalisering eller prat: kommuners anpassning till en stagnerande ekonomi*. Lund: Doxa.

Schreyögg, G., and M. Kleisch-Eberl. 2006. How dynamic can organizational capabilities be? Towards a dual-process model of capability dynamization. *Strategic Management Journal* 28 (9):20.

Weick, K. E. 1995. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Yin, R. 1994. *Case study research. Design and methods*. London: Sage Publications.

Zahra, S. A., and G. George. 2002. Absorbive capacity: a review, reconceptualisation and extension. *Academy of Management Review* 27 (2):185–203.

Kommunforskning i Västsverige, KFi, är en organisation som bedriver forskning inom området ekonomi och organisation i kommuner och landsting.

Verksamheten utgår ifrån ett samarbetsavtal mellan kommuner och landsting samt universitet och högskolor i Västsverige. Syftet med samarbetsavtalet är att initiera forskning inom det nämnda området och därmed bidra till att skapa en stark forskningsmiljö.



**KommunForskning
i Västsverige**

c/o Göteborgs universitet
Viktoriagatan 13
411 25 Göteborg
Tel 031-786 59 00
E-post kfi@kfi.se
www.kfi.se