

Nyorientering av svensk sjukvård:

Verksamhetstjänande implementeringslogiker

bygger mer hållbart engagemang
och utveckling - *i praktiken*

LOTTA DELLVE
JÖRGEN ANDREASSON
ANDREA ERIKSSON
MARCUS STRÖMGREN
ANNA WILLIAMSSON



Nyorientering av svensk sjukvård:

Verksamhetstjänande implementeringslogiker

bygger mer hållbart engagemang
och utveckling - *i praktiken*

Lotta Dellve^{1, 2}

Jörgen Andreasson^{1, 2}

Andrea Eriksson¹

Marcus Strömgren¹

Anna Williamsson¹

¹ Kungliga Tekniska Högskolan, Stockholm

² Högskolan i Borås



HÖGSKOLAN I BORÅS

© Författarna

ISBN: 978-91-7595-892-7

Tryck: Universitetsservice US-AB

Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
INLEDNING.....	9
Övergripande syfte och delsyften.....	10
Nyorienterande organisatoriska utvecklingsarbeten.....	11
Hållbart utvecklingsarbete i vårdorganisationer	12
METOD.....	15
Design	15
Urval.....	15
Enkätstudier.....	16
Intervjuer	16
Kvalitativ observation.....	20
Analys	20
Etik	21
RESULTATBERÄTTELSE: uppbyggnad av utvecklingsarbete och hållbara vårdprocesser	23
BASEN: Erfarenheter skapar starten.....	23
BRÄNSLET: Utvecklingsarbetets breddning i kliniska verksamheten	24
BETYDELSE för vårdkvalitet och effektivitet	27
RESULTAT FRÅN DELSTUDIER	29
Sjukhusens övergripande strategier.....	30
1- och 2-årsuppföljning av betydelsen av lean-inspirerade arbetssätt, psykosocial arbetsmiljö, stressrelaterade symtom och engagemang.....	33
Förändringsledning – stödfunktioner i utvecklingsarbetet	36
Visualisering av processer under utvecklingsarbetet och i vardagsarbetet	39
Socialt kapital - betydelse för hållbar verksamhetsutveckling	45
Bygga socialt kapital genom ledarskap	48
Bygga arbetsengagemang hos professioner	51
Operativa chefers implementeringsstrategier	53
Chefsstrategier och visualisering på strategisk nivå	56
Verksamhetstjänande ledarskap.....	61
Chefers förutsättningar och stödresurser.....	63
ÖVERGRIPANDE ANALYS: Bygga kapacitet för hållbar verksamhetsutveckling	67
Implementeringslogiker ”Verksamhetstjänande – Intervenerande – Skyttfönster”	67
Överbrygga filter med ”verksamhetsfokuserade kommunikationsflöden” och socialt kapital	67
Synergi av engagemang, nya arbetssätt och ökade resurser	68
Chefsstöd för att hantera komplexiteter påverkar resultat och hållbarhet.....	68
DISKUSSION	71
Hållbar styrning är tillitskapande och visar tydligt intresse för anpassningar till operativa arbetet.....	71
Hållbart ledarskap på operativ nivå: Coachande, verksamhetstjänande som stärker socialt kapital och understöds genom goda chefsförutsättningar	73
Hållbart medarbetarengagemang	75
Hållbar balansering och integrering av perspektiv och värden.....	76
Tydlig och öppet visualiserad kommunikation bygger och koordinerar arbetet.....	77
Förändringsstödjande funktioner: Översätter och integrerar värden och nivåer	78
REFERENSER	81

Sammanfattning

Bakgrund

Det har under den senaste tiden varit stort fokus på att öka effektivitet och kvalitet i svensk hälso- och sjukvård. Som ett led i verksamhetsutvecklingen har allt fler svenska sjukhus arbetat med Lean-inspirerade modeller för att förbättra arbets- vård- och patientflöden. Tidigare studier visar mer negativa konsekvenser av implementering av Lean för arbetsmiljön, arbetshälsa och stress, särskilt relaterat till rationaliseringsprincipen. Det har dock saknats kunskap om hur olika sätt att implementera Lean i sjukvården påverkar medarbetares arbete, arbetsförhållanden, engagemang och hälsa.

Syfte

Det övergripande syftet var att studera och beskriva praktiska tillvägagångssätt för att bygga och organisera kapacitet för hållbara arbetsprocesser, lärande, engagemang och välbefinnande - under nyorientering av sjukvårdens processer. Studien bidrar därmed med vetenskaplig kunskap om hur implementering av Lean-inspirerade arbetssätt i utveckling av vårdprocesser kan påverka medarbetares (inkl. chefers) arbete, arbetsförhållanden, hälsa och engagemang.

Metod

Projektet har använt en mixed-method-design, men några delstudier har tydlig kvalitativ respektive kvantitativ metodik. Fem sjukhus deltog i studien. Vid dessa ingick ett urval av enheter: akutmottagning, akutavdelningar (MAVA, KAVA, HLAVA eller vid mindre sjukhus IVA) samt medicin- och kirurgavdelningar. Enkät besvarades av medarbetare vid dessa enheter under 3 år och vid totalt tre tillfällen (n=1361) samt av alla chefer (n=429). Dessutom skedde intervjuer med chefer, medarbetare och utvecklingsledare på olika nivåer (n=198) samt observationer för att få en bredare kunskap om frågan. I analyserna gjordes jämförelser mellan sjukhus som implementerat Lean och sjukhus som inte implementerat Lean. Den huvudsakliga jämförelsen skedde dock på enhetsnivå avseende grad av Lean-inspirerat arbetssätt i enheters arbete med verksamhetsutveckling. Vi skattade följande förhållanden på enhetsnivå avseende "Lean-inspirerat" arbetssätt: "Den grad till vilken arbetet vid enheten kännetecknades av":

- Värderingar (återkommande interna diskussioner på enheten)
- Patientorientering (patientstyrd verksamhet, fokus på patientperspektivet)
- Ständiga förbättringar
- Minskad resursåtergång (eliminera slöseri, ställtidsreduktion, minska buffertar)
- Värdeflödesanalys (kartläggning av flöden för att identifiera patientvärden)
- Standardiserat arbetssätt
- Ordning och reda (sortera, strukturera, städa, standardisera, skapa vana)

- Visuellt styrning med visualisering/illustrering av resultat på anslagstavlor, flöden på anslagstavlor och/eller förbättringsarbeten

Resultat

Sjukhusen hade olika motiv och strategier för implementering av processutveckling. Ledarskapet på strategiska och operativa nivåer hade betydelse för medarbetares engagemang, för utveckling av nya arbetssätt och av resurser i arbetet. Ett verksamhetsfokuserat ledningsarbete där man anpassar utvecklingen efter verksamhetens specifika förutsättningar hade betydelse för implementering i praktiken. Ett mer verksamhetstjänande ledningsarbete som balanserar behovet av styrning av utvecklingen med tillit till arbetet var relaterat till mer engagemang och mindre frustration bland medarbetare.

De sammanlagda kraven i arbetet (arbetstempo, kvantitativa och kognitiva krav) ökade för sjukhusanställda under undersökningstiden. Under denna tid och dessa förhållanden skattade även chefer mer och ökande krav att åstadkomma verksamhetsutveckling. Denna rapport belyser dock framförallt när, hur och för vilka nyorientering av arbetet kan skapa engagemang och resurser i arbetet.

Den psykosociala arbetsmiljön blev något bättre på de enheter som i högre grad implementerat processutveckling på ett "Lean-inspirerat" sätt. Särskilt stärktes inflytande, förutsägbarhet, erkänsla och hur man uppfattade ledarskapet. Dessutom minskade arbetstempot överlag där det var högre grad av "Lean-inspirerat" arbetssätt. Jämte högre grader av engagemang och stolthet fanns också ökad utmattning vid dessa enheter. Vid enheter som inte bedrivit verksamhetsutveckling fanns däremot både ökad stress och ökade arbetskrav.

Förhållanden som särskilt bidrog till mer hållbar verksamhetsutveckling:

- Att man har ett verksamhetsnära stöd av förbättringsledare. Det kan ge ökade möjligheter till metodstöd i verksamhetsutvecklingen, samtidigt som de strategier man väljer att använda sig av i verksamheten mer utgår ifrån befintliga behov som uttryckts av vårdprofessionerna.
- Att man har en enkel, begriplig, tydlig struktur och systematik – som gärna visualiseras. Det ger möjligheter till bättre samarbete i verksamhetsutvecklingen, delad förståelse och bättre översikt i arbetet.
- Att man bygger socialt kapital med tillit och förtroende. Det kan skapa mer generellt engagemang och konkret engagemang i patientsäkerhetsfrågor och vårdkvalitet.
- Att det operativa ledarskapet är verksamhetstjänande, relationsinriktat och även ger struktur, stabilitet och anpassar efter verksamhetens behov och förutsättningar. Det kan bidra till att skapa bättre arbetsmiljö, socialt kapital och fungerande arbetsprocesser.
- Delad ledning, cheferfarenhet och organisationens stöd till chefer understödjer chefers arbete att skapa positiva synergier i utvecklingsarbetet.

Slutsatser

Slutsatser från projektet är att verksamhetstjänande implementeringslogiker har viktig betydelse för att skapa synergier av stärkt engagemang, resurser och nya arbetssätt på

vårdenheter. Implementering av Lean-inspirerade arbetssätt på vårdenheter (operativa nivåer) kan ha positiv inverkan på den psykosociala arbetsmiljön – när den tydligt anpassas till verksamheten. Krav i arbetet ökade generellt i medeltal och stressymptom och utmattningsproblematiker ökade där det inte skedde verksamhetsutveckling. Utmattning ökade även där det var högt engagemang och nya arbetssätt. Det fanns skillnader mellan hur yrkesgrupper påverkades av implementeringen, särskilt avseende standardisering. Insatser för att öka systemproduktionen i vården med Lean-inspirerade arbetssätt innebär, med andra ord, att ”arbeta smartare, med värdighet och samtidigt arbeta hårdare”.

De huvudsakliga resultaten från projektet presenteras i denna populärvetenskapliga rapport med referering till vetenskapliga artiklar, rapporter och i konferenspaper.

INLEDNING

Sjukvården har under senare år utvecklats kraftigt och genomgått nyorientering. Verksamheter har stora utmaningar genom de krav som finns på att minska kostnaderna. Att få tillstånd ökad effektivitet och produktivitet har därför varit högprioriterat för många förvaltningar under en tid. De samhällspolitiska, ekonomiska och demografiska förändringarna har åstadkommit ett tryck på chefer i vården att genomföra omorganisationer och verksamhetsutveckling. En lång rad försök att utveckla och effektivisera sjukvården har lett till insikter om att mer hållbara processer för verksamhetsutveckling behöver tillämpas. I denna rapport har vi framförallt fokuserat arbetsmiljö och medarbetarperspektivet. Det finns omfattande forskning om organisatoriska faktorer som främjar medarbetares hälsa (Shain & Kramer, 2004) men utmaningen har varit att genomföra förändringsarbete inom hälso- och sjukvården som är hållbara både för verksamheten och för medarbetaren.

Övergripande och viktiga frågor är när och hur förändringsarbetet är engagerande och vitaliserande för chefer och medarbetare, och när och hur det är mer ansträngande och innebär mer negativa förändringar i arbetssituationen och för välbefinnandet. En viktig fråga är hur man bygger kapacitet för ett hållbart, funktionellt och hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap på olika nivåer i vårdorganisationer – i praktiken.

Forskningsprojektet i denna rapport bidrar till att nyansera betydelsefulla mekanismer mellan strategisk styrning och förhållanden för medarbetare och operativa chefer, såsom arbetsengagemang och engagemang i verksamhetsutveckling. Analysen har gjorts av data under en tidsperiod då svensk sjukvård genomsyrats av stora behov av effektiviseringar och kvalitetshöjande arbete. Under denna tid infördes managementmodeller, framförallt Lean Production (kallat för Lean i den här rapporten), i vården.

Rapporten redovisar resultat från ett forskningsprojekt som finansierades av AFA försäkring under 2012-2016. Projektet anknöt till och byggde vidare på ett FORTE-finansierat projekt om konsekvenser av implementeringsmodeller för utveckling av vårdprocesser (Lean) i sjukhusorganisationer. I det projektet fanns samarbeten med sjukhus som hade ett stort intresse av att ytterligare lära av och öka nyttiggörandet av erfarenheterna under de organisatoriska förändringsarbetena.

I forskargruppen ingick Lotta Dellve (projektledare, PhD, professor), Andrea Eriksson (DrPH), Anna Williamsson, Marcus Strömgren och Jörgen Andreasson (doktorander). Gruppen genomförde datainsamling och träffades regelbundet för analysarbete och rapportering. I några delstudier deltog också docent Richard Holden från Vanderbilt University USA, PhD Anette Karlton från Högskolan i Jönköping, PhD David Bergman från Karolinska Institutet, PhD Linda Åhlström och doktorand Sara Larsson Fällman från Högskolan i Borås samt professor Ewa Wikström, Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet.

Övergripande syfte och delsyften

Det övergripande syftet var att studera och beskriva praktiska tillvägagångssätt för att bygga och organisera kapacitet för hållbara arbetsprocesser, lärande, engagemang och välbefinnande - under nyorientering av sjukvårdens processer.

Följande frågeställningar undersöktes särskilt:

1. *Förändringsledning:* a) Hur ser förändringsledarskapets organisering och arbetsformer ut? b) Vilka konsekvenser har vald organisering för utveckling av delaktighet, engagemang och hållbart ägarskap vid verksamhetsutveckling?
2. *Socialt kapital:* a) Vilken roll spelar socialt kapital för hållbar verksamhetsutveckling och medarbetares hälsa? b) Hur kan socialt kapital byggas i team, professionsgrupper, organisationsstrukturer?
3. *Visualiseringsverktyg:* a) Hur används visualisering av komplexa processer? b) På vilket sätt bidrar de verktyg som används till delaktighet, engagemang och hållbart ägarskap vid verksamhetsutveckling?
4. *Chefsutveckling och stödresurser:* a) Hur kan chefers kapacitet att kombinera kraven att bedriva en effektiv verksamhet och samtidigt hälsofrämjande arbetsmiljö utvecklas? b) Vilka stödresurser avgör om chefer ska kunna driva en hållbar verksamhetsutveckling?

Nyorienterande organisatoriska utvecklingsarbeten

Organisatoriska utvecklingsarbeten kan vara av olika slag och kan återspegla ett brett spektrum av fenomen (Grey, 2003; Quattrone & Hopper 2001). Olika typer av förändringar påverkar arbetare och chefer på olika sätt (Lundberg, 1990; Martin, Jones och Callan, 2006). Råd och recept på framgång saknas inte i den populärvetenskapliga litteraturen eller i vetenskaplig litteratur men dessa är emellanåt motstridiga och förvirrande. Det saknas ofta empirisk evidens och systematik i beskrivning av förändringar, reformer och införande av olika förändringsmodeller. En avsaknad av systematik gör det svårare att problematisera vilka konsekvenserna är av olika styrideal, reformer och förändringar. Todnem By (2005) föreslår följande indelning av förändringsledning:

- *Förändringstakt* (t ex kontinuerlig, stegvis, ryckvis).
- *Hur förändringen sker och utvecklar sig* (t ex planerad, framväxande, situationsspecifik)
- *Omfattning* (från finjustering till transformering av hela organisationen)

Bejerot och Hasselbladh (2013) föreslår systematisering och diskussion om olika förändringsprogram utifrån olika tidsperioder och i relation till förändringens källa, riktning och styrka:

- *Politiska interventioner*: T ex reformprogram, regler för statliga myndigheter, kommittédirektiv och ekonomiska incitament. Detta berör former för hur sjukhus organiserar sin vård inklusive ekonomiska förutsättningar.
- *Interventioner i form av lagar och förordningar*: Den rättsliga ram såsom lagar, regler och förordningar som finns för den offentliga sektorn. Dessa kontrollerar arbetet för sjukhusens olika aktörer.
- *Interventioner i form av revision och kontroll* genom kontinuerlig utvärdering som kontrollerar överensstämmelse med fördefinierade normer. Dessa rör till exempel sjukhusens arbete med att följa och leverera nyckeltal till SKL för öppna jämförelser av data.
- *Interventioner i form av managementmodeller där styrningskunskap och förändringsledning ändrar förhållandet mellan arbete och uppföljning*. Detta rör bland annat implementering av Lean.
- *Standardisering av professionella praktiker* genom t ex managementmodeller eller genom utvecklad evidensbaserad kunskap. Standardisering av specifik yrkesverksamhet med resultatuppföljning genom t ex Lean kan innebära mobilisering av professionell kunskap för kontrolländamål.

Dessa mer strategiska styrningsintentioner ryms inom begreppet New Public Management (NPM), som inom vården har skapat nya strukturer kring arbetet, t ex genom ökat kontroll över budget, arbetsprocesser och uppföljning (Pollitt & Bouckaert, 2011). Lean är i det här sammanhanget en managementmodell som påverkar strukturer, standardisering och kontroll av verksamheten (Brandao de Souza, 2009). Det finns idag många studier som problematiserat implementeringen av Lean i vårdverksamhet. Kritik rör att processer som rör biltillverkning inte alls kan anpassas till vårdprocesser, att det är ett nytt språkbruk som inte utvecklats från vårdprofessionellas perspektiv, intressekonflikter mellan strategisk ledning och sjukvårdens starka professionsgrupper samt att standardisering och rationalisering av arbetet ökar kontrollen över professionella

bedömningar i arbetet (Sederblad (red), 2012). En problematik med kritiken är att den ofta är onyanserad, vilket inte alltid tjänar förståelse av viktiga implementerings-dynamiker. Det finns dock evidens för att implementering av Lean kan innebära risker i arbetsmiljön med konsekvenser för hälsan (Westgaard & Winkel, 2011).

Både styrnings- och vårdideal i kombination med krav på besparingar, anpassning till dagens och framtida utmaningar och önskan om en metod som lösning på problemen har lett fram till intresset för Lean i vården, i en andra våg (Dellve, Andreasson, & Jutengren, 2013). Vid tiden för implementering av Lean under våra studier beskrev flera förändringsledare och chefer hur de inspirerats av exempel från andra sjukhus som arbetat enligt Lean-principer. Det angavs som betydelsefullt för sjukhusledningars val att implementera Lean. Utifrån en kartläggning bedömdes cirka 85% av alla svenska sjukhus ha implementerat Lean i någon grad (Weimarsson, 2011). Begreppet "Lean" används dock inte lika utbrett; chefer på både strategiska och operativa nivåer i våra studier undvek ofta att använda begreppet i sin kommunikation med medarbetare om lean-inspirerade utvecklingsarbeten (Andreasson, Eriksson & Dellve, 2015). Att inte använda ordet Lean kan ses i ljuset av att vårdprofessionella ofta inte valt att engagera sig då Lean uppfattas vara kopplat till rationalisering (Brandao de Souza & Pidd, 2011). Trender i styrningsideal har därmed också betydelse för val av modell och benämning av den.

Rapporten och delstudierna vill ge ett bidrag till nyanserad förståelse av arbetsförhållanden och förutsättningar för hållbart arbetsengagemang under utveckling av nya arbetssätt.

Hållbart utvecklingsarbete i vårdorganisationer

Ett hållbarhetsperspektiv i arbetet kan sägas handla om förmågan inom en arbetsorganisation att anpassa sig till de krav som ställs på verksamheten för att på så vis möjliggöra för att resurser återskapas innan de hinner förbrukas (Svensson, Aronsson, Randle & Eklund, 2007). Hållbarhet kan inkludera regenerativa perspektiv, dvs hur resurser (t ex hälsa, engagemang och hälsofrämjande förutsättningar) skapas och utvecklas. Denna definition är i linje med Kira & Eijnattens (2011) definition av human och social hållbarhet i organisationssystem. Med hållbart utvecklingsarbete definierar vi främjande av utveckling av chefers och medarbetares resurser att utföra och utveckla professionellt arbete under samarbete, god hälsa och engagemang. Inte minst har det betydelse då organisatoriska förändringsarbeten inte sällan tycks skapa merarbete istället för att bidra till verksamhetens framgång (Lee et al 1999; Todnem By, 2005; Doyle, Claydon, & Buchanan, 2000).

Det finns dock flera problematiker som påverkar framgång och hållbarhet. Till exempel påverkas utvecklingsarbeten starkt av trender och styrmodeller som inte alltid är anpassade till vården. Tillämpning och anpassning av dessa sker inte alltid i samklang med vårdprofessionernas arbete med kvalitetsutveckling. Vidare finns glapp mellan operativ och strategisk ledning med svårigheter att överföra värden och problembeskrivningar mellan nivåerna. Det finns också glapp mellan olika vårdenheters utvecklingsarbeten vilket innebär att vårdprocesser kan fungera väl inom en enhet men inte mellan enheter inom samma sjukhus. Sjukhusorganisationer har tradition av att leda och styra i en linjeorganisering och förändringsarbeten under senare år har därför ofta rört att stärka processorganiseringen (till exempel av vårdprocesser och vårdflöden).

Under utvecklingsarbeten utmanas ofta organisationens sociala och humana hållbar-

het. En betydande utmaning är att förstå och hantera intressekonflikter, t ex mellan samhällets förväntningar på vården och förutsättningar i vårdarbetet; mellan vårdbehov och bristande resurser; mellan utvecklingsledning och sjukvårdens starka professionsgrupper mm. Att leda hållbart utvecklingsarbete innebär därför ofta att ha bred förståelse för olika aspekter (vårdkvalitet/ patientsäkerhet, arbetsmiljö/arbetshälsa, effektivitet/resursutnyttjande) och perspektiv (individ, medarbetare, professioner, chef, vårdkontext, organisation, samhälle) för att kunna integrera och balansera dessa på ett klokt sätt.

METOD

Metodavsnittet är kondenserat och vi hänvisar till artiklarna för längre beskrivningar. Vid varje delstudie finns även en kortfattad men mer specifik metodbeskrivning.

Design

Mixed-method-design med dels kvalitativt driven datainsamling och analys (intervjuer, observationer, fokusgrupper, dokumentanalys) dels kvantitativt, epidemiologiskt driven datainsamling och analys (sjukhuskohort med medarbetare vid utvalda enheter och samtliga chefer vid fem sjukhus som under åren 2012, 2013 och 2014 besvarat enkät med ett antal frågeinstrument).

Urval

Fem sjukhus ingick i studien. Inklusionskriterier var att vara små- till medelstora sjukhus, att inte vara placerad i en storstad, att vara intresserad av att delta under fyra år samt att tre sjukhus vid starten avsåg att implementera Lean och två sjukhus avsåg att inte implementera Lean under 2011-2012 (de avsåg att arbeta med nyorientering av vårdprocesser på annat vis). Vid sjukhusen valdes avdelningar som delade vårdflöden, dvs akutavdelningen, intagningsavdelning (MAVA, KAVA, HLAVA alt IVA vid de mindre sjukhusen) samt en avdelning inom medicin och en inom kirurgi som delade vårdflöde med akutvårdsavdelningarna. Vid ett sjukhus kunde inte kirurgflödet studeras på grund av andra pågående utvecklingsarbeten. Vid ett annat sjukhus tillkom en HLAVA-avdelning 2013 på grund av tydligare satsning på Lean. Samtliga medarbetare (undersköterskor, sjuksköterskor och läkare) vid dessa avdelningar ingår i undersökningsgruppen (ca 1400 medarbetare) och samtliga chefer vid hela sjukhusen (ca 400 chefer). Då läkare inte alltid enkelt kan knytas till specifik avdelning och deras engagemang tidigare visat sig vara avgörande för implementering av organisatoriskt utvecklingsarbete (se Lindgren, Bååthe, & Dellve, 2013) valde vi att inkludera läkare från hela sjukhuset. Det accepterades av fyra sjukhus medan vid ett sjukhus fick enbart de läkare som kunde kopplas till de enheter som ingick i studien inkluderas.

Medarbetarenkäten skickades 2012 ut till totalt 1602 personer och 2013 ut till totalt 1548 personer. Svarsfrekvensen var 2012 54 % och 2013 59 %. År 2014 inkluderades bara de som tidigare besvarat en enkät 2012 eller 2013 (947 personer) och svarsfrekvensen var 67 %. Antal svarande för de olika professionsgrupperna finns beskrivet i tabell 1.

Tabell 1. Antal svarande per professionsgrupp och år

Professionsgrupp	2012	2013	2014
Undersköterska	237	245	181
Sjuksköterska	382	367	249
Läkare	225	260	182
Vårdadministratör	16	12	8
Ej svar	4	27	13
Totalt	860	884	620

Chefsenkäten skickades ut till totalt 409 första linjens och andra linjens chefer 2012, 425 stycken 2013 och 404 stycken 2014. Med en svarsfrekvens för 2012 om 74%, 2013 70% och 2014 54% (tabell 2).

Tabell 2 Antal svarande chefer per sjukhus och år

	2012			2013			2014		
	Skickade	Svarande	%	Skickade	Svarande	%	Skickade	Svarande	%
Sjukhus A	30	19	63	33	25	76	32	14	44
Sjukhus B	126	91	72	131	88	67	129	85	66
Sjukhus C	62	49	79	55	33	60	50	21	42
Sjukhus D	112	74	66	116	70	60	102	58	57
Sjukhus E	79	65	82	90	58	64	91	39	64
Alla	409	298	74%	425	274	70%	404	217	54%

Enkätstudier

Medarbetarenkät och chefsenkät genomfördes årligen under 3 år med variabler och utfallsmått som skattade engagemang (SWEBO (Hultell & Gustavsson, 2010), lärande, delaktighet, meningsfullhet, samarbete och samverkan/socialt kapital under utvecklingsarbetet (COPSOQ (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010), uppfattning om organisatoriska utvecklingsarbeten (Lindgren, Bååthe, & Dellve, 2013), sjukfrånvaro/närvaro (Dellve, Hadzibajramovic & Ahlborg 2011), arbetsförmåga (Ahlstrom, Grimby-Ekman, Hagberg, & Dellve, 2011), stresssymptom och arbetsmiljö (COPSOQ), frågor om Lean och arbete med Lean (Holden, Eriksson, Andreasson, Williamsson & Dellve, 2014) samt nyskapade frågor om processer i vårdutvecklingsarbete och resultat av utvecklingsarbete avseende vårdkvalitet, effektivitet och processer. Chefsenkäten innehöll också variabler som skattade chefers förhållningssätt, resurser och utmaningar i chefsarbetet (GMSI) (Eklöf, Pousette, Dellve, Skagert & Ahlborg, 2010), erfarenhet av utvecklingsarbeten (Härenstam & Beijeröth, 2004) samt organisering av arbetsmiljö, kvalitet, utvecklingsarbeten (SOHSM (Dellve, Skagert & Eklöf, 2008)).

Intervjuer

Intervjuer med chefer och nyckelpersoner på strategisk nivå

Datainsamlingen startade med intervjuer av strategiska nyckelpersoner för ledning av utvecklingsarbete vid sjukhusen, olika områden och avdelningar. Dessa fokuserade förutsättningar, mål, vision, synsätt och förhållningssätt till utvecklingen (se tabell 3). Uppföljning av dessa intervjuer gjordes med kortare intervjuer under alla åren, speciellt med utvecklingschefer men även olika stödresurser eller nyckelfunktioner i utvecklingsarbetet (tabell 4).

Tabell 3. Teman för kvalitativa intervjuer (strategisk nivå, chefer och fokusgrupper med medarbetare).

(a) Lokal kontext • Personalrelaterade faktorer: Karaktärsdrag hos personal? Utbildning? Specifika kännetecken för personal på enhets- respektive sjukhusnivå? • Arbetsuppgiftsrelaterade faktorer: Vilka är de huvudsakliga vård- arbetsprocesserna? Patientgrupper? Specifika kännetecken för arbetsuppgifter på enhets- respektive sjukhusnivå? • Organisatoriska faktorer: Organisatoriska strukturer, riktlinjer och resurser? Chefsstrukturer? Sociala strukturer? Storlek på enheter och sjukhus? Budgetresurser? Specifika kännetecken för organisatoriska faktorer på enhets- respektive sjukhusnivå? • Utvecklings- och förbättringsarbete: Tidigare erfarenheter? Parallella pågående förbättringsprogram och projekt? • Arbetsmiljöfaktorer: Enhetskultur? Sjukhuskultur? Relationer och samarbeten på enhets- och sjukhusnivå? Kännetecken för fysisk och psykosocial arbetsmiljö på enhets- och sjukhusnivå? • Externa faktorer: Patientunderlag? Relevanta regleringar, rekommendationer och program?
(b) Implementeringskontext • Tidigare förändringsarbete? Planerade framtida förändringsarbete • Varför valdes Lean/annan modell för verksamhetsutveckling? Vilka är planerna för vald modell? • Mål ("Varför?"): Vad motiverade initialt intresse för Lean/vald modell för förändringsarbete? Vilka var de initiala målen? Vilka var de initiala målen? Vem beslutade över valda mål? Ändrades målen? • Innehåll ("Vad?"): Vad var omfattningen av förbättringsarbete? Vilka verktyg för förbättringsarbete användes? Vilka filosofier för förbättringsarbete anammades? • Process ("Hur?"): Hur fattades beslut? Vad kännetecknades kommunikationen kring förbättringsarbete av? Vem utbildades? Omfattning av utbildning? Tillsättning och involvering av förändringsstödjare? Förändringsstödjares position och roll? Upplevt stöd av förändringsstödjare? Involvering och roll av chefer på olika nivåer? Involvering och roll av medarbetare? Resurser avsatta för förbättringsarbete? Tid avsatt för implementering? Utmaningar? Främjande faktorer? Mognad och grad av implementering av Lean-verktyg? Uppföljning av resultat? Framtida planer för förbättringsarbetet?
(c) Utfall av förbättringsarbete Förändringar av arbetsinnehåll? Förändringar av arbetsprocesser? Vad har förändrats? På vilket sätt har pågående förbättringsarbete påverkat? Förändringar av kliniska processer? Förändringar av arbetsmiljö? Förändringar i effektivitet? Vad har förändrats? På vilket sätt har pågående förbättringsarbete påverkat? Förändringar av samarbeten inom och mellan enheter?

Tabell 4. Intervjuer på sjukhusen under åren 2012-2014.

År	Sjukhus	Ledning/stab inkl central förän- dringsfunktion	Lokalt stöd el förändringsfunktion	2:a linjechef	1:a linjechef
2012	A	4	5	3	5
	B	5	4	4	7
	C	15	2	5	4
	D	8	-	2	4
	E	5	-	3	3
	Totalt 2012	37	11	17	23
2013	A	1	1	3	4
	B	6	3	2	6
	C	9	2	-	4
	D	-	-	-	4
	E	-	-	-	4
	Totalt 2013	16	6	5	22
2014	A	3	2	2	4
	B	5	4	2	6
	C	7	2	-	4
	D	4	-	-	7
	E	2	-	1	4
	Totalt 2014	21	8	5	25
Totalt alla år		74	25	27	70

196

Intervjuer med chefer på operativa nivåer

Samtliga chefer på 1:a och 2:a linjens nivå i de utvalda sjukhusen och verksamheterna intervjuades 2012. Totalt intervjuades då 30 chefer, varav 17 kvinnor och 13 män inom följande områden, akutmottagning och ambulanssjukvård (n=9), medicinsk vård (n=10), kirurgisk vård (n=6) och intensivvård (n=5).

Under 2013 genomfördes semistrukturerade intervjuer med samtliga enhetschefer (n=22). Då användes LeanIndex som struktur för att skatta grad av utvecklingsarbete och arbetssätt inspirerat av Lean (se nedan). 2014 genomfördes semistrukturerade uppföljningsintervjuer med LeanIndex samt frågor om kontext av betydelse för implementering (n=22).

Grad av Lean-inspirerat arbetssätt på enheterna skattades med 13 frågor från originalversionen av LeanIndex som innehåller 11 frågor (Fagerlind Ståhl, 2015; Lindskog, 2014). Tre frågor från originalversionen exkluderades pga lägre validitet och att de mer rörde sociotekniska förhållanden. Däremot kompletterades instrumentet med tilläggsfrågor som konkretiserade visualiseringen samt konkretiserade hur arbetet med processutveckling inkluderar aspekter av arbetsmiljö, effektivitet och kvalitetsfrågor (de tre senare inkluderades ej i det summerade LeanIndex). Frågorna startade med "Till vilken grad arbetet vid enheten kännetecknades av":

- *Värderingar (återkommande interna diskussioner på enheten)*
- *Patientorientering (patientstyrd verksamhet, fokus på patientperspektivet)*
- *Ständiga förbättringar*
- *Minskad resursåtergång (eliminera slöseri, ställtidsreduktion, minska buffrar)*
- *Värdeflödesanalys (kartläggning av flöden för att identifiera patientvärden)*
- *Standardiserat arbetssätt*
- *Ordning och reda (t ex 5S: sortera, strukturera, städa, standardisera, skapa vana)*
- *Visuell styrning med visualisering/illustrering av (a) Resultat på anslagstavlor, (b) Flöden på anslagstavlor, (c) Förbättringsarbeten (PDSA mm)*

Svar på dessa frågor gavs i en 5-gradig Likertskala med svaren 1= inte alls till 5=till mycket hög grad. Med "Lean-inspirerat arbetssätt" menas därför inte om sjukhuset tagit strategiskt beslut att implementera Lean eller ej – utan till den grad enheten arbetar efter ovanstående principer.

Fokusgrupper med medarbetare

Fokusgrupper hölls med vårdprofessioner på samtliga deltagande akutenheter på sjukhusen 2012 och 2014 (tabell 5). Deltagare var undersköterskor och sjuksköterskor, och 2012 även läkare på de sjukhus där det var möjligt. Fokusgrupperna 2012 avhandlade framförallt vårdprofessionernas arbetsinnehåll, deltagande i utvecklingsarbete och attityder till utvecklingsarbete. Uppföljande fokusgrupper 2014 följde upp samma frågor som 2012 men avhandlade även frågor om hur vårdprofessionerna upplevde att utvecklingsarbetet gått framåt, vilka verktyg och metoder de använt och särskilt frågor om användningen av visualiseringsverktyg på enheten.

Tabell 5. Fokusgruppsintervjuer med olika vårdprofessionsgrupper på sjukhusen 2012 och 2014.

År	Sjukhus	Klinik	Undersköterskor	Sjuksköterskor	Läkare
2012	A	Akut	3	4	
		Med	-	-	3
		Kir	-	-	4
	B	Akut	5	5	3
		Kir	3	4	-
	C	Akut	4	7	-
		Kir/Med	-	-	4
	D	Akut	5	6	-
	E	Akut	4	4	-
Totalt 2012		24	30	14	
2014	A	Akut	5	4	-
	B	Akut	6	6	-
	C	Akut	4	5	-
	D	Akut	5	6	-
	E	Akut	4	4	-
	Totalt 2014		24	25	0
Totalt			48	55	14

117

Kvalitativ observation

Samtliga år gjordes observationer av visualiseringsverktyg som använts i pågående utvecklingsarbete och i det dagliga arbetet. Observationerna fokuserade chefers, förbättringsledares och medarbetares användning av visualiseringsverktyg och dess bidrag till samverkan, arbets- och förhållningssätt vid idéers uppkomst och uppföljning. Under observationerna fördes informella samtal med medarbetare på vårdenheter om deras kännedom om och användning av visualiseringsverktyg i praktiken. Under samtalen gjordes noteringar. Observationerna dokumenterades genom fotografering 2012, 2013 och 2014. Efter en första rensning av dubletter och otydliga foton kvarstod ca 120 foton som sedan analyserades och sorterades utifrån foton innehåll och de noteringar som gjordes vid observation på vårdenheter. Redan vid observationerna 2012 framträdde tre olika kategorier av visualiseringsfokus eller kategorier som befästes ytterligare vid fotosorteringen; resultatfokus, flödesfokus och förbättringsfokus.

Analys

Det kvalitativt drivna analysarbetet använde fallstudiemetodik (Yin, 2013) tematiska innehållsanalyser (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004) och mer upptäckande och teorigenererande grounded theory ansats (Charmaz, 2006). Kvantitativ analys var beskrivande och hypotestestande med regressioner (linjära och ordinala) samt kontrollerande av upprepade mätningar (linear mixed models of repeated measurements).

Etik

Studien granskades och godkändes av Etikkommittén vid Karolinska Institutet (Dnr 2012/ 94-31/5). Sjukhusens deltagande var frivilligt och på eget initiativ efter bredare förfrågan. Medarbetares deltagande i enkäter, intervjuer och observationer var frivilligt. Skriftlig information om studien annonserades på anslagstavlor på deltagande enheter, på sjukhusens interna webb och i samband med datainsamling. Muntlig information gavs vid datainsamling, vid återkoppling och vid seminarier vid sjukhusen. Vi arbetade efter principen att framförallt beskriva utvecklingsprocesser av olika slag. Därför var sjukhusen i sig inte i fokus mer än då analysen tydligare avsett dessa som ”fall”. Principen var då att beskriva sjukhusen neutralt och låta sjukhusledningen avgöra om sjukhuset ska namnges eller ej.

RESULTATBERÄTTELSE: uppbyggnad av utvecklingsarbete och hållbara vårdprocesser

I detta avsnitt beskrivs de centrala processer och praktiska tillvägagångssätt som hade betydelse för att bygga och organisera kapacitet för hållbara arbetsprocesser, lärande, engagemang och välbefinnande.

BASEN: Erfarenheter skapar starten

Motiven formar strategier på strategisk nivå

Ledningsgrupperna på strategisk nivå (region- och sjukhusledningarna) beslöt sig för att implementera Lean i ett sammanhang då det fanns en stor tilltro, bland sjukhus- och regionledningar, till att Lean-modeller skulle underlätta omstrukturering av verksamheten till processorganisering. Lean implementerades för att bättre kunna lösa några av de centrala problematiker som sjukhusorganisationer brottades med: väntetider, överbeläggningar och köbildningar, bristande kund-/patientfokus och behov av kostnadsbesparingar. De drivande motiven till att implementera Lean skilde sig dock mellan sjukhusledningarna. De olika motiven, tidigare erfarenheter av organisatoriska utvecklingsarbeten, insikter om sjukhusens mobiliseringsförmåga för organisatoriska utvecklingsarbeten formade olika implementeringsstrategier.

De två sjukhus som bestämt sig för att driva processutveckling på annat sätt än genom Lean som koncept hade skapat en modell för processutveckling som de ville vidareutveckla. Modellen innebar att locka personalteam till kompetensutveckling i ständigt förbättringsarbete och genomförande av ett utvecklingsarbete genom att de själva fick välja vad de skulle utveckla och att avdelningen de arbetade vid belönades med en summa pengar efter genomfört utvecklingsarbete.

Medarbetarcoachande strategier på operativ ledarnivå

Till skillnad från variationen i beskrivningar av strategierna på strategisk nivå beskrev chefer på operativ ledningsnivå (enhetschefer och verksamhetschefer) vid samtliga sjukhus en liknande övergripande strategi för implementeringen på sina enheter. Den gick i huvudsak ut på att stegvist coacha medarbetare att engagera sig i utvecklingsarbetet. Detta genom att hålla emot hård styrning från den strategiska ledningen och driva på om implementering av förslag som kom från enheten. Implementeringen av Lean genomfördes på ett stegvist och försiktigt sätt, till exempel användes inte alltid begreppet Lean eller så framhöll man hur detta inte innebar så stor skillnad från det vanliga arbetssättet.

Obstruerande och främjande förhållanden

Ett organisatoriskt utvecklingsarbete kunde upplevas som ett hot av olika anledningar. Omstruktureringsarbete bidrog till större oro bland vissa medarbetare kring att den egna arbetssituationen och utvecklingsmöjligheter skulle komma att försämrats. Denna oro i kombination med organisationspolitiska kraftspel skapade motstrategier på flera nivåer:

- På ledningsnivå innebar det att inte efterfråga resultat
- Bland verksamhets- och enhetschefer innebar det inaktivitet i utvecklingsarbetet och legitimitetsstärkande aktiviteter bland läkare och vårdpersonal
- Bland läkarchefer och verksamhetschefer kunde det innebära att kraftigt motsätta sig implementeringen

Implementeringen av utvecklingsarbetet kom igång och startade vid enheter där det fanns:

- Eldsjäl(ar)
- Ett pågående passande utvecklingsarbete
- En verksamhetsnära delad ledning. En delad ledning för utvecklingsarbetet innebar att det fanns en stödjande och stimulerande arbetsrelation som var funktionell i implementering och verksamhetsutveckling. Sådana funktionella samarbeten fanns mellan enhetschefen och (a) annan enhetschef, biträdande enhetschef eller sektionsledare, (b) verksamhetschef, (c) utvecklingsledare eller processledare, (d) medarbetare

Trots insikter om utmaningar tog starten på utvecklingsarbetet i regel mycket längre tid än vad den strategiska ledningen förutsåg.

BRÄNSLET: Utvecklingsarbetets breddning i kliniska verksamheten

I det följande beskrivs förhållanden som breddar ansvarstagande och engagemang vilket är nödvändigt för att processutveckling, med utveckling av nya arbetssätt, ska ta form i den kliniskt operativa verksamheten.

Verksamhetsnära och tjänande ledarskap

Det fanns stora utmaningar i att sammanlänka lednings, styrnings- och planeringsarbete mellan operativa och strategiska nivåer. Chefers arbetssätt att skapa och upprätthålla kommunikationsflöden, bred delaktighet och känsla av angelägenhet bland medarbetare och professionsgrupper har stor betydelse för att överbrygga nivåerna.

Det operativa ledarskapet tycks, enligt vårt material, ha störst betydelse för utveckling av nya arbetssätt i praktiken. Det *verksamhetsnära, delade ledarskapet* på operativ nivå var lyckosamt för framgång i utvecklingsarbetet och i samtliga fall hade ledaren både kontextkunnighet och erfarenhet:

- *Kontextkunnighet* innebar god kännedom om den kliniska verksamheten för att kunna anpassa utvecklingsmodellen till kliniska förhållanden. Därmed kunde verksamhetsutvecklingen tillämpas på ett meningsfullt och funktionellt sätt.
- *Erfarenhet* innebar att ledaren har mångårig erfarenhet av verksamheten och att bedriva utvecklingsarbeten på kliniken. Förutom kunnighet om verksamheten har även ledaren god kännedom om styrkor och utmaningar bland enskilda medarbetare samt professioner, team och andra grupperingar som är kopplade till verksamheten på olika sätt. För de mer erfarna cheferna hade strategisk implementering av Lean ingen betydelse för deras inställning till förändringsarbeten.

Dessa förhållanden utgjorde viktiga förutsättningar för att arbeta på *tillitsskapande och verksamhetstjänande* sätt. Här arbetade ledare drivet och med bred medvetenhet om de

olika aspekter och perspektiv som påverkar framsteg i utvecklingsarbetet. Detta innebar ofta stegvist arbete med fokus på verksamhetskontext och medarbetare. Exempel på detta är:

- Medvetenhet om det sociala kapitalet som avgörande resurs för utvecklingsarbetet – och understödjande av detta genom att bruka flera ledarskapskvaliteter, särskilt relationsorienterat.
- Medvetenhet om enskilda medarbetares behov – och stödjande av dem genom att ta hänsyn till individer, lyssna och se till individens behov av stöd och utvecklingsmöjligheter. Kontinuerlig informativ, hög grad av tillgänglighet och individuella anpassningar är ledarskapskvaliteter som stödjer mer sårbara individers behov.
- Medvetenhet om den frustration och irritation som kan uppstå bland medarbetare genom mer intensiva utvecklingsarbeten som initierats från strategiska ledningsnivåer; att dessa ibland upplevs meningslösa, administrativt betungande och tidskonfliktskapande mellan utvecklingsarbetet och det kliniska arbetet. Verksamhetstjänande ledare, som är trygga i sin roll och med sin legitimitet bland vårdens professionella, försöker överbrygga dessa utmaningar genom att fokusera meningsfulla arbetssätt och utveckla dessa så de passar verksamheten.

Synergieffekter: Engagemang-resurser-hållbarhet i nya arbetssätt

Våra resultat visar att resurser och engagemang kunde skapas i synergier med utvecklingen av nya arbetssätt:

- *Engagemang* (dvs arbetsengagemang, attityd till att engagera sig i verksamhetsutveckling och kliniskt engagemang i att utveckla vården) skapas genom resurser i form av goda psykosociala arbetsförhållanden, av ett starkt socialt kapital, och även av nya arbetssätt (visualisering av utvecklingsarbetet och arbetsprocesser ökar antalet förbättringsförslag som föreslås, diskuteras och genomförs). Engagemang kräver dock ökade resurser under strategiskt utvecklingsarbete och bidrar också till att nya arbetssätt kan vidareutvecklas
- *Psykosociala* resurser i arbetet (dvs erkänsla, inflytande, rollklarhet, förutsägbarhet, ledarskap, utvecklingsmöjligheter, socialt stöd) och socialt kapital (dvs tillit, erkännande och social ömsesidighet) skapas från engagemang och av nya arbetssätt. Resurser i form av ledarskapskvaliteter skapas också genom nya arbetssätt (visualisering ger bättre överblick, understödjer förståelse av komplex information och bättre samarbete i utvecklingsarbetet) och genom medarbetares engagemang – samt genom ledares stödresurser
- *Nya arbetssätt* (här ff a visualisering) kan leda till breddat och delat ansvarstagande och ledning av utvecklingsarbetet). De nya arbetssätten gav fler möjlighet att överblicka och förstå komplexa processer, fokusera viktig information och samarbeta i utvecklingsarbetet. Detta var understödjande för engagemang och en mer resursstark arbetsmiljö

Våra resultat pekar på att synergieffekter främjades av *social kapital* i form av tillit, erkännande, social ömsesidighet. Det hade betydelse för arbetsengagemang, engagemang i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och vårdkvalitet och arbetstillfredsställelse. Resultaten pekade också på att synergieffekter mellan engagemang och resurser inom sjukhusorganisationer främjas av följande faktorer:

- Ett lärande - dvs att det fanns och utvecklades erfarenhet och mognad att bedriva processutveckling, att utvecklingen skedde stegvist)
- Integrering av olika perspektiv (arbetssituation – vårdkvalitet – effektivitet)
- Bred delaktighet bland medarbetare och chefer
- Att lärandet understöddes av organisationens kunskapsstöd

Organisatoriska stödresurser som främjar förändringsledning

Det fanns en stor variation i hur kunskapsstöd för lärande organiserades. I en sjukhusorganisation skedde brett och omfattande kunskapsstöd efter principen ju högre i organisationen desto mer omfattande. I en annan organisation riktades kunskapsutvecklingen mot förändringsledare som fick omfattande utbildning. I en tredje organisation skedde kunskapsstödet främst genom förändringsledare på operativ nivå. I två organisationer skedde kunskapsstöd riktade mot utvalda tvärprofessionella team av medarbetare. De olika kunskapsstöden bidrog alla på olika och kompletterande sätt till ökad delaktighet i förändringsarbete. Kombination av olika kunskapsstöd gav störst effekt på hållbarhet i nya arbetssätt över tid. Kunskapsstödet i samtliga sjukhus riktades i mindre utsträckning mot första linjens chefer. Trots det hade implementering på enhetsnivå, genom drivande enhetschefer, störst betydelse för goda resultat och synergier mellan engagemang och resurser.

Sjukhusen tillsatte utvecklingsledare för att understödja processutvecklingsarbetet. De placerades organisatoriskt olika och benämndes olika. Organisatoriskt placerades de så att de skulle understödja överbryggandet framförallt över organisatoriska nivåer. En observation är att detta kunde ske än mer effektivt genom att fokusera den form av stöd som hade störst relevans för överbryggning av den nivå/det glapp som skulle överbryggas (modellstödjande, intervenerande, chefstödjande, driftstödjande, metodstödjande) och att det även avsåg överbryggning mellan kliniker och mellan professioner. Centrala förhållanden som främjade deras stödjande funktioner var:

- Att de hade ett uttalat uppdrag från sjukhusledningen
- Att de lyckats förtjäna sin legitimitet i kliniken
- Att de hade känsla för "timing" och kunde bygga tillitsfulla relationer
- Att det fanns utbredd tydlighet i roller och ansvar bland alla aktörer

Ledningsarbete som underhåller engagemang på klinisk operativ nivå

Den strategiska ledningens styrningsstrategier påverkade framförallt det operativa chefsarbetet men även medarbetares engagemang. Det fanns också en variation mellan regionernas, ledningsgruppernas, liksom operativa chefernas strategier. Implementeringsstrategier klassificerades som:

A. Storskalighet i implementering

- Sjukhusvis implementering
- Enhetsvis implementering

B. Fokus och grad av Lean-inspirerade arbetssätt (enhetsvis)

- Verktygsfokus

- Värdefokus
 - Rationaliseringsfokus
 - Fokus på arbetsprocesser
- C. Intensitet och takt i förändringsledning (enhetsvis)
- Långsammare
 - Aktivt, stadigt stegvist
 - Ryckvist/temporärt intensivt
 - Högintensiv implementering
- D. Grad av fasthet och anpassning till verksamhet (sjukhusvis)
- Plan som följs och utvärderas
 - Grundplan som justeras efter aktuella situationer och förhållanden
 - Vision om ständigt förbättringsarbete snarare än tydlig plan
- E. Kontrakt mellan strategisk och operativ ledning (sjukhusvis)
- ”strukturdrivna med kontrakt av kontroll”
 - ”visionsdrivna med kontrakt av tillit”
- F. Tjänande av olika fokus – men där integrerade fokus bäst tjänade hållbarhet (enhetsvis)
- implementeringen av ledningsmodeller (Lean)
 - starkare professionsgrupper för att bygga legitimitet
 - kärnprocesser på operativa nivåer

Strategier på strategisk nivå påverkade och stärkte förutsättningar för operativa chefers arbete, till exempel avseende val och fokusering av processer att vidareutveckla, användning och rapportering av nyckeltal, visualisering av utvecklingsarbetet samt möjlighet att välja att delta eller ej i utvecklingsarbetet.

BETYDELSE för vårdkvalitet och effektivitet

Det fanns indikationer om att effektivitet ökat något och att det var förbättringar i sjukhus och enheter som implementerade Lean. Förbättringarna avsåg något förbättrade vårdprocesser/vårdkedjor, ”vård i rätt tid”, minskat ”tidsslöseri” och väntetider.

I jämförelsesjukhusen fanns högre grad av kliniskt engagemang i att utveckla patientsäkerheten och vårdkvaliteten under samtliga tre undersökta åren. Däremot fanns det i enheter som hade lägre grad av Lean-inspirerade arbetssätt mindre grad av kliniskt engagemang i att utveckla vårdkvaliteten och patientsäkerheten.

Resultaten visade att kraven i arbetet ökat under 2012-2014 men där Lean anpassats till verksamheten har de nya arbetssätten inneburit fördelar för arbetsmiljö, vårdkvalitet och effektivitet i vårdflöden.

RESULTAT FRÅN DELSTUDIER

Med ett övergripande syfte att fördjupa kunskap om praktiska tillvägagångssätt för att bygga och organisera kapacitet för hållbara arbetsprocesser (förutsättningar, utveckling, engagemang och välbefinnande) under nyorientering av sjukvårdens processer – beskrivs här resultat från de olika delstudierna:

Övergripande resultat om implementering

- Sjukhusens övergripande strategier
- 1- och 2-årsuppföljning av arbetsmiljö, stress och engagemang

Förändringsledning

- Förändringsledning – stödfunktioner i utvecklingsarbetet

Visualisering

- Visualisering av processer under utvecklingsarbetet och i vardagsarbetet

Socialt kapital

- Socialt kapital - Betydelse för hållbar verksamhetsutveckling
- Bygga socialt kapital genom ledarskap

Bygga utvecklande och stödjande förhållanden

- Bygga arbetsengagemang hos professioner
- Operativa chefers implementeringsstrategier
- Chefsstrategier och visualisering på strategisk nivå
- Verksamhetstjänande ledarskap
- Chefers förutsättningar och stödresurser

Sjukhusens övergripande strategier

Eriksson, Holden, Williamsson & Dellve (2016) "A case study of three Swedish hospital's strategies for implementing Lean production. Nordic Journal of Working Life studies. In press

Bakgrund

Nio av tio sjukhus arbetar idag med Lean (Weimarsson, 2011) och många sjukhus har valt att utveckla sjukhusövergripande strategier för implementering av Lean. Tidigare forskning pekar på att motiv och strategier för implementering av Lean i stor utsträckning varierar mellan sjukhus (Mazzacato, Savage, Brommels, Aronsson, & Thor, 2010; Poksinska, 2010). Implementering av management koncept som Lean kan ses som en social process som är beroende av det sociala sammanhang som det ska implementeras i. Organisationens tidigare kunskaper och erfarenheter från organisationsutveckling har t ex i tidigare forskning visat spela roll för implementering av Lean (Radnor & Walley, 2008; Rahbek, Pedersen, & Huniche, 2011). Det är också känt från tidigare forskning att delaktighet från olika nyckelaktörer (chefer på olika nivåer och olika professionsgrupper) är avgörande för framgångsrik implementering (Easterby-Smith, Crossan, & Nicolini, 2000; Oreg, Vakola, & Armenakis, 2011). Till exempelvis är det viktigt att ägarskap och Leanledarskap utvecklas bland chefer såväl som bland medarbetare (Rahbek, Pedersen, & Huniche, 2011; Dickson, Anguelov, Vetterick, Eller, & Singh, 2009). Forskning visar dock att vårdprofessionella ofta kan ha negativa attityder och låg grad av engagemang i Lean på grund av att Lean ibland uppfattas som ett snävt rationaliseringskoncept från bilindustrin som inte anses passa vården (Brandao de Souza & Pidd, 2011).

Sammanfattningsvis pekar tidigare forskning på att det är avgörande hur olika organisatoriska nyckelaktörer är delaktiga i implementeringen för att Lean ska bli hållbart över tid. Det finns dock mer begränsat med studier om hur och på vilka grunder sjukhusledningsfunktioner väljer olika strategier för att implementera Lean (Brandao de Souza, 2009). Det saknas med andra ord kunskap om de valda strategierna inkluderar aspekter som gör att implementeringen kan bidra till hållbar delaktighet bland nyckelaktörer över tid.

Syfte

Syftet med studien var att studera hur och varför tre sjukhus beslutade om och valde att utveckla sina sjukhusövergripande strategier för Lean.

Metod

En fallstudie av de tre Lean-sjukhusen gjordes utifrån analyser av ett urval av 54 kvalitativa intervjuer med nyckelpersoner. Analyserna fokuserade tidigare erfarenheter av organisationsutveckling, parallellt pågående utvecklingsarbete, motiv och mål med Lean, kontextuella faktorer som beskrevs påverkar implementering, förändringsledare på olika nivåer, delaktighet och attityder till Lean, detaljerade beskrivningar av vilka sätt de valt att implementera Lean på, samt framtida planer för fortsatt implementering. De longitudinella svaren från medarbetarenkäten (år 2012-2014) användes också för att analysera vårdprofessionellas delaktighet och attityder till Lean över tid.

Resultat

Resultaten visar att sjukhusen hade olika motiv vid implementering av processutveckling (Lean). Följande olika motiv angavs:

- Att öka graden av processinriktning i kliniskt arbete
- Att engagera vårdprofessionella i verksamhetsutveckling
- Att öka vårdkvaliteten
- Att effektivisera kliniska processer
- Att spara pengar
- Att öka förändringstakten

Motiven kan kopplas till sjukhusledningarnas olika val av strategier där de antingen valde att starta från toppen för att nå ner till kliniska praktiken, och/eller startade i kliniska praktiken för att sprida processutveckling inom sjukhus/landsting. Exempel på olika strategier för Lean som sjukhusen valde är:

- Involvering av chefer genom utbildningsprogram för chefer: Högre chefer mest utbildning – enhetschefer minst utbildning
- Involvering av medarbetare på enhetsnivå på olika sätt, t ex att styra och coacha, belöna och locka
- Projektgrupper som understöds att arbeta med utvalda processer
- Spridning av enskilda verktyg, standardiserade modeller och/eller värdeflödesanalyser av utvalda vårdprocesser
- Spridning genom ”best practice”
- Spridning genom förbättringsledare på enhetsnivå och/eller central nivå

Analyser av enkätsvaren visade att de olika strategierna för Lean påverkat delaktighet i implementering på olika sätt. I det sjukhus där man valt att i hög utsträckning fokusera på att coacha medarbetare på enhetsnivå i Lean så angav flest i ett tidigt stadium (99 %) att man arbetade enligt Lean. Dock fanns i det sjukhuset, jämfört med de andra sjukhusen, också mer negativa attityder till Lean vilket kan kopplas till kontextuella faktorer som till exempel tidigare erfarenheter av verksamhetsutveckling. I det sjukhus där strategin var att sprida Lean från högsta ledningsnivå ner till golvet ökade antalet medarbetare som angav att de arbetade enligt Lean över tid. Dock sjönk det initialt stora intresse som fanns bland medarbetare att arbeta med Lean något över tid, vilket kan kopplas till att sjukhuset parallellt med implementering av Lean hade ett stort fokus på nedskärningar i budget. I det sjukhus där fokus låg på att sprida Lean genom projektgrupper och ”best practice” var nivåer av Lean och attityder till Lean oförändrade och medelhöga över tid. De positiva attityderna kan kopplas till stort fokus på ökad vårdkvalitet i Lean-arbetet. Dock verkade projektgrupperna ha svårare att sprida sitt Lean-arbete till chefer och medarbetare som inte var kopplade till det utvalda processarbetet.

Sammanfattade slutsatser

De tre sjukhusen valde olika strategier för att implementera Lean på grund av olika kontextuella förutsättningar och på grund av att det fanns olika motiv i sjukhusen kring varför de ansåg att det var viktigt att implementera Lean. Hur väl sjukhusen lyckades implementera sina strategier kan relateras till medarbetares intresse och delaktighet. Resultaten pekar på att coachning av medarbetare på enhetsnivå bidrar till att medarbetare i stor uträkning anger att de arbetade med Lean. Dock pekar resultaten på att implementeringen inte kommer vara långsiktigt hållbar om inte enhetschefer och högsta ledningen visar intresse och ägarskap i utvecklingsarbetet. Mellanchefer kan ses som viktiga förändringsledare för att hantera motstånd och engagera medarbetare och det kan därför ses som en begränsning att ingen av sjukhusen i sina implementeringsstrategier valt att i hög utsträckning fokusera på att engagera och utbilda mellanchefer i Lean. Resultaten pekar på att många olika aktörer på olika organisationsnivåer behöver involveras för att Lean ska bli långsiktigt över tid. Resultaten visar vidare att motiv som ökad effektivitet, förbättrad arbetsmiljö, såväl som förbättrad vårdkvalitet behöver inkluderas för att skapa hållbart intresse och delaktighet över tid.

1- och 2-årsuppföljning av betydelsen av lean-inspirerade arbetssätt, psykosocial arbetsmiljö, stressrelaterade symtom och engagemang

Dellve L, Williamsson A, Strömgren M, Holden R & Eriksson A. Lean Implementation Approaches At Different Levels In Swedish Hospitals: The Importance For Working Conditions and Stress-related Health among Employees. International Journal of Human Factors and Ergonomics 3.3-4 (2015): 235-253.

Dellve L, Eriksson A, Williamsson A, Ahlstrom L & Holden R. Implementation of Lean at hospitals: the impact on work conditions, work engagement and health among health care professionals. Manuscript

Bakgrund

De flesta studier rapporterar negativa eller svaga effekter av organisatoriska förändringar för medarbetares hälsa (Quinlan & Boyle, 2009; Bamberger et al., 2012; Westgaard & Winkel 2012), och de negativa effekterna av förändring tycks minska med tiden (Falkenberg, Fransson, Westerlund, & Head, 2014). Sannolikt är det implementeringen av organisationsutvecklingen som påverkar arbetet och arbetsförhållanden. Hälsoeffekter har förklarats av till exempel ökade; arbetskrav, tidspress, rollkonflikter, otrygghet, och en minskning av; socialt stöd, kontroll över arbetet, och mer tärande arbetsengagemang (Vahtera, Kivimäki, Pentti & Theorell, 2000; Kivimäki, Vahtera, Pentti, & Ferrie, 2000; Härenstam & Beijeröth, 2004; Lavoie-Tremblay, Bonin, Lesage, Bonneville-Roussy, & Lavigne, 2010; Schaufeli & Bakker, 2004).

Olika typer av förändringar kan påverka medarbetare på olika sätt (Lundberg, 1990; Martin, Jones och Callan, 2006). Prospektiva studier har indikerat samband mellan organisatoriska förändringar och högre risk för sjukdom hos medarbetarna beroende på vilken typ av förändring som genomförts (Bernström & Kjekshus, 2015) eller grad av storskalighet och intensitet (Szucs, Hemström & Marklund, 2003; Szucs, Dellve, Björk, Härenstam, Jutengren & Ljungblad, 2015; Falkenberg, Fransson, Westerlund & Head, 2014). Mer ensidiga prioriteringar av ekonomiska värden (rationalisering) tycks ha lett till ökad ohälsa bland medarbetare (Westgaard & Winkel, 2011). Studier om hur olika förändring påverkar arbetsförhållandena i både offentliga och privata organisationer, visade mer negativa effekter inom den offentliga sektorn (Härenstam & Beijeröth, 2004).

Det finns dock behov av fördjupade studier om hur professioners och semi-professioners arbete, engagemang och arbetsmiljö påverkas av omstruktureringar, t ex standardisering och rationalisering av arbetet. Standardisering av arbetet har sannolikt olika betydelse för professioner och semi-professioner beroende på hur det påverkar det inflytande och krav de har.

Syfte

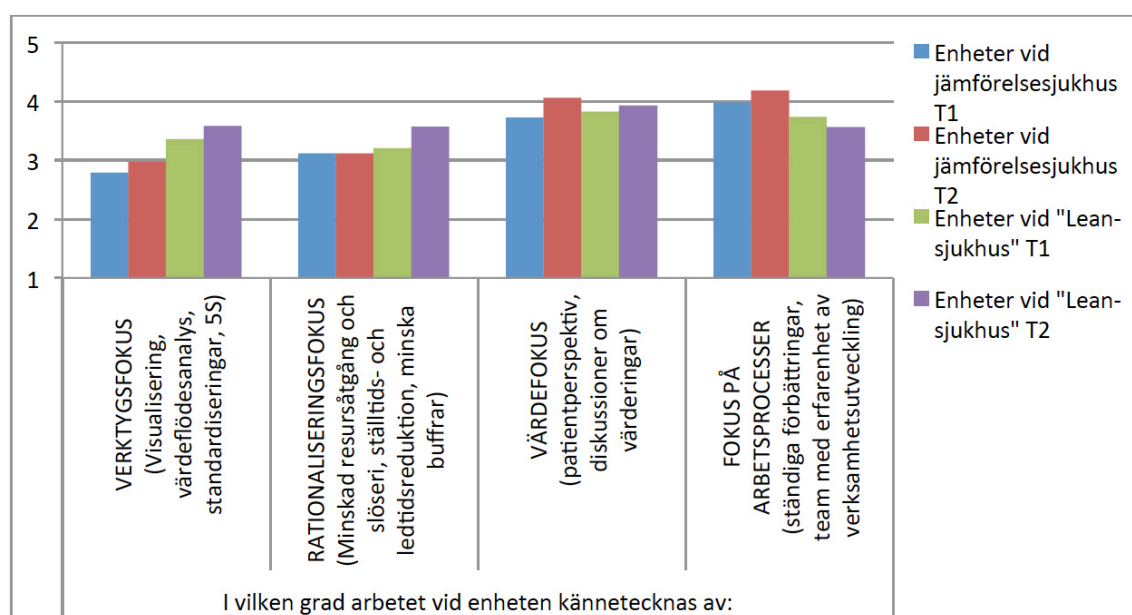
Att identifiera hur implementering av lean-inspirerade arbetssätt påverkar psykosociala arbetsförhållanden, engagemang och hälsorelaterad hållbarhet över tid och bland olika professioner.

Metod

Prospektiva studier: kvalitativa data från intervjuer och LeanIndex intervjuer utgör kategorisering av implementeringen (se kategori A, B, C sidan 18) och kvantitativa enkätdata från medarbetarenkät utgör uppföljningsmått som följdes över tid (först med parvisa analyser, därefter med analys av upprepade mätningar (mixed models)).

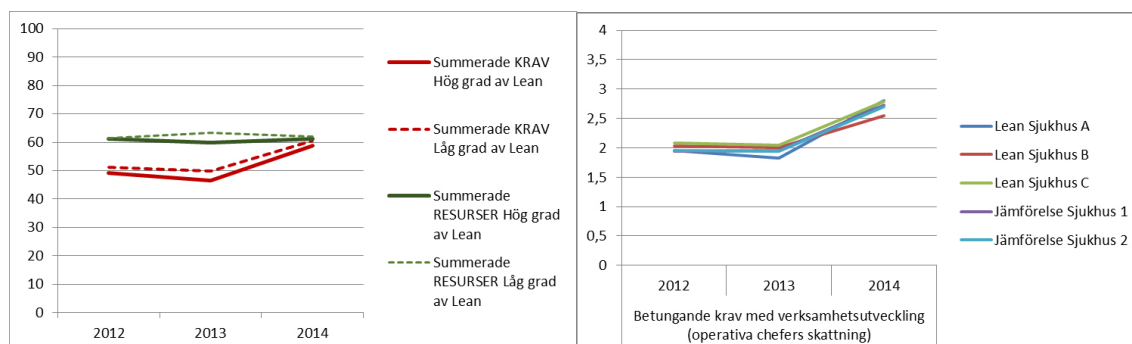
Resultat

Generellt var skillnader mellan sjukhus som strategiskt implementerat Lean och övriga sjukhus mindre än mellan enheter med hög respektive lägre grad av Lean-inspirerat arbetssätt. Det var dock vanligare med Lean-inspirerat arbetssätt på sjukhus där man tagit ett strategiskt beslut om att implementera Lean (figur 1).



Figur 1 Grad av Lean-inspirerat arbetssätt vid 1-och 2-årsuppföljningen (T1 respektive T2) anges i medelvärde för enheter vid Lean-sjukhus och jämförelsesjukhus

De summerade kraven i arbetet ökade generellt under studietiden för medarbetare liksom för chefer avseende betungande krav att driva verksamhetsutveckling (figur 2a och 2b).



Figur 2a Summerade psykosociala krav och resurser för medarbetare vid enheter som implementerat Lean-inspirerat arbetssätt i hög grad respektive låg grad

Figur 2b Betungande krav med verksamhetsutveckling för operativa chefer vid Lean Sjukhus och jämförelsesjukhus

Uppföljningsmätningarna visade små skillnader i psykosociala resurser i arbetsmiljö för sjukhus som strategiskt implementerade Lean samt för enheter som hade högre grad av Lean-inspirerat arbetssätt. Skillnaderna var tydligare i 1-årsuppföljningen (T1) än i 2-årsuppföljningen (T2). En positiv utveckling fanns avseende en högre grad av ökad förutsägbarhet i arbetet och ökat inflytande vid Lean-sjukhusen (högre grad än vid jämförelsesjukhusen där det också ökade) samt ökad rollklarhet vid Lean-sjukhusen (vilken var oförändrad vid jämförelsesjukhusen). I enheter som arbetade med Lean-inspirerat arbetssätt skattade medarbetarna också högre grad av ledarskapskvalitet och arbetstillfredsställelse. Utvecklingsmöjligheterna minskade i båda grupperna under studietiden.

Uppföljningsmätningarna vid Lean-sjukhusen visade små och både negativa och positiva skillnader i arbetsengagemang (avseende vigör, stolthet, utmattning och bristande engagemang). Vid enheter med högre grad av Lean-inspirerat arbetssätt fanns ökad arbetstillfredsställelse.

Arbetet påverkades på olika sätt för olika professioner. Bland Lean-sjukhusens läkare fanns ökat erkännande, minskad arbetstakt, ökad rollklarhet, ökat inflytande och minskade kvantitativa krav. För jämförelsesjukhusens sjuksköterskor skattades sämre ledarskap, mer illegitima arbetsuppgifter och ökade kvantitativa krav. Mer standardisering innebar att undersköterskor fick ökade; illegitima arbetsuppgifter, arbetstakt, kvantitativa krav och utmattning samt minskad förutsägbarhet. Medan läkare över tid fick, ökad rollklarhet och minskad utmattning.

Med mer stegvis, aktiv, implementeringstakt fanns över tid mer engagemang och stolthet. Medan förändringstakt som var temporärt intensiv och ryckvis visade på mer utmattning och minskat engagemang bland medarbetarna.

Det fanns inga tydliga samband mellan implementering av Lean-inspirerat arbetssätt och utveckling av medarbetares hälsa, arbetsförmåga eller sjukskrivning över tid avseende storskalig, grad, typ av lean-inspirerat arbetssätt (rationalisering, standardisering) eller per profession.

Sammanfattade slutsatser

Implementering av lean-inspirerat arbetssätt var associerat med svaga men signifikanta samband som pekade i samma riktning, dvs att "arbeta smartare, med stolthet och samtidigt hårdare":

- Ökade resurser i den psykosociala arbetsmiljön vid sjukhusvis- och enhetsvis kategorisering av implementering, särskilt vid ettårsuppföljning
- Arbetet förändrades på olika sätt beroende på profession, särskilt relaterat till grad av standardisering av arbetsprocesser. Läkares arbetssituation förbättrades medan undersköterskors arbetssituation försämrades
- Stegvis, aktiv implementering var mest "hållbart"
- Både ökad utmattning och ökad vigör och stolthet vid sjukhusvis implementering. Vid enhetsvis implementering fanns ökad arbetstillfredsställelse
- Inga entydiga effekter avseende arbetsförmåga och sjukskrivning

Förändringsledning – stödfunktioner i utvecklingsarbetet

Williamsson A, Eriksson A & Dellve L. Organization of change agents during care process redesign in Swedish health care. Journal of Hospital Administration 5.3 (2016):20-32.

En vanlig strategi för att driva utvecklingsarbetet är att tillsätta särskilda förändringsstödjande funktioner till exempel förbättringsledare (Damschroeder, Aron, Keith, Kirsh, Alexander, & Lowery, 2009). Dessa stödfunktioner kan ha olika benämningar men gemensamt är att de stöttar i linjen vertikalt och horisontellt. Ibland ges också utrymme för informella förbättringsledare, så kallade eldsjälar. Förbättringsledares roll inom vårdorganisationer är ett utforskat område och ett viktigt kunskapsbidrag är att undersöka hur olika sätt att organisera förbättringsledning påverkar arbetet med verksamhetsutveckling.

Bakgrund

Vid förändringsarbete och organisationsutveckling i sjukvården, som exempelvis utvecklingen av vårdprocesser och ökad processorientering, ligger ett stort ansvar för förändring och utveckling på den operativa ledningen, dvs första och andra linjens chefer. Studier visar dock på svårigheter för dessa chefer att uppbringa den tid som krävs för organisationsutveckling då chefernas tid framförallt upptas av att lösa bemanningsfrågor och andra problem som uppstår i verksamheten (Andreasson, Eriksson & Dellve, 2015; Arman, Dellve, Wikström, & Törnström, 2009). Förändringsstödjande funktioner, här kallad förändringsstödjare (på engelska change agents) har då en viktig roll som stöd för operativa chefer i att driva förändring bland annat genom metodstöd (McCormack et al., 2013; Esain, Williams, & Massey, 2008; Damschroder et al 2009; Massey & Williams, 2006). En annan potentiell roll hos förändringsstödjare är att stärka "översättningen" av nya idéer till verksamhetens lokala kontext, dvs stärka den hybrida ledningen (McCormack et al., 2013, Esain, Williams, & Massey, 2008; Damschroder, Aron, Keith, Kirsh, Alexander, & Lowery, 2009; Massey & Williams, 2006). Förändring enligt Kotter (1995) sker stegvist i organisationer och varje steg är kritiskt för att uppnå verklig förändring som dessutom blir hållbar. De första kritiska stegen vid implementering av förändring berör bland annat att belysa problemet/-en i organisationen, att forma en sorts allians för arbete med förändringen, att formulera en vision och att kommunicera visionen ut i organisationen (Kotter, 1995). Litteratur i ämnet (på engelska change management) menar att förändringsstödjarens funktion är främja och stötta förändringen framförallt på den operativa nivån, dvs nära verksamheten och medarbetarna (McCormack et al., 2013; Esain, Williams, & Massey, 2008; Massey & Williams, 2006) men att det saknas forskning om hur förändringsstödjarfunktionen är organiserad och hur den verkar i att stötta på operativa nivåer (McCormack et al., 2013).

Syfte

Syftet med studien var att utforska formellt utsedda förändringsstödjarfunktioner, och därtill utforska vilka faktorer som ansågs främja dess möjlighet att understödja förbättringar av vårdprocesser inom akutsjukvården.

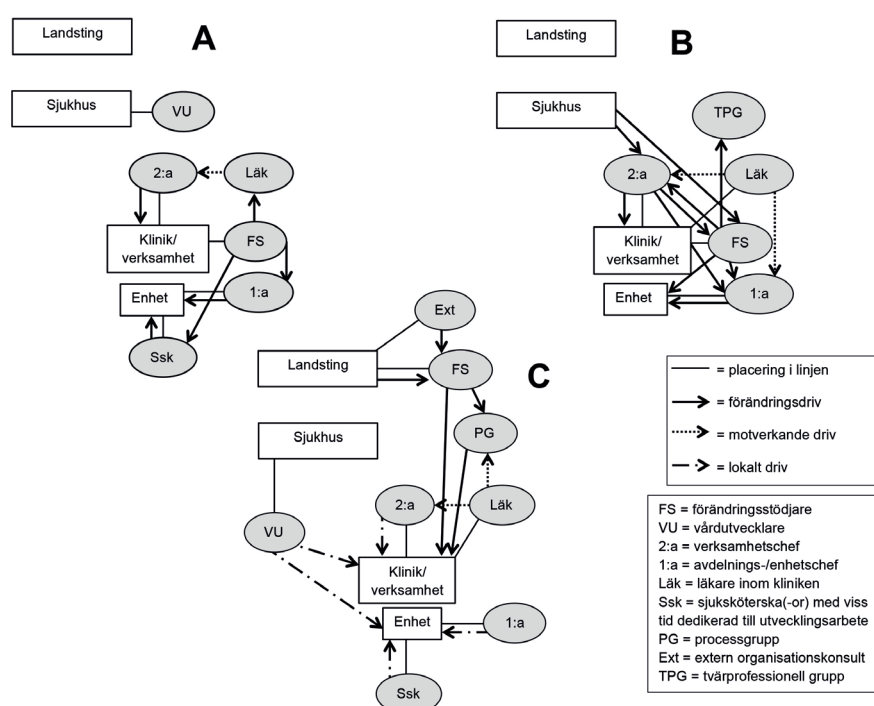
Metod

Genom intervjuer med nyckelpersoner, utvecklingsledare och medarbetare på de tre sjukhusen som valt att implementera lean i olika former, har frågeställningarna om hur

förändringsledningens organisering och arbetsformer ser ut samt dess betydelse analyserats. Genom innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004) har i första hand organisationsformer, funktionsbeskrivningar och uppdrag beskrivits. I vidare analyser har främjande förutsättningar på organisations och individnivå utkristalliserat sig.

Resultat

Organiseringen av förändringsledning såg olika ut på våra deltagande sjukhus. Det tycktes ha stor betydelse hur, var och varför förändringsstödjande funktioner hade implementeras. Gemensamt för dessa tre sjukhus var att sjukhusledningarna varit tydliga i att det största ansvaret för förändringsledningen skulle ligga på operativa chefer, det vill säga första och andra linjens chefer. Gemensamt för sjukhusen har också varit att sjukhusledningarna har pekat ut olika roller som nyckelroller i att stötta cheferna i lean-implementeringen. Hur man sedan organiserat dessa nyckelroller, förändringsstödjare, och vilken benämning man haft på funktionen har varierat. Även förändringsdrivet och vilka vägar förändringsdrivet har tagit inom organisationerna har varierat (se figur 3 nedan). Sjukhus A har organiserat sin stödfunktion på verksamhetsnivå, nära enhetschef och medarbetare, sjukhus B har också organiserat stödfunktionen på verksamhetsnivå men i nära samarbete med verksamhetschef medan sjukhus C har organiserat stödfunktionen på central nivå inom landstinget och som metodstöd för processgrupper.



Figur 3. Organisationsschema över exempelklinik och enhet på sjukhus A, B och C; förändringsdriv och motverkande driv i förändringsarbetet, relaterat till förändringsstödjares praktiska arbete.

Främjande förutsättningar för förändringsstödjare att nå ut till och vara ett direkt stöd till operativa chefer var; 1) att ha blivit tilldelad en tillräcklig "makt" från strategisk nivå vid förändringsarbete och samtidigt ha förtjänat förtroende och legitimitet på operativ nivå,

2) att ha fingertoppskänsla vid förändringsarbete och förmåga att bygga förtroendefulla relationer till vårdprofessioner och chefer, och 3) att det inom organisationen finns en tydlighet gällande roller och ansvarfördelning i förändringsledarskapet och förändringsarbetet.

Förändringsstödjare som var organiserade som ett nära stöd till första och andra linjens chefer upplevdes som mer stöttande av cheferna och var också mer synliga i vården. Dessa hade också bättre möjligheter att anpassa sin stödfunktion efter behov i verksamheten, men den möjligheten var delvis beroende av frihetsgrad i förändringsstödjarens funktionsbeskrivning. En alltför otydlig funktionsbeskrivning kunde leda till en känsla av bakbundenhet hos förändringsstödjaren som inte visste vilket mandat hen hade att driva förändringar inom verksamheten. Generellt otydliga roller och ansvar i utvecklingsarbete verkar också ha ge större utrymme för enskilda chefer och vårdprofessioner att blunda för tagna beslut och på så sätt motverka förändring. Förändringsstödjarens roll kan anses varit viktig framförallt i det inledande skedet av lean-implementeringen då förändringsstrategierna och metoderna fortfarande var nya för medarbetare och chefer och då förändringsdriv och ägarskap ännu inte övertagits av operativa ledningen och implementerats som en naturlig del i verksamhetens arbete (Damschroeder, Aron, Keith, Kirsh, Alexander, Lowery, 2009). Därmed inte sagt att förändringsstödjare endast är användbara vid introduktion av förändring. Förändringsarbete tar lång tid och kräver ett uthålligt förändringsledarskap (Kotter, 1995) och när operativa chefer ofta upplever att det inte finns tid för förändringsarbete är behovet av stöd till chefer starkt efterfrågat (Dellve, Andreasson & Jutengren, 2013, Arman, Dellve, Wikström, & Törnström, 2009). Förändringsstödjare har då en viktig funktion dels som översättare av olika management koncept som används under förändringsarbetet, men också som metodstödjare och bidragande till kommunikationen av en kollektivt samstämmig bild av förändringsarbetet inom organisationen (McCormack, et.al., 2013, Esain, Williams, & Massey, 2008; Damschroder, Aron, Keith, Kirsh, Alexander & Lowery, 2009, Kotter, 1995) .

Sammanfattande slutsatser

- Funktionen förändringsstöd kan stödja överbryggningen av förändringsarbetet mellan organisatoriska nivåer genom att vara modellstödjande, intervenerande, chefstödjande, driftstödjande och metodstödjande.
- Förbättringsledare har en förändringsstödjande funktion som har olika betydelse på olika nivåer och i olika faser av utvecklingsarbetet.
- Förbättringsledare som verkar i ett sammanhang med en tydlig förändringsledning, och som har legitimitet hos vårdprofessionerna och mandat från högre ledning, har över tid haft bättre förutsättningar att anpassa sitt stöd i verksamheten och att främja förändring.

Visualisering av processer under utvecklingsarbetet och i vardagsarbetet

Williamsson A, Dellve L & Karlton A. Visual management in hospital settings: use and benefits during organizational development. Manuscript.

Visuell styrning och planering används i sjukvården både som stöd i organisationsutveckling och i det patientnära arbetet (Dellve, Williamsson, Strömgren, Holden, & Eriksson, 2015; Holden & Hackbart 2012; Xiao, Schenkel, Faraj, Mackenzie, & Moss, 2007; Patel, Zhang, Yoskowitz, Green, & Sayan, 2008). Implementering av Lean i sjukvården innefattar ofta introducerandet av visualiseringsverktyg som ett sätt att hantera arbetet med ständiga förbättringar och forskning visar på att ett fokus på Lean-verktyg vid organisationsutveckling kan bidra till medarbetares arbetsrelaterade resurser såsom förutsägbarhet, erkännande och inflytande i arbetet (Dellve, Williamsson, Strömgren, Holden, & Eriksson, 2015; Holden & Hackbart, 2012). Dock är utbudet av forskning inom användningen av visualiseringsverktyg begränsat.

Bakgrund

Omfattande forskning visar att för att förändringsarbeten ska falla väl ut krävs engagemang och delaktighet hos medarbetarna (Karasek, & Theorell, 1992). Den mentala arbetsbelastningen för medarbetare inom sjukvården präglas av ett högt arbetstempo, upprepade avbrott i arbetsflödet, och därtill krav på medarbetarna att de utöver ordinarie arbetsuppgifter ska bidra i ständig organisationsutveckling (Patel et al., 2008, Carayon et al 2011; Holden et al., 2011). Men ökade krav i en föränderlig arbetsmiljö ökar också risken för ohälsa (Karasek, & Theorell, 1992). Visualisering genom t ex förbättringstavlor eller organisationsmatriser skulle kunna underlätta enskilt lärande (Leutner, Leopold, & Sumfleth, 2009) och ge medarbetarna en gemensam bild av och förståelse för arbetsprocessen. Just gemensamma mål, delad kunskap och ömsesidig respekt är ingredienser i relationell koordinering (relational coordination) som har en direkt påverkan på medarbetarnas arbetstillfredsställelse och även effektivitet inom en organisation (Gittel, 2006). En mer negativ effekt av olika former av visualiseringsverktyg skulle å andra sidan kunna vara en kognitiv överbelastning (Bettis-Outland 2012). Att visualisera planering, styrning eller förbättringsarbete är en av grundstenarna i Lean (Liker, 2003) och används ofta inom organisationer som arbetar enligt Lean och med ständiga förbättringar (Holden & Hackbart, 2012). Forskning inom visuell styrning eller visuell planering inom sjukvården har hittills mest bestått av fallstudier av enskilda vårdenheter som implementerat Lean. Ett viktigt forskningsbidrag är då att undersöka användningen av visuell styrning utifrån en bred empiri från olika utvecklingsmässiga kontexter inom sjukvården.

Syfte

Syftet med studien om visuell styrning var att utforska användningen av visualiseringsverktyg i sjukvården och relationen mellan användning av dessa och olika arbetsförhållanden såsom samarbete, engagemang, kognitiv arbetsmiljö och stress.

Metod

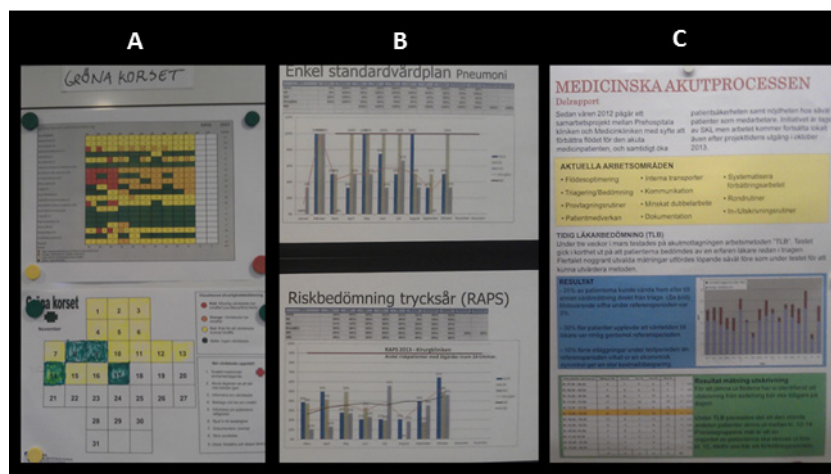
Observation av visualisering vid samtliga fem sjukhus och på totalt 21 olika enheter på sjukhusen. Typ av visualisering och interaktion vid visualiseringstavlor har observerats och dokumenterats genom fotografering av visualiseringsverktyg. Medarbetarenkäten

kompletterades med frågor om visualisering (2013 och 2014) och analyser har skett av kvantitativa data från sjuksköterskor och undersköterskor från de 21 enheterna. Frågor om visualisering lades till Lean-index (2013, 2014). Kvalitativa data analyserades med innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004) medan kvantitativa data analyserades genom jämförande analyser i SAS JMP 10.0.0. All sammantagen data analyserades vidare med hjälp av "realistic evaluation" (Pawson & Tilley, 1997) där resultat kategoriserades enligt kontext, mekanism och utfall. Kontexten beskriver det sammanhang eller den situation i vilken enheten befinner sig, mekanism motsvarar den förändring som implementeras i kontexten och utfall beskriver resultatet av förändringen i den aktuella situationen (Pawson & Tilley, 1997).

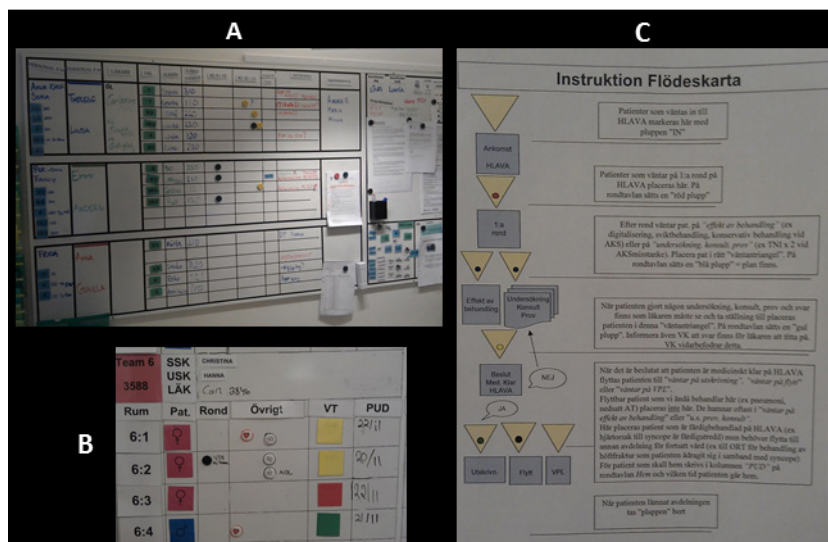
Resultat

Det var framförallt visualisering av resultat, olika flöden (bemanning, patienter, särskilda diagnosprocesser) och förbättringsarbeten som användes på sjukhusen. Exempel på visualisering kan ses i figur 4-6 nedan.

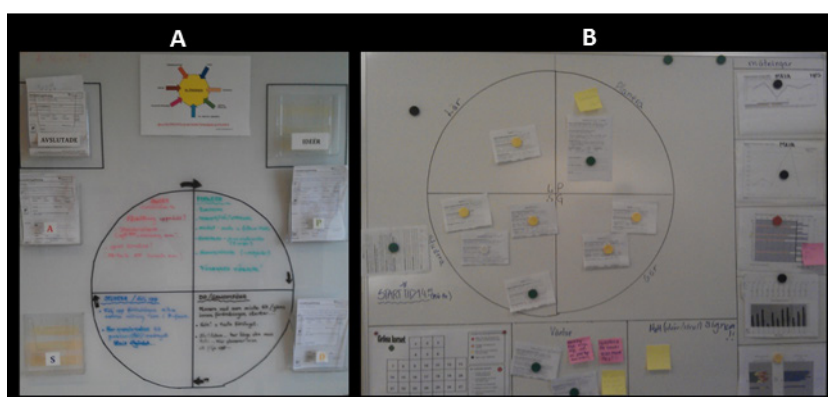
Hur regelbundet visualiseringsverktygen användes varierade mellan enheter och individer. Enheter där enhetscheferna angett störst daglig influens av visualisering av resultat, flöden eller förbättringar (i Lean-index), och där även medarbetarna angett en mer frekvent användning av visualiseringsverktyg (i medarbetarenkäten) hade vissa gemensamma nämnare. De enheter med en utbredd användning av visualiseringsverktyg var akutsjukvårdsenheter på sjukhus där man arbetade med utveckling av vårdprocesser på ett Lean-inspirerat arbetssätt.



Figur 4. A: Gröna korset avvikelserapportering, dagligen per månad nedtill, resultat över tid ovanpå. B: Nyckeltal- enhetens medicinska resultat eller resultat efterföljning av standard. C: Poster med resultat från tidigare genomfört förbättringsprojekt.



Figur 5. A+B: Enhetens vårdschema visar patientflöde, bemanningsflöde och arbetsflöde under en arbetsdag/-pass. A är mer detaljerad än B. C: Flödesschema över inkommande patient till enheten, detaljerad instruktion till höger.

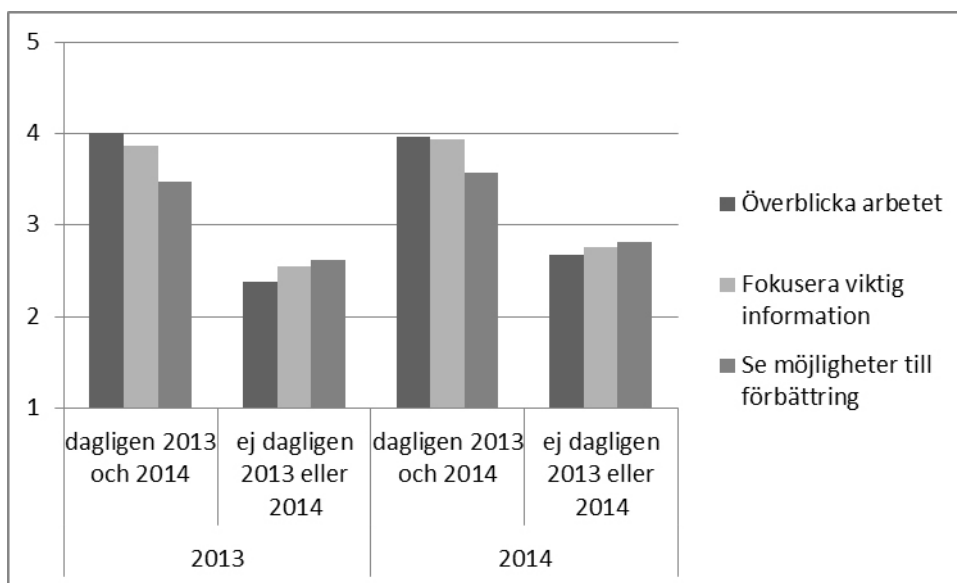


Figur 6. A: PDCA-hjul med foldrar innehållande förbättringsförslag och redan genomförda förbättringar. B: PDCA-hjul med resultat till höger och gröna korset avvikelsehantering nedan.

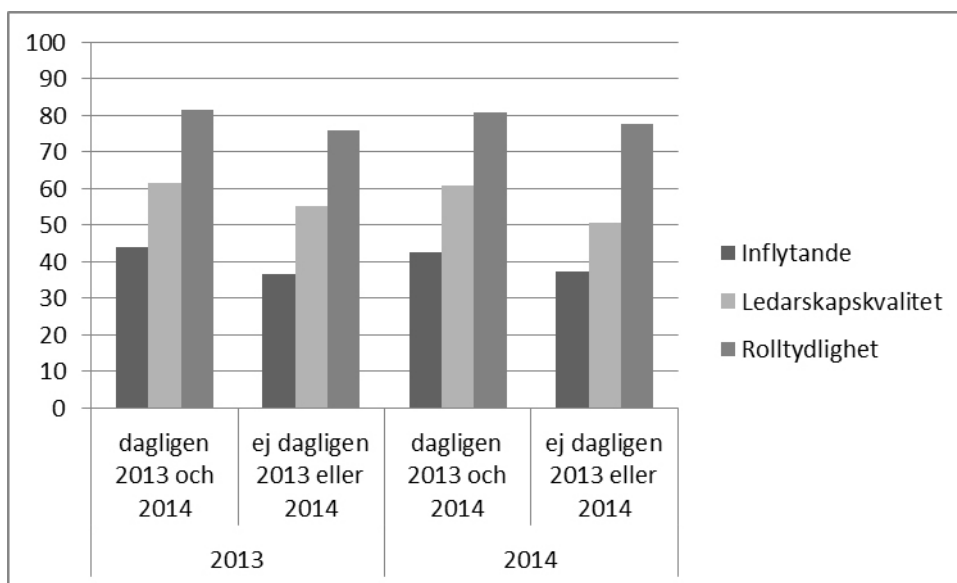
Tabell 6. Realistisk utvärdering (Realistic Evaluation, Pawson & Tilley, 1997) av visualisering på sjukhusen.

KONTEXT	MEKANISM	UTFALL
Enheter med en historia av en eller flera medarbetare som varit starkt pådrivande för förändring, och som därmed har en hög mognad gällande utvecklingsarbete.	Sjukhusövergripande introducering och implementering av Lean-inspirerat arbetssätt för utveckling av vårdprocesser.	Enheter utvecklar sina egna sätt att visualisera och utvecklar visualiseringen mot att stötta processorientering i verksamheten.
Enheter vid ett sjukhus som implementerar sjukhusövergripande Lean-inspirerat arbetssätt för utveckling av vårdprocesser.	Sjukhusledningen har ett strukturerat sätt att följa upp och mäta mål inom sjukhuset och efterfrågar resultat gällande utvecklingsarbete och effektivitet i verksamheten.	- Enheter följer den sjukhusövergripande strategin mer utförligt. Chefer vet vad som behöver visualiseras och de anser visualisering vara både nödvändigt och behjälpligt i verksamheten. - En hög andel av medarbetarna använder visualiseringsverktygen dagligen.
	Sjukhusledningen är en förebild i att använda visualiseringsverktyg (X-matris) vid möten med, och i kommunikation med chefer.	Enheters visualisering är kompatibel med sjukhusledningens övergripande visualisering.
Enheter som mottar patienter från starkt belastade och dåligt fungerande akutmottagning eller akutvårdsenhet, och som därmed är pressade från sjukhusledningen att öka sitt eget patientflöde och således lindra bördan på akuten.	Visualisering introduceras som stöd att effektivisera patientflödet och påskynda utvecklingen av vårdprocesser.	- Ökad förståelse bland medarbetare och chefer att arbeta i horisontella vårdprocesser. - Ökad förståelse för patientflöden ur ett större sjukhusövergripande perspektiv ökar intresset för visualisering och speciellt visualisering av flöden.

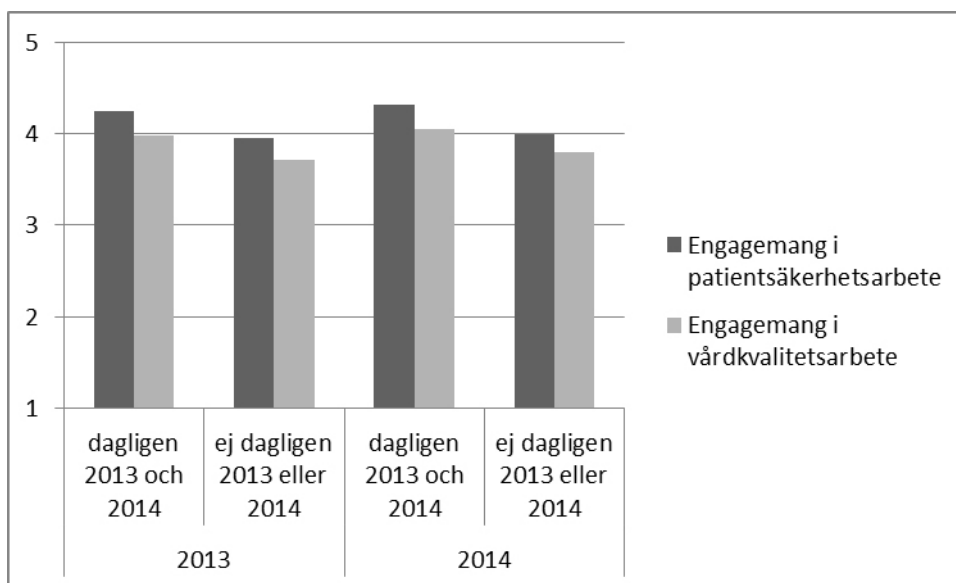
Tvärsnittsanalyser av kvantitativa data från 2013 visade hur daglig användning av visualisering hade samband med bättre upplevt flyt i arbetet, effektivitet, arbetsmiljö och arbetsresurser, jämfört med mindre regelbunden användning av visualisering. Detsamma gällde för tvärsnittsanalyser av data från 2014, därtill även upplevd bättre vårdkvalitet. I jämförelser mellan gruppen medarbetare som dagligen använde visualisering både 2013 och 2014 och gruppen medarbetare som använde visualisering mer sällan eller inte alls under 2013 och 2014 sågs signifikanta skillnader mellan grupperna både under 2013 och 2014 avseende upplevt stöd av visualisering, psykosociala förutsättningar i arbetet och arbetsengagemang (se figurer 7-9).



Figur 7. Signifikant medelvärdesskillnad gällande upplevt stöd av visualisering. Jämförelse mellan medarbetare som använder visualisering dagligen både 2013 och 2014 och medarbetare som använder visualisering mer sällan eller inte alls under 2013 och 2014. Skillnader anses signifikanta när $p < 0.05$. Inga signifikanta skillnader inom grupperna över tid.



Figur 8. Signifikant medelvärdesskillnad gällande psykosociala förutsättningar i arbetet. Jämförelse mellan medarbetare som använder visualisering dagligen både 2013 och 2014 och medarbetare som använder visualisering mer sällan eller inte alls under 2013 och 2014. Skillnader anses signifikanta när $p < 0.05$. Inga signifikanta skillnader inom grupperna över tid.



Figur 9. Signifikant medelvärdesskillnad gällande engagemang i patientsäkerhetsarbete och vårdkvalitetsarbete. Jämförelse mellan medarbetare som använder visualisering dagligen både 2013 och 2014 och medarbetare som använder visualisering mer sällan eller inte alls under 2013 och 2014. Skillnader anses signifikanta när $p < 0.05$. Inga signifikanta skillnader inom grupperna över tid.

De prospektiva analyserna visade även hur medarbetare som hade en fortsatt mindre regelbunden användning av visualiseringsverktyg upplevde en försämring över tid gällande utvecklingsmöjligheter, erkännande i arbetet och mental stress. En ökad användning av visualiseringsverktyg från ej daglig till daglig användning visade sig ha samband med en förbättrad överblick av arbetet, en förbättrad möjlighet att kunna fokusera viktig information och en tendens till en ökning i möjligheten att se potentiella förbättringar i verksamheten. En ökning från ej daglig till daglig användning av visualisering hade också samband med en ökad målstyrning i arbetet och en tendens till ökning i medarbetarnas känsla av inflytande.

Sammanfattade slutsatser

En hög användning av visualisering var vanligast på akutvårdsenheter som präglades av höga patientflöden och där man arbetade med utveckling av vårdprocesser på ett Lean-inspirerat arbetssätt.

En mer regelbunden och daglig användning av visualiseringsverktyg på vårdenheter visade på samband med:

- Bättre arbetsförhållanden såsom inflytande, ledarskapskvalitet och utvecklingsmöjligheter. Kognitiva förutsättningar såsom upplevt bättre stöd i att fokusera viktig information, ha en överblick i arbetet och se möjliga förbättringar i verksamheten var också högre skattade vid daglig användning av visualisering
- Bättre upplevt flyt i arbetet, samarbete i utvecklingsarbete och effektivitet
- En lägre användningsgrad av visualisering visade samband med en nedåtgående trend med försämrade utvecklingsmöjligheter, mindre erkännande i arbetet och högre mental stress

Socialt kapital - betydelse för hållbar verksamhetsutveckling

Strömberg M, Eriksson A, Bergman D & Dellve L. "Social capital among healthcare professionals: a prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements in Swedish hospitals". International Journal of Nursing Studies 2016; 53; 116-125

Kunskap om betydelsen av socialt kapital under pågående verksamhetsutveckling kan komma hälso- och sjukvårdsorganisationer till fördel om socialt kapital betraktas som en resurs. En resurs som om den stärks kan den påverka både hälsa och engagemang hos vårdpersonal vilket idag kan vara extra viktigt i tider av ökade sjuktal. Resultat från våra studier indikerar att en nyckelaspekt för att utveckla hållbara hälso- och sjukvårdsorganisationer är personalens engagemang i kliniskt utvecklingsarbete. I den processen kan socialt kapital vara en avgörande faktor.

Bakgrund

Socialt kapital kan ses som en resurs sprungen ur sociala relationer och kan fungera som en skild resurs eller utgöra ett komplement till andra sorters kapital. Socialt kapital har studerats på flera olika nivåer: individ-, organisations- och samhällsnivå och har därför flera olika definitioner (Adler & Kwon, 2002). Gemensamt för konceptet i tidig forskning är nyckelfaktorer som tillit, erkännande och normer av ömsesidighet (Bourdieu, 1985; Coleman, 1988; Macinko & Starfield, 2001; Putnam, 2000). Det har i tidigare forskning föreslagits att socialt kapital på arbetsplatsen är en viktig faktor att studera (Kawachi, Kenney, & Glass, 1999) och sättet att operationalisera socialt kapital har skilt sig åt. Några har definierat organisatoriskt socialt kapital som "något som karaktäriserar hela arbetsplatsen bestående av tre dimensioner: samarbete, tillit och rättvisa" (Kristensen, Hasle, Pejtersen, & Olesen, 2007) medan andra har lyft fram endast två komponenter som de viktigaste, tillit och ömsesidighet (Suzuki, Takao, Subramanian, Komatsu, Doi & Kawachi, 2010). Vanligen tycks vara att socialt kapital mäts genom vertikal och horisontell tillit, erkännande och ömsesidighet (Bourdieu, 1986; Kouvonen, Kivimäki, Vahtera, Oksanen, Elovainio, Cox & Wilkinson, 2006; Tansley & Newell, 2007) och i våra studier valde vi att operationalisera socialt kapital enligt det senare. Horisontell tillit manifesteras (i bästa fall) interpersonellt mellan människor på arbetsplatsen och vertikal tillit i hierarkisk riktning d v s mellan anställda och chef. Ömsesidighet manifesteras i sociala relationer mellan anställda medan erkännande uppstår både mellan den anställda och dennes chef samt mellan de anställda.

Socialt kapital har i tidigare forskning visat sig vara en viktig bestämningsfaktor för hälsa och välbefinnande (Ahnquist, Wamala, & Lindström, 2012) och har undersökts på både samhälls- (Giordano, Bjork, & Lindstrom, 2012) och organisationsnivå (Oksanen, Kouvonen, Kivimäki, Pentti, Virtanen, Linna, & Vahtera, 2008). Dock har de flesta studier fokuserat på att mäta negativa utfall t ex dålig självskattad hälsa, stress och utbrändhet (Oksanen, Kouvonen, Kivimäki, Pentti, Virtanen, Linna, & Vahtera, 2013). De utfallsmått vi använde oss av var av mer positiv karaktär; arbetstillfredsställelse, arbetsengagemang, engagemang i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och vårdkvalitet. Både arbetstillfredsställelse (Dellve, Skagert, & Vilhelmsson, 2007) och arbetsengagemang (Hakanen & Schaufeli, 2012) är relaterade till hälsa. Att få anställda att engagera sig i verksamhetsutveckling är som tidigare nämnt en avgörande faktor för ett lyckat utvecklingsarbete och det är i den processen vi ser socialt kapital som ett viktigt bränsle.

Syfte

Syftet var att undersöka vikten av socialt kapital för arbetstillfredsställelse, arbetsengagemang och engagemang i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och vårdkvalitet. Vi undersökte också om förändrad nivå av socialt kapital predicerar förändrad nivå av arbetstillfredsställelse, arbetsengagemang och engagemang i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Metod

Delstudien undersöktes i vår kohort (n=477) av hälso- och sjukvårdspersonal utifrån data från medarbetarenkäter 2012 och 2013. Bivariata och multivariata sambandsanalyser mellan socialt kapital och undersökta utfallsmått (samt förändringar i dessa) genomfördes.

Socialt kapital uppmättes i ett index som summerade tillit mellan medarbetare, tillit till ledning, social ömsesidighet och erkännande (Cr alpha 0.73). Frågor om tillit och erkännande kommer från instrumentet Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQII) (Pejtersen, Kristensen, Borg & Bjorner, 2010) och social ömsesidighet från instrumentet Nya arbetslivet (Oxenstierna, Widmark, Finnholm, & Elofsson, 2008). Utfallsmått var index om arbetstillfredsställelse (COPSOQ II), arbetsengagemang (vigör, uppmärksamhet och hängivelse) (SWEBO, The Swedish Scale for Work Engagement and Burnout) (Hultell & Gustavsson, 2010). Utfallsmått var även engagemang i kliniskt utvecklingsarbete i patientsäkerhet (Cr alpha 0.80) och vårdkvalitet (Cr alpha 0.72). Detta index utvecklades inom projektet. Test av face-validity och reliabilitet gjordes genom intervjuer med vårdpersonal om både förståelse av frågorna samt av svarsskalan.

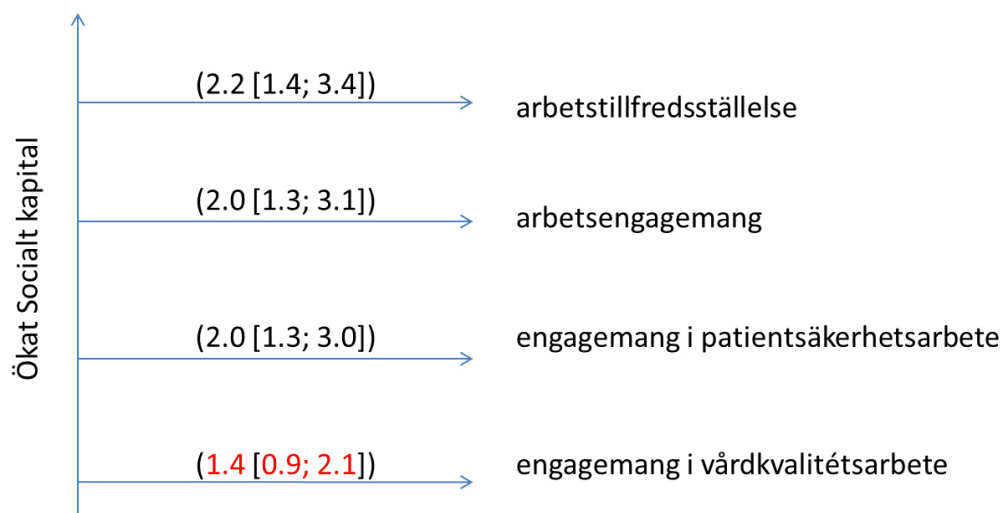
Resultat

Nivåer av socialt kapital varierade bland professionsgrupperna. Social ömsesidighet var den dimension av socialt kapital som hade högst nivå i alla grupper. Den dimension som låg lägst var tillit till ledningen, speciellt hos undersköterskor (26 %) och sjuksköterskor (31 %). Bland läkarna skattade ca hälften (51 %) att de hade hög tillit till ledningen. Överlag var läkare som grupp de som skattade den högsta nivån av socialt kapital (43 %).

Ungefär hälften av alla vårdprofessionsgrupper (läkare, sjuksköterska och undersköterska) hade högt arbetsengagemang och mer än hälften hade hög arbetstillfredsställelse. Ca 60 % var engagerade i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och hälften var engagerade i kliniskt utvecklingsarbete av vårdkvalitet.

Socialt kapital visade sig vara en viktig faktor i verksamhetsutveckling, speciellt som bränsle i denna process. Socialt kapital hade starka samband med arbetsengagemang och engagemang i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och vårdkvalitet samt arbetstillfredsställelse där hög nivå av socialt kapital hade samband med hög nivå av samtliga utfall.

Resultat från prospektiva analyser visade att socialt kapital är relativt stabilt över tid. När socialt kapital ökar har det dock betydelse. Resultatet av den prospektiva analysen visade att en ökning av socialt kapital kan predicera en ökning av arbetsengagemang, engagemang i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och arbetstillfredsställelse. En ökning av engagemang i kliniskt utvecklingsarbete av vårdkvalitet indikerades (se figur 10).



Figur 10. Utfall i relation till ökad nivå av socialt kapital (oddskvoter och konfidensintervall)

Sammanfattade slutsatser

- Dimensioner av socialt kapital var associerade till olika utfall.
- Förekomsten av socialt kapital varierade bland professionsgrupperna.
- Socialt kapital var en predicerande faktor för anställdas arbetstillfredsställelse, arbetsengagemang samt engagemang i kliniskt utvecklingsarbete.
- Anställdas engagemang är avgörande för hållbarheten av verksamhetsutveckling och socialt kapital kan betraktas som en resurs för hållbar verksamhetsutveckling.

Bygga socialt kapital genom ledarskap

Strömberg M, Eriksson A, Ahlstrom L, Bergman D & Dellve L. Leadership and social capital: how quality of leadership influence social capital in hospital context. Manuscript

Bakgrund

Då socialt kapital har betydelse för engagemang i verksamhetsutveckling och för anställdas hälsa (se ovan) är det angeläget att också undersöka vad som påverkar socialt kapital i positiv riktning.

Tidigare forskning indikerar att ledarskap (De Clercq, Bouchenooghe, Raja, & Matsyborska, 2014; Day, 2001) och ledarskapskvalitet (Kristensen, 2010) kan ha betydelse för socialt kapital. Forskningen inom fältet är dock begränsad till omfattning och design vilket gör att det finns ett behov för fler studier av longitudinell karaktär. Några av de tidigare studierna har utgått från antagandet att ledarskapet är beroende av det sociala kapitalet och att associationer dem emellan finns (Li, 2013; Day, 2001; De Clercq, Bouchenooghe, Raja, & Matsyborska, 2014). Däremot är det sparsamt med studier som undersöker ledarskapets betydelse för socialt kapital. En studie gjord i danska grundskolor visade att det fanns starka samband mellan ledarskapskvalitet och socialt kapital (Kristensen, 2010) där man också påstod att ledarskapskvalitet är grundläggande för att utveckla högt socialt kapital. Det förefaller troligt att ledarskapet kan påverka tillit, erkännande och social ömsesidighet på arbetsplatsen. I denna studie definierar vi ledarskap som en process där en individ påverkar en grupp av människor för att uppnå ett gemensamt mål (Northouse, 2012). Denna definition ger möjlighet att särskilja två olika sätt att betrakta ledarskapsinflytande. Ena ansatsen är relationen mellan ledare och följare för att uppnå det gemensamma målet och andra ansatsen fokuserar på uppgiften som ska genomföras. Definitionen länkar också till socialt kapital som är en relationell resurs som främjar samarbete för det gemensamma bästa (Olesen, Thoft, Hasle, & Kristensen, 2008). Socialt kapital manifesterar sig i relationen mellan människor i den relationen manifesteras också ledarskapet. Det är också i relationen mellan anställda och deras chef som kvaliteten på ledarskapet karaktäriseras och som kan betraktas som en relationell faktor (Kristensen, 2010). Forskning har visat att ett relationsorienterat ledarskap är mer framgångsrikt än ett uppgiftsorienterat ledarskap (Cummings, MacGregor, Davey, Wong, Lo, Muise, & Stafford, 2010). Detta visade sig i en systematisk översikt av ledarskapsforskning inom hälso- och sjukvården som fokuserade på samband mellan olika former av ledarskap och utfall t ex anställdas arbetstillfredsställelse, hälsa och välbefinnande, arbetsmiljöfaktorer, produktivitet och effektivitet (Cummings, MacGregor, Davey, Wong, Lo, Muise, & Stafford, 2010). Samma studie visade också att sjuksköterskor som rapporterade ett förbättrat samarbete med läkare var de som också rapporterade ett relationsorienterat ledarskap. Det uppgiftsorienterade ledarskapet hade till och med negativa konsekvenser för arbetstillfredsställelse, välbefinnande, produktivitet och effektivitet.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka betydelsen av ledarskapskvalitet för socialt kapital över tid bland anställda inom hälso- och sjukvården. Vi undersökte också om ökad nivå av ledarskapskvalitet kan förutsäga en ökning av socialt kapital.

Metod

Underlaget för analyserna var data från medarbetarenkäten 2012, 2013 och 2014. Bivariata och multivariata sambandsanalyser mellan ledarskapskvalitet och socialt kapital genomfördes. "Linear mixed models repeated measures" användes för att undersöka hur olika nivåer av ledarskapskvalitet associerade med nivåer av socialt kapital över tid.

Socialt kapital skattades med summerat index (beskrivits ovan), dvs som summan av tillit mellan medarbetare, tillit till ledning, social ömsesidighet och erkännande. Index om ledarskapskvalitet har en inledande fråga (*I vilken utsträckning anser du att din närmaste chef...*) som besvaras med åtta delfrågor: (a) uppskattar personalen och tar hänsyn till individen?; (b) ser till att den enskilda medarbetarna har bra utvecklingsmöjligheter? (c) prioriterar vidareutbildning och personalutveckling högt? (d) prioriterar trivseln på arbetsplatsen högt? (e) är bra på att planera arbetet? (f) är bra på att fördela arbetet? (g) är bra på att lösa konflikter? (h) är bra på att kommunicera med personalen? (COPSOQ II) (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010). Dessa frågor delades in i tre kategorier; relationsorienterad (uppskattar personalen och tar hänsyn till individen; prioriterar trivseln på arbetsplatsen högt; är bra på att lösa konflikter; är bra på att kommunicera med personalen), utvecklingsorienterad- (ser till att den enskilda medarbetaren har bra utvecklingsmöjligheter; prioriterar vidareutbildning och personalutveckling högt) och uppgiftsorienterad (är bra på att fördela arbetet; är bra på att planera arbetet) ledarskapskvalitet (se tabell 7).

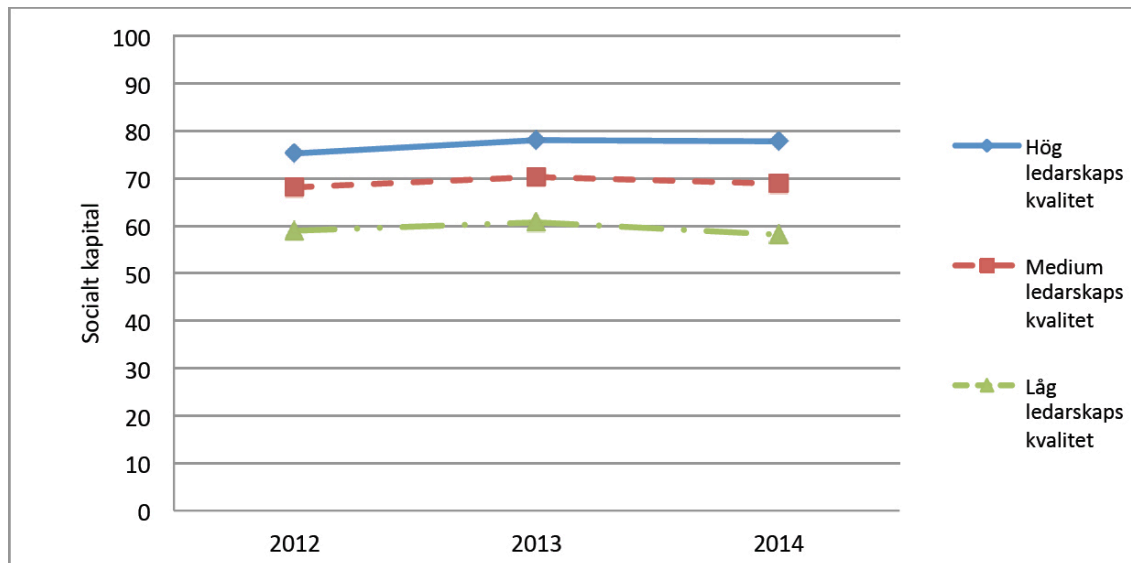
Resultat

Resultatet visade att det fanns starkt samband mellan ledarskapskvalitet och socialt kapital ($R=0.58$). Alla tre ledarskapskvalitéer (relations-, utvecklings- och uppgiftsorienterad) visade på samband med socialt kapital. Vid den multivariata analysen framstod den relationsorienterade kvaliteten ha störst betydelse för socialt kapital ($r^2 = 0.26$, $p<.0001$) i förhållande till de andra (modellen justerades för antal anställda per chef och chefserfarenhet).

Tabell 7 Samband mellan olika typer av ledarskapskvalitéer och socialt kapital

Typ av ledarskapskvalité	Estimate	p-värde	R ²
Relationsorienterad	0.32	<.0001	0.33
Utvecklingsorienterad	0.26	<.0001	0.21
Uppgiftsorienterad	0.27	<.0001	0.23

Analysen av hur olika nivåer av ledarskapskvalitet associerade till nivåer av socialt kapital visade att det var skillnad mellan de olika grupperna vid de olika tillfällena samt att skillnaderna bestod över tid. Gruppen med högst nivå av ledarskapskvalitet visade en signifikant ökning av socialt kapital över tid medan de andra grupperna låg kvar på samma nivå av socialt kapital (figur 11).



Figur 11. Utveckling av socialt kapital över tid i relation till nivå av ledarskapskvalitet

Sammanfattade slutsatser

- Ledarskapskvalitet har betydelse för socialt kapital.
- Nivå av ledarskapskvalitet har starkt samband med nivå av socialt kapital.
- Den relationsorienterade dimensionen av ledarskapskvalitet hade starkast samband med socialt kapital.

Bygga arbetsengagemang hos professioner

Dellve L, Strömberg M, Williamsson A, Holden R & Eriksson A. Health care professionals' engagement in organizational redesign of care processes: the importance of work and organizational conditions. Submitted.

Bakgrund

Studier från den första Lean-vågen i svensk sjukvård under 90-talet visade ökade sjuk-skrivningar och försämrade psykosociala arbetsförhållanden. Därtill finns ett flertal studier som beskriver svårigheter att utveckla vårdorganisationer på grund av misstro och organisationspolitiska spel mellan vårdens starka professionsgrupper och administrativ ledning (Degeling, Maxwell, Kennedy & Coyle, 2003; Choi, 2010; Dellve & Wikström, 2009). Särskilt har det funnits svårigheter att engagera grupper av läkare om inte organisationsutvecklingen också bidrar till professionell utveckling (Lindgren, Baathe & Dellve, 2013). I vården finns därmed komplexa relationer mellan arbetsförhållande och engagemang i verksamhetsutveckling.

Engagemang kan förstås på olika sätt. Mest vanligt är arbetsengagemang som *kognitiv status*. När man upplever arbetsengagemang känner man kraft och energi, entusiasm och stolthet, flow och absorption (dvs ett intensivt välbefinnande som upplevs som tidlöshet när man arbetar fokuserat mot ett mål). Att ha engagemang i arbetet är därför en form av välbefinnande. Att vara engagerad i arbetet är ett sätt att "vara med", låta sig involveras och skapa mål och mening såväl i livet som i arbetet (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Taris, 2014). Tidigare studier, enligt Jobb-Krav-Resursmodellen samt Work-Engagementmodellen (Schaufeli, Bakker, & Van Rhenen, 2009; Schaufeli & Taris, 2014; Bakker, Schaufeli, Leiter & Taris, 2008), har visat att arbetsengagemanget kan stärkas genom *arbetsförhållanden*, dvs genom en lagom nivå av utmanande krav och att det finns resurser i arbetet. Utmanande krav kan vara positivt för arbetsengagemang, det kan till exempel vara att det är en angelägen brådska och stimulerande utmaning. Resurser kan vara ett bra ledarskap, måltydlighet, att få återkoppling och feedback på sitt arbete, att det finns tillit och förtroende, att ha inflytande och kunna utvecklas. En annan form av engagemang är *attityden till att engagera sig*. Bland läkare har detta beskrivits som ett kalkylerande mellan positiva och negativa aspekter. Av störst betydelse hade det dock om engagemanget i organisatorisk verksamhetsutveckling bidrog till deras professionella utveckling (Lindgren, Baathe & Dellve, 2013). Ytterligare en form av engagemang är det rent konkreta, praktiskt *kliniska engagemanget* i verksamhetsutveckling som rör vård- och patientnära frågor. Hur krav och resurser i arbetsförhållanden påverkar engagemang av olika slag och hur dessa relationer ser ut under pågående implementering av Lean är inte tidigare studerat. Dessa undersöktes i en utvecklad variant av Jobb-Krav-Resursmodellen (figur 12).

Syfte

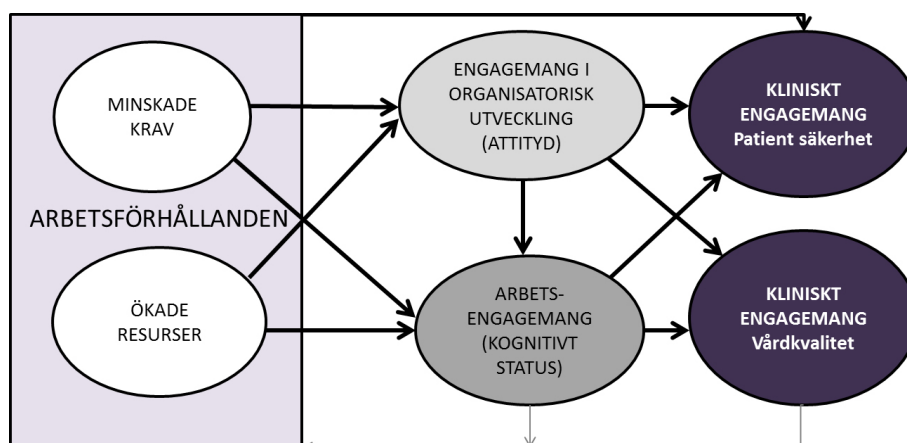
Undersöka förekomst av engagemang (attityd till, kognitiv status och kliniskt engagemang) bland olika vårdprofessioner och hur dessa är relaterade till arbetsförhållanden under pågående utvecklingsarbete av vårdprocesser.

Metod

Samtliga fem sjukhus inkluderades och data från medarbetarenkäter 2012 och 2013 användes. Beskrivande, jämförande och multivariata analyser genomfördes, stratifierat per professionsgrupp.

Resultat

Resultat från studien gav stöd till den föreslagna modellen (figur 12). Samband fanns mellan arbetsengagemang (både som kognitivt status och attityd till att engagera sig) och att i praktiken engagera sig i kliniskt utvecklingsarbete av patientsäkerhet och vårdkvalitet. Stärkta psykosociala arbetsförhållanden (ökade resurser i form av stärkt ledarskapskvalitet, erkänsla, respekt, inflytande, förutsägbarhet och minskat arbetstempo samt kvantitativa krav) bidrog till ökat engagemang (attityd, kognitivt status och kliniskt engagemang). Stärkta arbetsförhållanden hade särskilt stor betydelse för högt och ökat engagemang under implementering av Lean. Läkare visade i medeltal mer negativ attityd till organisatorisk verksamhetsutveckling, särskilt avseende tidskonflikter och meningsfullhet att engagera sig. Sjuksköterskor och undersköterskor uppfattade verksamhetsutveckling som mer positivt och meningsfullt. Undersköterskor skattade i medeltal högre grad av kliniskt engagemang. Både sjuksköterskor och läkare ökade kliniskt engagemang i vårdkvalitet respektive patientsäkerhet när kvantitativa krav i arbetet ökade.



Figur 12. Modell över hur resurser och krav i arbetet påverkar attityd till att engagera sig, kognitiv upplevelse av engagemang och kliniskt engagemang i vårdutvecklingsfrågor. Vidareutveckling av Jobb-Krav-Resursmodellen (Bakker och Demerouti, 2008).

Sammanfattade slutsatser

Studien bidrar till kunskapen om när och hur engagemang mobiliseras bland kliniskt verksamma vårdprofessionella.

- Resultaten stödjer den föreslagna utvecklingen av modellen av Jobb-Krav-Resurser för engagemang.
- Under pågående strategisk implementering behövs stärkta psykosociala resurser i arbetet för att bibehålla och stärka engagemang.
- Engagemanget för patientsäkerhet och vårdkvalitet ökade när kraven i arbetet ökade, för läkare och sjuksköterskor. Detta kan tolkas vara relaterat till professionella etiska riktlinjer.

Operativa chefers implementeringsstrategier

Andreasson J, Eriksson A & Dellve L "Health care managers' views on and approaches to implementing models for care processes". *Journal of Nursing Management*. 2015, Apr 8. doi: 10.1111

Bakgrund

Både chefskap och kontext är betydelsefullt vid implementering av managementmodeller (t ex Lean). Chefernas syn på förbättringsarbete kan också påverka de anställdas hälsa, arbetstillfredsställelse, ansvarskänsla och arbetsengagemang (Dellve, Skagert, & Vilhelmsson, 2007). Dagens svenska sjukvårdsorganisation har en form med skarpa organisatoriska gränser mellan olika kliniker, enheter och avdelningar (Mintzberg, 2009; Arman, Wikström, Tengelin & Dellve, 2013), där mycket av arbetet sker inom klinik och avdelningsgränser (i stuprör) istället för mellan och över klinik och avdelningsgränser (i processer). Att vara chef i en sådan organisation har beskrivits i termer av, begränsat utrymme för egna beslut, stora utmaningar att engagera de vårdprofessionella i utvecklingsarbete, ett hårt klimat (Andersson & Liff 2012, Lindgren, Bååthe, & Dellve 2013), hög komplexitet, kännas isolerat och innehålla olika intressekonflikter (Arman, Wikström, & Dellve, 2013). Där finns också fler hinder för chefen att bedriva verksamhetsutveckling såsom, logikkonflikter, med knappt om tid för strategiskt arbete (Wikström & Dellve, 2009), legitimitets-, värdekonflikter och problem med gruppdynamiker (Skagert, Dellve, Eklöf, Pousette, & Ahlborg, 2008), bristfällig kunskap om organisationsutveckling, ansvarskänsla och förmåga till samarbete (Andersson & Liff, 2012), samt stora kontrollspann (Wallin, Pousette, & Dellve, 2013).

Syfte

Att få en ökad kunskap om första och andra linjens chefers, förhållningssätt och strategier vid implementering av modeller för att förbättra vårdprocesser.

Metod

Grounded theory (Charmaz, 2006) valdes då metodiken lämpar sig för att upptäcka centrala mönster, relevanta för forskningsfrågan. Syftet med metoden är att generera empiriskt grundade teorier och är särskilt lämplig då forskningsområdet är relativt outforskat såsom, implementering av modeller för att förbättra vårdprocesser. Totalt genomfördes och analyserades 30 intervjuer, med första och andra linjens chefer.

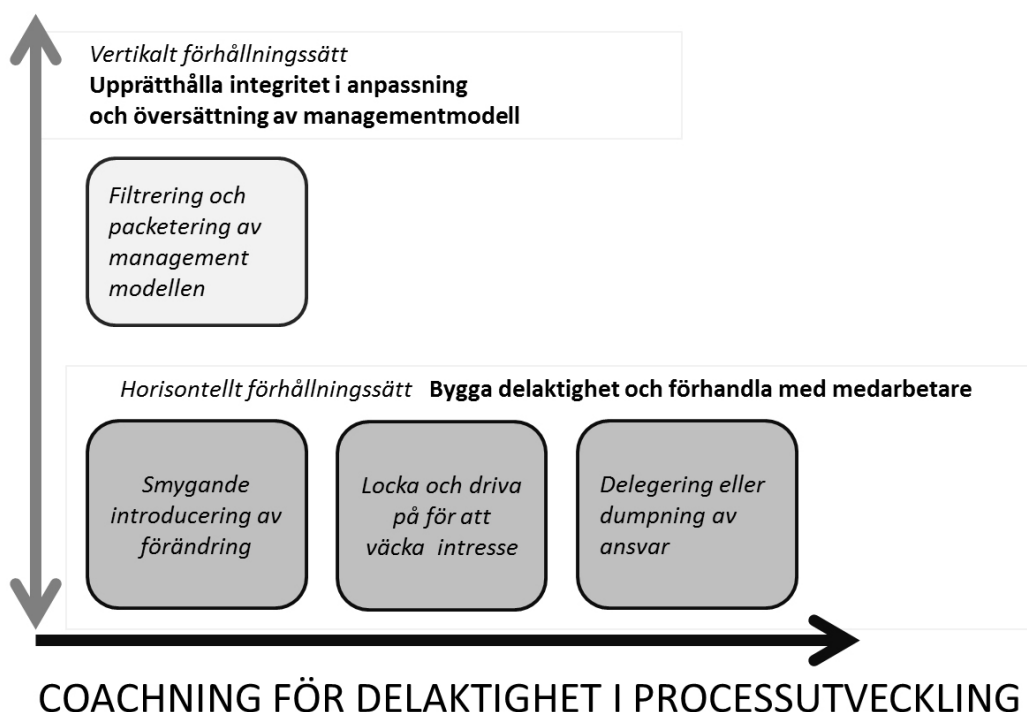
Resultat

Både första och andra linjens operativa chefer har en nyckelroll genom att vara den som skall leda implementeringsarbetet, inspirera och motivera sin personal till förändring och att få personalgruppen att bidra med nya idéer till förändring.

Sjukhusledningarna står för visioner, idéer och beslut om att implementera ett procesorienterat arbetssätt. Hur detta arbete sedan implementeras i organisationen överläts helt till verksamheternas chefer. Avgörande för dessa chefers framgång i implementeringsarbetet är deras förmåga att få sina medarbetare intresserade av att arbeta med verksamhetsutveckling. Cheferna anser att sin viktigaste uppgift är att stödja sina anställda i utvecklingsarbetet och deras strategi för detta är att använda sig av en "coachande" ledarskapsstil, där de försöker locka fram personalgruppens delaktighet i verksamhetsut-

vecklingen. Strategin beskrivs utifrån chefens olika roller, dels gentemot sin egen chef och "vertikalt" i organisationen och dels gentemot sina medarbetare "horisontellt" i organisationen. Beroende på var i implementeringsprocessen man befinner sig och vilka personer som är involverade antar chefen olika förhållningssätt.

I det vertikala förhållningssättet försöker chefen bibehålla enhetens självständighet i vad som skall implementeras och till vilken grad (figur 13). Cheferna beskrev en utbredd misstänksamhet i personalgruppen mot en del idéer som kom från sjukhusledningen och omvärlden och såg det därför nödvändigt att sälla bland idéer och influenser för att skydda sin enhet mot möjlig skadlig inverkan. Chefens uppgift är också att anpassa och översätta nya idéer och förslag om processorientering, till att passa enhetens personalgrupp och kultur och därmed få ett bättre mottagande vid enheten.



Figur 13. Modellen beskriver chefers förhållningssätt vid implementering av utvecklingsmodell som ska förbättra vårdprocesser. Den vertikala riktningen beskriver bibehållandet av enhetens integritet och den horisontella arbetet med att engagera medarbetarna

I det horisontella förhållningssättet försöker chefen genom att förhandla och bygga delaktighet med personalgruppen, finna en lämplig takt och grad av vad som är möjligt att implementera på den enskilda enheten. Cheferna tar hjälp av olika understrategier, såsom att tona ned omfattning i vad som skall implementeras för att inte röra upp några känslor i personalgruppen. De försöker också på olika sätt att väcka intresse i personalgruppen för utvecklingsfrågor, med förhoppningen att personalgruppen själva skall ta över delar av ansvaret för verksamhetsutveckling och implementering.

Ett framgångsrikt coachande ledarskap var beroende av förtroende mellan chef och medarbetare och att kraften till att åstadkomma organisationsförändringar berodde på hur engagerade medarbetarna var. Cheferna beskrev själva sin roll under processutveck-

ling som att hålla takten, ta små utvecklingssteg varje dag, så ett frö och vänta på att medarbetarna kommer på lösningen, få medarbetarna nyfikna och visa goda exempel.

Sammanfattade slutsatser

- Det finns en tydlig vilja till utveckling av sjukvården bland cheferna.
- För att få med sig sina medarbetare använde de sig av en coachande ledarstil, där en central del handlade om förtroende dem emellan. Detta var mycket viktigt för att lyckas med implementeringen. På grund av chefernas höga arbetsbelastning måste de arbeta på ett sätt så personalgruppen tar ett större ansvar för verksamhetsutvecklingen och chefen kan delegera arbetsuppgifter till sin personal.
- Cheferna beskriver en tuff vardaglig arbetssituation med hård tidspress, ständig jakt på effektivisering, misstänksamhet från personalgrupper mot nya idéer och svårigheter att arbeta tillsammans med andra enheter och lösa problem över organisatoriska gränser.
- Cheferna har en tuff utmaning att balansera krav och förväntningar mellan sin personalgrupp och sjukhusledningen. Om cheferna driver krav och förväntningar från sjukhusledningen för hårt finns det risk att de tappar förtroendet hos sin personalgrupp, vilket missgynnar implementeringsarbetet. Om de å andra sidan väljer att bortse från en del krav och förväntningar från sjukhusledningen är konsekvenserna mer oklara, men det uppfattas som mer riskfritt att gå emot sjukhusledningen än att gå emot personalgruppen.

Implementering av modeller för processarbete kräver ett coachande ledarskap, byggt på förtroende mellan chef och medarbetare, en anpassning av förändringstakt vid varje enhet, chefer och medarbetare som är vana att dela ansvar och arbeta i team och organisatoriska strukturer som stöttar processinriktat arbetssätt.

Chefsstrategier och visualisering på strategisk nivå

Dellve & Wikström (2016) "Att räkna eller räknas" Öppen och värdebaserad styrning - chefspraktiker i kommunikation av värden på strategiska och operativa nivåer. I: Ledarskap och Organisatorisk Komplexitet. Cregård, Tengblad, Berntsson (red).

Bakgrund

Strategisk ledning och styrning av hälso- och sjukvård har under senaste decenniet påverkats av olika trender och modeller för styrning. En tydlig trend är New Public Management (NPM) vilken i offentlig vårdverksamhet inte visade de effekter som önskades. Kritiken mot NPM i vården har varit hård av flera olika anledningar – och har mötts av motreaktioner från chefer och professionsgrupper. Medarbetare har haft starkt missnöje över minskat inflytande vilket inneburit att man till exempel valt att inte delta eller engagera sig i organisatoriska utvecklingsarbeten och istället framhåvt NPMs konsekvenser för arbetsmiljö och patientsäkerhet. En trend, som utvecklats bland annat från missnöjet med NPM, är *värdebaserad styrning*. Värdebaserad styrning sker idag på olika sätt och har olika fokus utifrån vilka perspektiv på vilka värden som betonas. Den analys som görs av värden och hur dessa kommuniceras kan därmed ha helt olika grundvalar, liksom de kommunikationsmönster som utvecklas för att öka inflytande. En annan styrningstrend idag är *öppen styrning och ledning*. Här fokuseras transparens, insyns- och påverkansmöjligheter av offentlig verksamhet; och är i linje med nationella och EU policys, s.k. open governance, open data mm. En sådan kvantifiering av värden försöker skapa förtroende för verksamheten genom rapportering av nyckeltal. När det är viktigare att visa upp nyckeltal än att arbeta efter dem i praktiken, kanske ledningsarbetet styrs av "representations- och skyltfönsterlogik" (Alvesson, 2013). Med en sådan logik styr och kommuniceras verksamheten utifrån normer om hur "det bör se ut" för att stödja och skydda organisationens anseende. Det är dock inte säkert att strukturer för att upprätthålla "representation" har betydelse för det man gör i praktiken. Å andra sidan kan öppen och visualiserad strategisk styrning underlätta gemensam förståelse för mål, processer, utvecklingspotential och arbete mot måluppfyllelse.

Syfte

Syftet är att undersöka om och hur strategisk styrning (värdebaserad och öppen styrning) påverkar organiseringen på operativ nivå, chefsarbetet samt chefers arbetssituation och möjligheter att utföra sitt uppdrag.

Metod

I studien användes en kombination av kvalitativ och kvantitativ ansats för att studera chefsarbetet med fokus på värdebaserad och öppen styrning samt dess förutsättningar och konsekvenser för chefers arbetssituation. I studien analyserades chefers arbetssätt, utifrån studiens syfte, på (a) strategiska och operativa nivåer, (b) i ledningsgrupper, och (c) mellan landsting.

Data från fyra sjukhus, i tre landsting, följdes under tre år (ett sjukhus exkluderades på grund av för få svarande chefer 2014). Intervjuer och enkäter till chefer på operativa och strategiska nivåer har utgjort det empiriska underlaget. Grounded theory ansats (Charmaz, 2006) har tillämpats med kvalitativ analys av intervjuer, och kompletterande

deskriptiv analys av enkätdata. Från chefsenkäten (2014) analyserades frågor om arbetssätt och värdebaserad styrning samt index från instrumentet Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI, Eklöf, Pousette, Delle, Skagert, & Ahlborg, 2010).

Resultat

De centrala problematikerna i chefsarbetet i komplexa organisationer rör svårigheter att sammanlänka lednings, styrnings- och planeringsarbete mellan operativa och strategiska nivåer. Hur chefer arbetar med att skapa och upprätthålla kommunikationsflöden, bred delaktighet och känsla av angelägenhet bland medarbetare och professionsgrupper har betydelse för hur organisatoriska glapp mellan nivåerna kan överbryggas. Resultatet beskriver hur olika handlingsstrategier i chefsarbetet på olika nivåer kan påverka överbryggningen samt även chefsarbetet och medarbetares engagemang.

Rapporteringen av nyckeltal i verksamhetsutvecklingen användes på strategisk nivå för att skapa större tydlighet om mål och prioriteringar i syfte att förbättra samarbeten kring kvalitet och effektivitet. Det fanns olika mönster av övergripande styrningsstrategier. En tydlig skillnad var hur *kontroll vs vision och tillit* fick genomsyra styrningen. Detta avgjorde hur man prioriterade nyckeltal och hur man visualiserade styrningen. Följande förhållningssätt på den strategiska ledningsnivån kunde vi observera i deras övergripande styrningsstrategier, att hantera, kommunicera och visualisera kvantifierande nyckeltal inom organisationen. Exempel på hur dessa överfördes till operativt chefsarbete ges (indragen text och i figurer):

Kategori 1- Aktiv tydlig styrning av valda processer och mål med utvalda nyckeltal.

Den strategiska ledningen ville skapa tydlighet i verksamheten för att få en genomgripande verksamhetsutveckling – där alla strävade mot samma mål och de utvalda nyckeltalen. Man hade en övergripande och tydligt kommunicerad visualisering av gemensamma mål, steg i processen och nyckeltal.

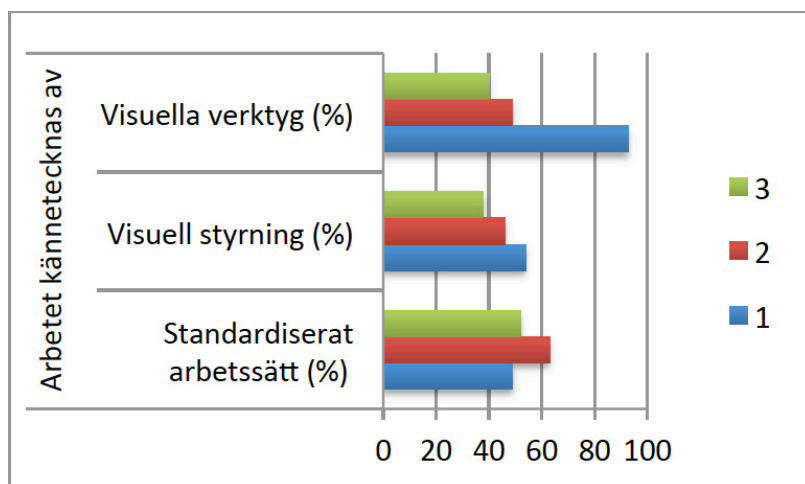
Operativa chefer, i dessa sjukhusorganisationer arbetade i högre grad med visuell styrning och visuella verktyg (se kategori 1 figur 14); i genomsnitt en till ett par gånger i veckan. Nyckeltal på flöden och kvalitet användes mest (figur 15). Cheferna upplevde jämförelsevis inte lika betungande ansvar för verksamhetsutveckling, ekonomi och arbetsmiljö och var mer nöjda över sina möjligheter att uppfylla sitt chefsuppdrag avseende ständigt förbättringsarbete och utveckling av vårdprocesser (figur 16).

Kategori 2- Avsiktligt försiktig men tydlig styrning av ett fåtal utvalda processer som utvecklades på standardiserat sätt. Man ville skapa förtroende bland professionella genom att inte styra verksamheterna utan istället stödja utvalda processer (med nyckeltal kopplade till dessa) och genom att lyfta fram exempel på "Best practice". Det standardiserade arbetssättet visualiserades på intranätet

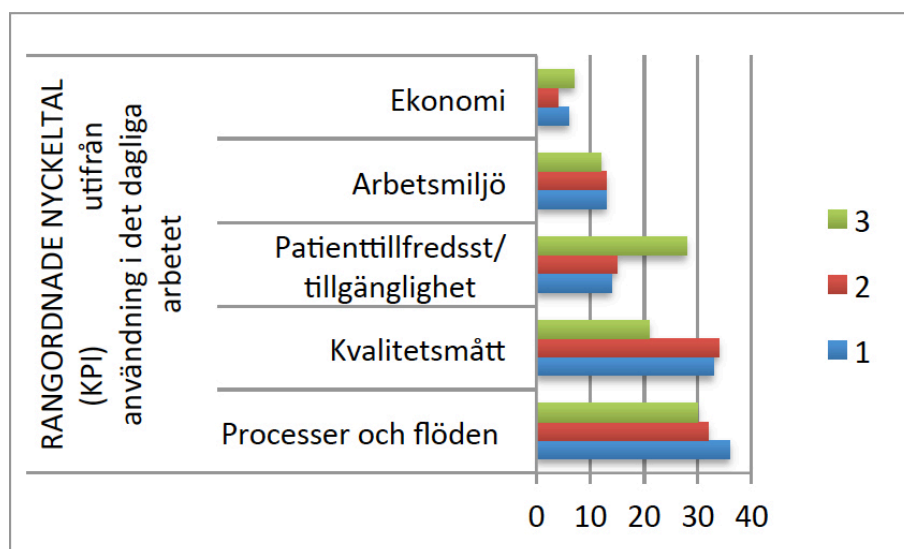
Operativa chefer, i dessa sjukhusorganisationer arbetade också mest med standardiserade arbetssätt (se kategori 2 i figur 14). Det standardiserade arbetssättet svarade både mot den strategiska styrningen av vårdprocesser och professionsgruppernas utveckling av kvalitet. De uppföljningsmått som användes mest rörde kvalitet samt processer och flöden (se figur 15). Dessa chefer upplevde högst grad av betungande rollkrav i chefsarbetet och lägst tillfredsställelse över möjligheter att arbeta med långsiktig planering och utveckling av verksamheten och av vårdprocesser. En mer försiktig strategisk styrning kan därmed innebära mer betungande ansvar för operativa chefer.

Kategori 3- Aktiv tydlig visionär styrning som förespråkar utveckling av standardiserat arbetssätt men låter operativa nivåer välja processer och nyckeltal att utveckla och rapportera efter deras kompetens, möjligheter och intresse. Syftet var att skapa entusiasm bland operativa chefer och medarbetare. Man lät de operativa enheterna välja ut nyckeltal att arbeta efter, kommunicera till ledningen och visualisera lokalt.

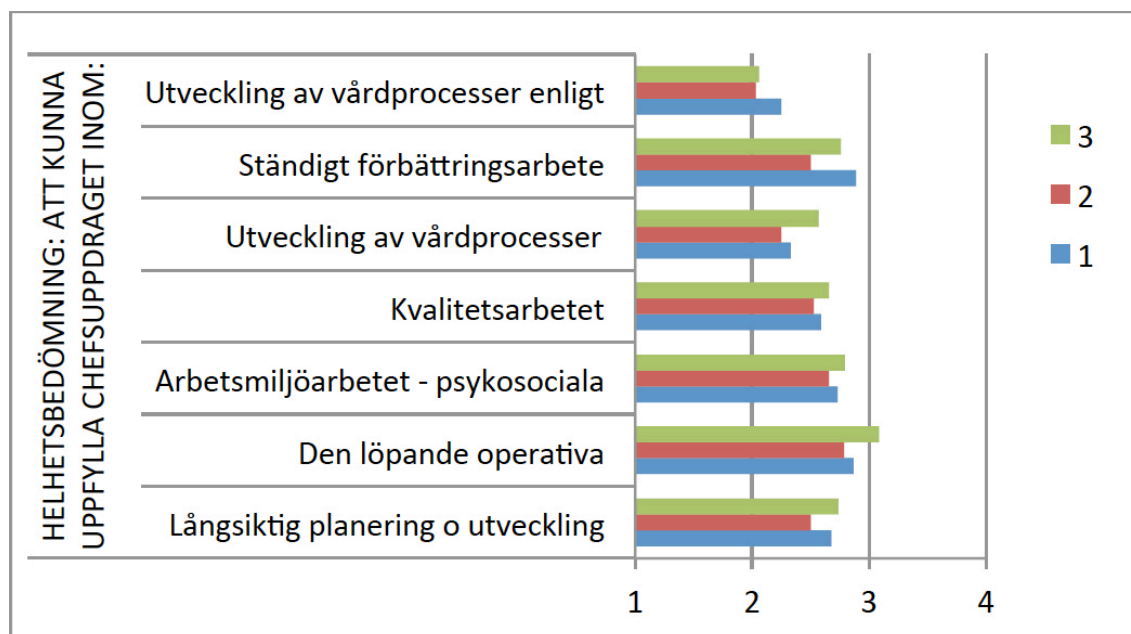
Operativa chefer, i dessa sjukhusorganisationer arbetade minst med standardiserade arbetssätt och visuell styrning (se kategori 3 i figur 14). Patientära nyckeltal som mått på patienttillfredsställelse och tillgänglighet användes mest (se figur 15). Operativa chefer upplevde i högst grad betungande rollkrav för verksamhetsutveckling. Det kan innebära att den mer visionära styrningen inte gav tillräckligt stöd för chefer i hur de skulle arbeta rent konkret med dessa frågor. Cheferna angav dock att de hade goda möjligheter att uppfylla sitt chefsarbete, rent generellt, avseende den långsiktiga planeringen och utvecklingen av verksamheten, den löpande verksamheten och det ständiga förbättringsarbetet (se figur 16).



Figur 14 Operativa chefers styrningspraktiker på enhetsnivå (medelvärde per kategorier av sjukhusövergripande styrningspraktik).



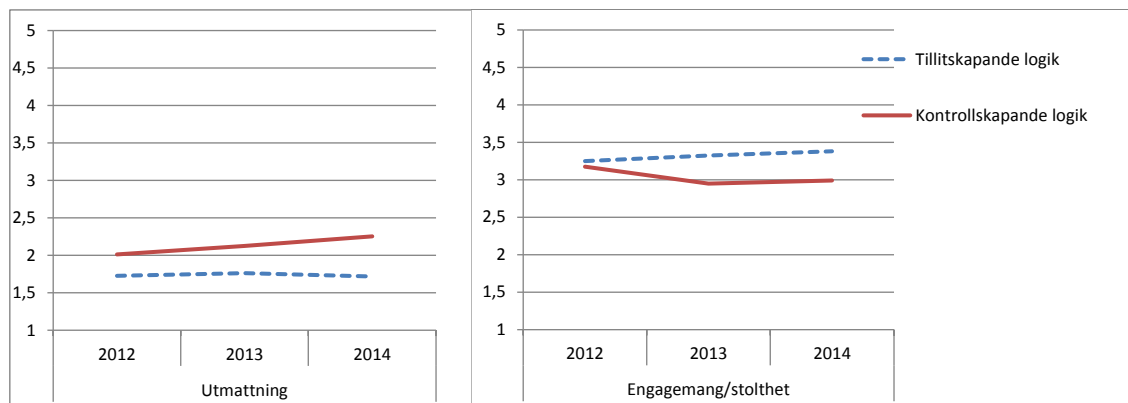
Figur 15 Nyckeltal som operativa chefer rangordnat på 1:a – 3:e plats utifrån nytta och användning i det dagliga arbetet (andel (%) per kategorier av sjukhusövergripande styrningspraktik).



Figur 16 Operativa chefers helhetsbedömning av möjligheter att uppfylla sitt chefsuppgift inom olika områden (medelvärde per kategorier av sjukhusövergripande styrningspraktik).

De övergripande strategierna legitimerades särskilt utifrån ambitioner att påverka medarbetarens engagemang i verksamhetsutveckling. Ett arbetssätt att överbrygga problematiker rörande gap mellan operativa och strategiska nivåer och främja verksamhetsutvecklingen var användning av nyckeltal. Det tycktes dock att mer lösryckt och okritisk användning av nyckeltal ledde mer till ökad administration och förändringströtthet bland medarbetare än det främjade utvecklingen. I verksamheter där den övergripande styrningen uppfattades som mer kontrollerande skapades mer frustration och utmattning, samt lägre grad av värdighet över att tillhöra organisationen, bland medarbetare. I organisa-

tioner där den strategiska styrningen däremot var mer visionsdriven och tillitskapande var utmattningen lägre och stoltheten eller värdigheten att arbeta i organisationen var högre bland medarbetarna (figur 17).



Figur 17 Grad av utmattning respektive engagemang bland medarbetare i sjukhusorganisationer som kan karakteriseras av kontroll eller tillitskapande logik i implementering.

Sammanfattade slutsatser

Studien visade att ledningsgruppers (strategiska) styrningspraktiker påverkar chefsarbetet på operativa nivåer: de mer eller mindre rikttnings- eller visionsskapande strategierna påverkar operativa chefers arbete och ledning, arbetssituation och helhetsbedömning av att på ett säkert och tillförlitligt sätt kunna uppfylla chefsuppdraget.

- Chefer har en nyckelroll att översätta mellan nivåerna, både uppåt och nedåt. De "paketerade" för att kunna visa upp verksamheten, överbrygga och skapa legitimitet. Detta belyser ömsesidiga beroenden och relationen mellan valda praktiker, institutioner och chefernas handlingar samt har även betydelse för medarbetares engagemang.
- Både överbryggande och kompensatoriska kommunikationsmönster och samspel mellan ledning, chefer och professionella kunde spåras. Med mer kompensatoriska samspel behålls status quo eller en mycket långsam utvecklingstakt.
- Patient- och brukarperspektivet är i fokus men det fanns brister i uppföljning då det saknades nyckeltal som avspeglade verkliga patientperspektiv – och inte enbart kvalitetsmått. Mått som avspeglar patientvärden var få och användes inte i lika stor utsträckning.

Verksamhetstjänande ledarskap

Dellve (2015) Crafting servant management practices, despite governance control, to support professionals work engagement during developments of health care. Paper at Leadership and Philosophy, Oxford 2015.

Bakgrund

Det finns utmaningar i att sammanlänka lednings, styrnings- och planeringsarbete mellan operativa och strategiska nivåer. Chefers arbetssätt att skapa och upprätthålla kommunikationsflöden, bred delaktighet och känsla av angelägenhet bland medarbetare och professionsgrupper har stor betydelse för att överbrygga organisatoriska nivåer. Flera studier om framgångsrik verksamhetsutveckling i vården betonar vikten av det hybrida chefskapet, just för att överbrygga mellan olika nivåer och dimensioner (Llewellyn, 2001). Med hybriditet menas ett chefskap som på ett förtroendefullt sätt kan hantera både professionsdynamiker och verksamhetsrelaterade frågor och samtidigt kan hantera den mer strategiska styrningen och ledningen (Llewellyn, 2001; Choi, 2010). Det hybrida chefsarbetet på första och andra linjens nivå kräver att chefen har en närhet till och ett engagemang för verksamheten (Döös & Nyberg, 2009). Flera studier har dock belyst slitningar och en fragmenterad arbetssituation för chefer själva som har ett hybridt ledarskap (Wikström & Dellve, 2009).

Syfte

Syftet var att identifiera ledarskapskvaliteter som har betydelse för att överbrygga centrala utmaningar (glapp i styrning och intressekonflikter) och driva vidare hållbar verksamhetsutveckling under tre år.

Metod

Grounded theory ansats (Charmaz, 2006) tillämpades med framförallt kvalitativ analys av intervjuer som empiriskt underlag.

Resultat

Det operativa ledarskapet hade stor betydelse för utveckling av nya arbetssätt i praktiken, framförallt vad det gäller att överbrygga glapp i perspektiv, intressen och organisationsnivåer. Ett sådant ledarskap kan beskrivas som ett *verksamhetstjänande* ledarskap. Det innebär att arbetet drivet och med bred medvetenhet om de olika aspekter och perspektiv som påverkar framsteg i utvecklingsarbetet. Det var ofta ett stegvist arbete med fokus på verksamhetskontext och medarbetare (socialt kapital, individuella medarbetares behov, medvetenhet om hur medarbetare kan påverkas av mer intensiva utvecklingsarbeten som initierats från strategiska ledningsnivåer). Verksamhetstjänande ledare, som är trygga i sin roll och med sin legitimitet bland vårdens professionella, försökte överbrygga dessa utmaningar genom att fokusera meningsfulla arbetssätt och utveckla dessa så de passar verksamheten.

Olika grad av integrering av olika värden beskrevs:

1. Tjänande av formaliserade värden relaterade till ansvarighet i chefsuppdraget (effekti-

vitet och kostnadsminskning och samtidigt öka kvalitet)

2. Tjänande omsorg om professionella värden (professionsutveckling) och medarbetare (hållbara arbetsförhållanden)
3. Tjänande av patientperspektivet, personcentrerad vård och god vårdkvalitet
4. Tjänande av integrerade värden med integritet (patient, profession, medarbetare, formaliserade chefsuppdrag) samt vårdkvalitet, arbetsförhållanden och effektivitet

Sammanfattade slutsatser

Ett verksamhetstjänande ledarskap:

- Fokuserade "det gemensammas bästa" runt kärnverksamhetens huvuduppgift.
- Anpassade utvecklingsmodellen till verksamhetens behov och förutsättningar, bland både patienter och personal.
- Var överbryggande av intresse- och perspektivkonflikter som annars hindrade utvecklingsarbeten.
- Var, när det var uthålligt, relaterat till engagemang och goda resultat.

Chefers förutsättningar och stödresurser

Andreasson, Ahlstrom, Eriksson & Dellve . (2016). The importance of nurse managers' organizational preconditions and support resources for their experience and outcomes of planned change. Manuscript

Chefer och ledarskap kan ha en avgörande betydelse för anställdas hälsa, välbefinnande, stress, engagemang i arbetet och prestation. Det finns idag flera publicerade studier som har identifierat hur ledarskap har betydelse för olika önskvärda utfall i verksamheten, medarbetares hälsa och arbetsinsats. Förutsättningarna för vårdens chefer att leda och driva verksamhetsutveckling innehåller dock komplexa villkor med motstridiga krav, legitimitetskonflikter, beroenden, regleringar, resursbrister samt hantering av starka professionsgruppers integritet och etik. Det finns dock inte många studier om vilka stödresurser som har avgörande betydelse för att chefer ska kunna vara goda ledare och ha ett hållbart arbetsliv.

Vi har sett hur den strategiska ledningen står för vision och idéer till verksamhetsutveckling, men att det är första och andra linjens chefer som skall stå för genomförandet. Trots senare års studier, vet vi fortfarande inte tillräckligt om vilka organisatoriska resurser och vilket stöd som hjälper cheferna i deras arbete med implementeringen och hur olika typer av organisatoriska resurser och stöd kan påverka effektivitet och patientsäkerhet vid implementering av vårdprocesser.

Tidigare studier har visat att ett gott organisatoriskt stöd är positivt kopplat till ökad patientkvalitet (Laschinger, Purdy, & Almost; Laschinger, 2012, Wong, Grau, Read, & Stam, 2012). Med stödresurser avser vi sådana resurser som finns tillgängliga i chefernas närhet, såsom stöd från andra chefer kollegor och medarbetare. Vad gäller organisatoriska resurser så visar tidigare forskning samband mellan chefers arbete och chefsposition (Skagert, Dellve, & Ahlborg, 2012) och chefserfarenhet (Dellve, Jutengren, & Ahlborg, 2014). Vi tror också att chefers tillgång till organisatoriska förutsättningar och stödresurser är kopplat till deras inställning till att arbeta med utvecklingsarbete och planerad organisationsförändring och att detta i sin tur avspeglar sig på effekten av den planerade förändringen.

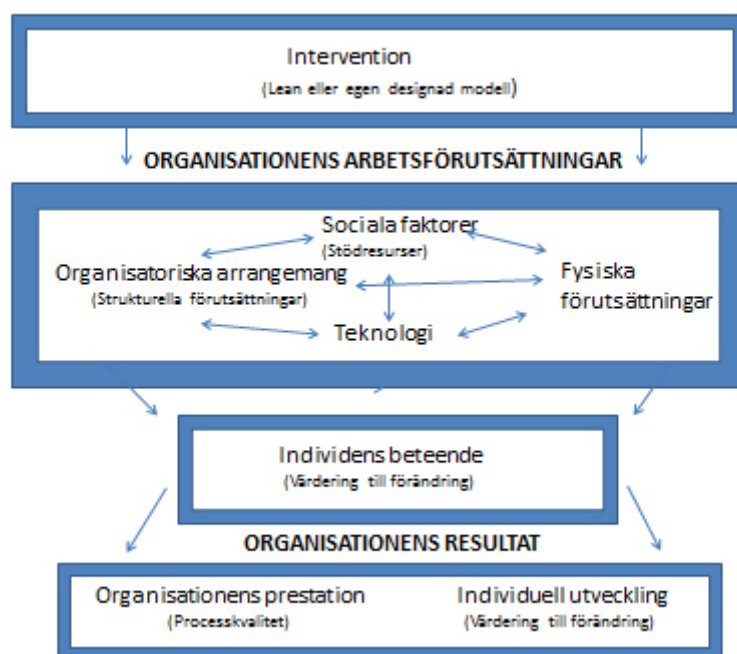
Som teoretisk referensram har vi valt Robertsons, Roberts, & Porras (1993) modell för planerad organisationsförändring (se figur 18). Modellen bygger på antagandet att organisationen är en betydelsefull kontext i vilken individer agerar. Förändringar i organisationens kontext av arbetsförutsättningar och arbetsmiljö leder till att medarbetare och chefer förändrar sitt arbetssätt. Modellen innehåller följande dimensioner (A-D):

(A) "Interventionsaktiviteten", dvs aktiviteten som skall implementeras och syftar till att förändra arbetssätt, I vår studie är det Lean som studeras vid tre sjukhus och egenutvecklad modell för processutveckling vid två sjukhus. Båda modellerna används primärt för att utveckla vårdprocesser.

(B) "Organisatoriska arbetsförutsättningar" som inkluderar fyra undergrupper: 1) *Sociala faktorer* dvs människor inom organisationens individuella och gruppkaraktistiska, deras mönster och processer av interaktion. Här har vi inkluderat våra stöd resurser. 2) *Organisatoriska arrangemang* dvs strukturer som skapats av organisationen för att kunna driva verksamheten, såsom formella strukturer och belöningssystem. Här inkluderar vi strukturella förutsättningar såsom kontrollspann och chefserfarenhet. 3) *Teknologi*, allting som är associerat med organisationen förvandling av input till output, såsom arbetsflöden och arbetsdesign. 4) *Fysisk inställning*, det fysiska området där organisationens aktiviteter äger rum.

(C) "Individens beteende", beroende på vilket sätt de anställda engagerar sig i den planerade förändringen, så kan det ha en viktig påverkan på organisationens output. Som exempel kan nämnas att ledarskap som bygger på en delaktig personalgrupp med decentraliserade arbetsuppgifter kan främja beteende som gynnar organisationens medlemmar. Här inkluderar vi chefernas värdering av att arbeta med planerad förändring.

(D) "Organisationens resultat", består av organisationens prestation vilket kan inkludera, ekonomiska resultat, produktivitet och arbetstillfredsställelse. Här inkluderar vi processkvalitet och värdering till att arbeta med planerad förändring. Individens beteende vid förändring är av central betydelse, eftersom det medierar förändring i organisationens arbetsförutsättningar och organisationens resultat (organisationens prestation) och (individuell utveckling).



Figur 18 Robertson, et al (1993) modell av dynamiker vid planerad verksamhetsutveckling

Syfte

Syftet var att undersöka hur organisatoriska förutsättningar och stödresurser påverkade första och andra linjens chefer inom sjukvården i deras arbete med planerad verksamhetsförändring och hur tillgängligheten till ovanstående organisatoriska förutsättningar och stöd påverkade chefernas inställning/värdering till förändring och effekten av den planerade förändringen.

Metod

En prospektiv kohort studie, där hälso- och sjukvårdschefer på olika nivåer från samtliga fem studerade sjukhus inkluderats. Data från en chefsenkät som genomfördes tre gånger under tre år användes i analys genom upprepade mätningar.

Resultat

Under hela studieperioden hade cheferna, i medeltal, en viss grad av negativ skattning av sina erfarenheter till utvecklingsarbete, dvs att utvecklingsarbetet innebar merarbete med tidskonflikter, personalkonflikter samt osäkerhet om den egna kompetensen är tillräcklig och om medarbetarna kommer att orka med situationen.

Beroende på chefserfarenhet fanns mer eller mindre av negativ tolkning eller erfarenhet av hur det organisatoriska förändringsarbetet påverkade deras chefsarbete. Chefer som hade arbetat länge i chefsposition (> 7 år) hade minst negativ erfarenhet av förändring. Mest negativa erfarenheter fanns bland dem som var nya som chef (< 2 år i chefsposition).

Chefer som hade ett högre eller bättre stöd från organisationen, från egen chef, kollegor och/eller medarbetare skattade mindre negativa erfarenheter av förändringsarbete jämfört med de chefer som upplevt ett lägre eller sämre stöd.

Chefer som under alla tre åren angett att det pågående förändringsarbetet inte påverkade deras arbete på ett särskilt negativt sätt, skattade en ökning av processkvalitet. Ett bra stöd från medarbetare, chefer eller organisatoriska stödresurser visade också samband med ökad processkvalitet.

Sammanfattade slutsatser

- Chefserfarenhet påverkar tolkning eller erfarenhet av förändringsarbetet. Med längre erfarenhet i chefsposition fanns minst negativ tolkning av förändringsarbete.
- Mer positiva erfarenheter av hur förändringsarbetet påverkar chefsarbetet bidrog till högre och ökad processkvalitet.
- Ett bra stöd ger mindre negativa erfarenheter av förändringsarbete och ökad processkvalitet.

ÖVERGRIPANDE ANALYS: Bygga kapacitet för hållbar verksamhetsutveckling

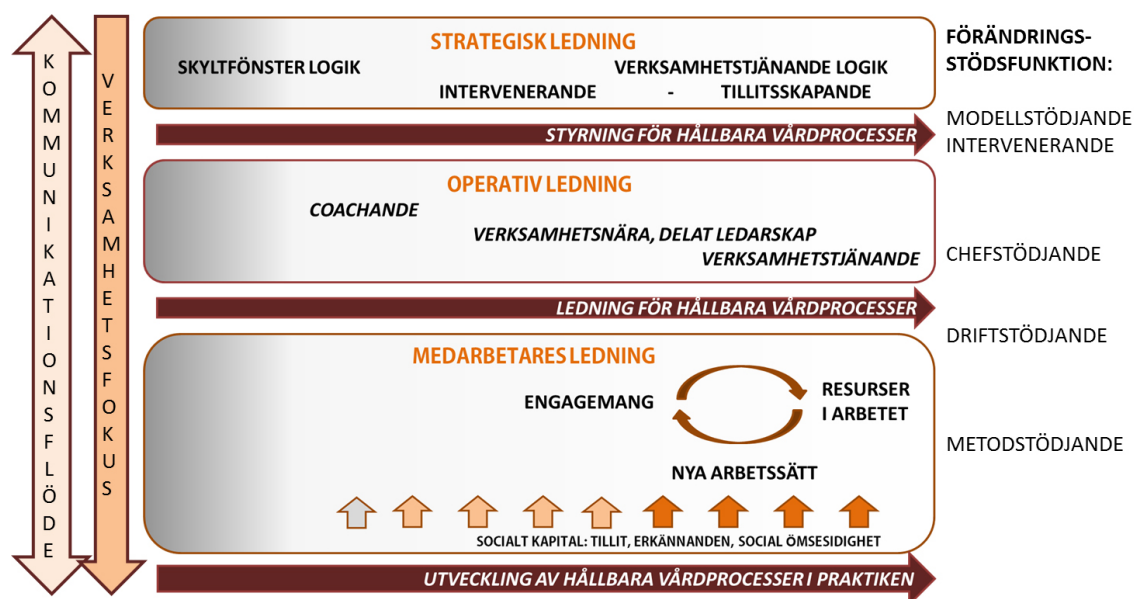
Implementeringslogiker ”Verksamhetstjänande – Intervenerande – Skyllfönster”

Resultaten från delstudierna och den övergripande analysen visar att initiativ och strategier från högre ledningsnivåer påverkar tydligt nästa nivå i utveckling av nya arbetssätt, engagemang och resurser i arbetet (figur 19). Tillitsskapande och verksamhetstjänande implementeringslogiker från den strategiska ledningen tycks öka engagemang bland medarbetare samt resurser i den psykosociala arbetsmiljön och utveckling av nya arbetssätt. En mer intervenerande implementeringslogik med tydlig styrning gav resultat i form av effektivitet i vårdprocesser och samtidigt högre grad av stolthet och utmattning, medan skyllfönsterlogik, det vill säga implementering med begränsad styrning och uppföljning som upprätthöll sjukhusets anseende, gav varierande resultat. Strategin kunde dels visa på ointresse från ledningen för utvecklingsarbete dels vara skyddande och låta verksamheterna utvecklas utan att störas för mycket.

Överbrygga filter med ”verksamhetsfokuserade kommunikationsflöden” och socialt kapital

Det finns tydliga filter i överföring av information och budskap mellan organisationsnivåerna. Kommunikationsflöden mellan nivåerna är betydelsefullt för att det strategiskt implementerade utvecklingsarbetet ska överföras. Vitalare kommunikationsflöden mellan nivåer har betydelse för kommunikation av anpassningar och lösningar, problem och resurser. Vi observerade att ett mer verksamhetsinriktat kommunikationsflöde tycks idag ha bättre möjligheter när det gäller att överbrygga nivåer, nå framgång i verksamhetsutveckling och engagera medarbetare. Detta kan möjligen tolkas som sprunget ur ett behov från längre tids glapp mellan nivåer med självständigt resultatansvar, som snarare understött maktspel än fokus på ”det gemensammas bästa”.

Resultaten visar också att tillitsskapande kommunikationsprocesser har stor betydelse för medarbetares engagemang i utveckling av vårdprocesser och för resultat. På samma sätt har socialt kapital bland medarbetare betydelse för det engagemang, ledarskap och kommunikationsflöde under utvecklingsprocessen som initieras från och drivs av medarbetare.



Figur 19 Tillvägagångssätt för att bygga och organisera kapacitet för hållbara arbetsprocesser: Dels från styrning av strategiska och operativa ledningsnivåer och dels genom medarbetares engagemang och ledning av utvecklingen praktiken

Synergi av engagemang, nya arbetssätt och ökade resurser

Övergripande analys av resultaten visade på synergier mellan ökat engagemang, psykosociala resurser i arbetet och utveckling av nya arbetssätt. Dels behövdes ökade psykosociala resurser för medarbetares engagemang och ledarskap under utvecklingsarbetet, dels skapades ökat engagemang och ökade psykosociala resurser genom utvecklingen av nya arbetssätt. I enheter där dessa synergier startade fanns också indikation om både ökad stolthet och ökad grad av utmattning bland medarbetare.

Viktiga resultat rör också det motsatta förhållandet, dvs betydelsen av mer passiva strategier. Våra resultat visade att de enheter som hade låg grad av Lean-inspirerade arbetssätt hade försämring av vårdkvalitet och effektivitet över tid, både i jämförelse med mer utvecklingsinriktade enheter och sjukhus och i jämförelse med egna resultat över tid. Vid dessa enheter fanns också ökad grad av stressymptom och krav samt minskade psykosociala resurser. Det kan med andra ord ha betydelse för stress och psykosocial arbetsmiljö att välja att inte utveckla verksamheten när vi befinner oss i en nyorienterande period.

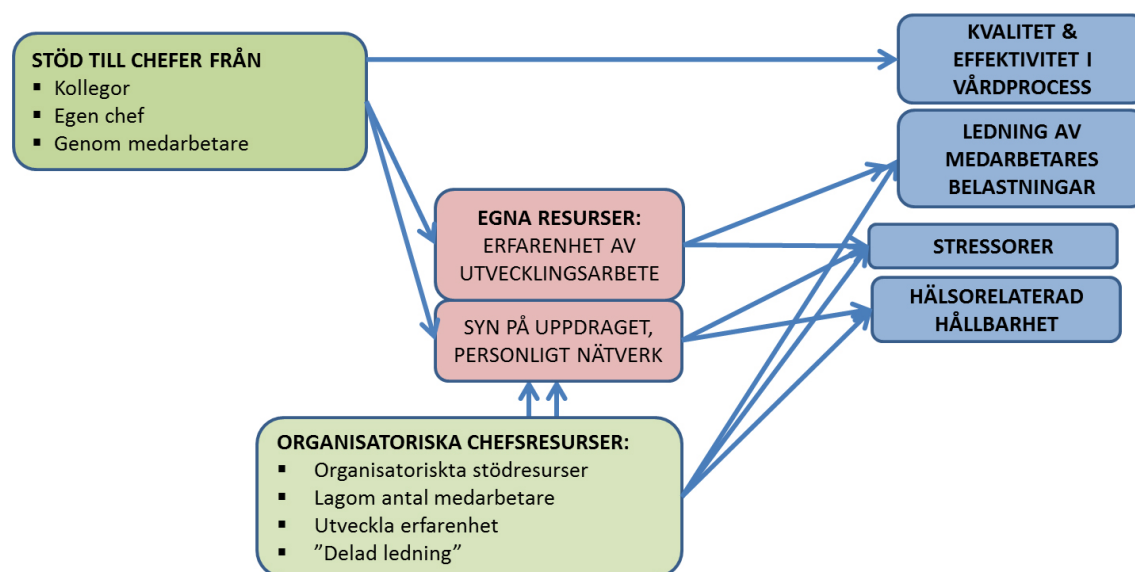
Även om syftet var att särskilt beskriva främjande förhållanden för hållbara utvecklingsprocesser vill vi samtidigt betona att kraven i arbetet ökat generellt under 2012-2014 (se figur 2a och 2b).

Chefsstöd för att hantera komplexiteter påverkar resultat och hållbarhet

Den övergripande analysen av betydelsefulla förutsättningar för chefer att leda och understödja utvecklingsarbete på ett hållbart sätt visar att interaktioner mellan olika förhållanden som understödjer chefers hantering av komplexiteter (i organisationen genom organisatoriska stödresurser, lagom kontrollspann, cheferfarenhet och delad ledning) och chefers personliga erfarenhet av utvecklingsarbete och inställning till sitt uppdrag påver-

kar resultat i verksamheten och egen hållbarhet (figur 20). Stöd till chefer hade direkt relation med kvalitet och effektivitet i vårdprocesser samt även till chefspecifika stressorer. Att ha ett gott stöd som chef påverkade indirekt resultat genom att det påverkade chefers syn på utvecklingsarbetet på ett positivt sätt. Attityd till chefsuppdraget påverkades också av komplexitetsstödjande förhållanden såsom erfarenhet, kontrollspann och delad ledning. Dessa påverkade också direkt resultat, stressorer och hälsorelaterad hållbarhet. Chefers syn på chefsuppdraget påverkade tydligt chefspecifika stressorer och egen hälsorelaterad hållbarhet.

Resultatet från tidigare studier visade att stödresurser har betydelse för chefers stressorer och hållbarhet under organisatoriska utvecklingsarbeten (Dellve, Andreasson, & Jutengren, 2013; Björk, Dellve, Härenstam, & Szucs, 2016). Samtliga källor till stöd hade betydelse för chefers hållbarhet i tvärsnittsanalyser. Att ha ett eget stödande nätverk och att inte identifiera sig med chefsuppdraget och dess utmaningar hade dock betydelse för chefers stress och hälsorelaterade hållbarhet över tid. Organisatoriska förutsättningar (eller komplexitetsstödjande förhållanden) såsom chefs kontrollspann och cheferfarenhet påverkade betydelsen av stödresurser. För chefer med kortare cheferfarenhet eller fler antal underställda (fler än 30) har även stöd från ledning, chefskollegor och externt stöd betydelse för hållbarhet över tid (Dellve, Andreasson, & Jutengren, 2013).



Figur 20 Modell som sammanfattar betydelsefulla stödande förhållanden för chefskap som på ett hållbart sätt hanterar komplexiteter under utvecklingsarbeten.

DISKUSSION

Resultat från våra studier ger ett bidrag till kunskapsutvecklingen om hållbart medarbetskap, ledarskap och organisering under utvecklingsarbeten. Tillsammans med kostnadsbesparingar har frekventa och mer intensiva omorganisationer lett till ökade slitningar och hälsoproblem bland chefer och medarbetare (Westgaard & Winkel 2011). Tidigare forskning har gissat att förändringsarbeten sällan tycks ha helt "lyckats"; vissa menar att så många som 70 % misslyckas men detta är mycket svåruppskattat. Dock sker sällan dessa program en och en, och gamla program och de rutiner som hör till dem lever ofta kvar parallellt med att ett nytt förändringsprogram implementeras. Kraven i arbetet ökade generellt under tiden för studien, liksom rekryteringssvårigheter av vårdpersonal. Denna utveckling har tydliggjort behovet av att dels undersöka betydelsen av utvecklingsarbeten mer systematiskt, och dels undersöka hur verksamhetsutveckling kan ske på ett mer hållbart sätt utifrån ett systemperspektiv (som inkluderar vårdkvalitet, patientsäkerhet, arbetsförhållanden och effektivitet), liksom ur samhälls-, brukar- och medarbetarperspektiv. Våra studier ger utifrån dessa perspektiv kunskap om synergier mellan utvecklingsprocesser som påverkar psykosociala arbetsmiljöresurser, engagemang, utveckling av nya mer effektiva arbetssätt samt stärker vårdkvalitet. Resultaten pekar på tillvägagångssätt för att understödja, bygga och organisera kapacitet för hållbara arbetsprocesser från strategisk och operativ ledningsnivå. Studierna bidrar med kunskapsutveckling då det har saknats prospektiva studier om betydelsen av ledarstrategier på mer strategiska nivåer. Det har även saknats studier om hur förändringsledning och ledarstilar på olika nivåer samspelar och hur dessa processer skapar förutsättningar för utvecklingen av ledarskap, arbetsmiljö och arbetsengagemang. Huvudresultaten pekar mot betydelsen av att lednings- och utvecklingsarbetet från alla organisatoriska nivåer behöver fokusera arbetet på de mest verksamhetsnära, operativa nivåer i organisationen. Fokus på det verksamhetsnära arbetet benämns också ofta, i forskning om vårdens utveckling, som "kliniska microsystem" och utgör den delen i hälso- och sjukvårdssystemet som interagerar direkt med patienter (Nelson, Batalden & Godfrey, 2007),

Hållbar styrning är tillitskapande och visar tydligt intresse för anpassningar till operativa arbetet

I detta projekt har framförallt förändring planerad från ledningsgrupper studerats som skett både på stegvisa, aktivt intervenerande och mer lösryckta sätt i hela eller delar av organisationen. Robertson och Porras (1993) beskriver i sin modell dimensioner som kan ha betydelse för att utvecklingsarbeten, som är planerade och initierade från strategisk nivå, ska få resultat i verksamheten (se figur 18). Våra resultat stödjer deras modell avseende betydelsen av interaktionen mellan organisatoriska förutsättningar, chefens erfarenhet och värdering till utvecklingsarbete och resultaten av utvecklingsarbete.

Våra resultat pekar på att bäst förutsättningar för hållbart utvecklingsarbete finns när en strategisk ledning driver införandet av en planerad modell för utveckling utifrån verksamhetstjänande logik, och att införandet av modellen möter verksamhetstjänande operativ ledning samt ett starkt socialt kapital bland medarbetare. Resultaten visar också att mer stegvisa och finjusterande implementeringar, som sker på uthålligt vis, nått större

genomslag i verksamheten med brett engagemang och stärkta resurser i arbetet. I de enheter där implementeringen skedde på mer ”ryckvist” och styrt sätt fanns indikationer om minskat engagemang och ökad utmattning bland medarbetare.

Resultaten visar också att den strategiska kommunikationen och uppföljningen av verksamheten påverkar chefers och medarbetares arbete på operativa nivåer, dvs även i mer komplexa vårdorganisationer. I vår modell över tillvägagångssätt för att bygga och organisera kapacitet för hållbara arbetsprocesser (figur 19) sammanfattar vi våra resultat genom att peka på vikten av ett verksamhetstjänande- och tillitskapande fokus på alla nivåer för att främja utvecklingsprocesser som minskar stress och gynnar engagemang hos medarbetare. Winkel med kollegor (2015) visar i en nordisk fallstudie att toppstyrd implementering av Lean i sjukhus inte främjande medarbetares delaktighet i Lean-processer. Detta innebär att valda påverkanssätt i utvecklingsarbete bör vara väl genomtänkta samt vara lyhörda och ha respekt för att ge utrymme för anpassningar till förutsättningar i verksamheten. Respekt innebär dock inte ”att låta verksamheten sköta sig själva” genom att hålla avstånd och visa passivt intresse för konsekvenser av utvecklingsarbetet på operativa nivåer. Strategiska ledningars bristande efterfrågan på resultat och implikationer för det praktiska arbetet kan tolkas som ointresse och minska utvecklingsintresset. Det har med andra ord betydelse att vision, krav och problembeskrivningar flödar i kommunikationen (särskilt uppåt och nedåt i linjeorganisationen men också inom processorganisationen) för att utvecklingsarbetet ska kunna bedrivas på ett hållbart sätt. Bristande kommunikationsflöden över de organisatoriska nivåerna har också i andra studier visat en negativ inverkan på arbetsförhållandena för chefer och medarbetare (Andersen & Westgaard, 2015; Kankkunen, Ylander & Höckertin, 2010).

Mot bakgrund av tidigare ideologier för hur strategiskt ledarskap bör utövas (dvs inte gå förbi linjen vare sig uppåt eller nedåt) har tveksamheter beskrivits av chefer på strategiska nivåer om hur de kan kommunicera och ha dialog med operativa chefer och medarbetare om utvecklingsarbetet. Samtidigt har medarbetare stor vinst av att ha dialog med chefer på mer strategiska nivåer om vision och för att förmedla problembeskrivningar. En lösning tycks vara att ha mer aktiv kommunikation med respekt för vilka frågor som diskuteras snarare än passivt agerande av respekt i denna fråga. Delaktighet och dialog med aktörer på alla organisationsnivåer har i tidigare forskning beskrivits som den allra viktigaste grundprincipen för att öka både produktivitet och välmående inom en arbetsorganisation (Vink, Imada, & Zink, 2008). Enligt Arnsteins (1969) trappa för för delaktighet innebär den högsta graden av delaktighet att man har full kontroll och påverkansmöjligheter över en utvecklingsprocess. Detta kan inte ses som möjligt att uppnå för någon part inom någon nivå i komplexa sjukhusorganisationer. Den lägsta graden av delaktighet kan beskrivas som manipulation där t ex en ledning ger sken av att medarbetare är delaktiga utan att egentligen så är fallet. För att skapa engagemang i utvecklingsarbetet bör strategisk ledning snarare kanske sikta mot ett mellansteg av delaktighet som enligt Arnstein benämns som partnerskap som innebär att alla parter inte alltid kan påverka alla steg i en utvecklingsprocess, men där en kontinuerlig förhandling och dialog sker kring genomförandet.

Även tidigare studier (Kira, Balkin & San, 2012; Dellve, Wramsten Wilmar, Jacobsson & Ahlborg, 2014; Robstad Anderson, 2015) har lyft det strategiska ledarskapet (i våra studier landstingsnivå och sjukhusledning) som betydelsefullt för professionellas engagemang och för operativa chefers strategier och förutsättningar. Sammanfattningsvis tycks det vara särskilt engagemangsskapande att bygga det strategiska ledningsarbetet på tillitstankar snarare än kontroll. Kontrollerande sätt kan trots detta vara berättigade när

chefsarbetet behöver styras upp när tillitstyrd ledning missbrukats av vårdprofessionella och operativa chefer. Dock kan en tydligare styrning däremot snabbare visa resultat avseende effektivitet i vårdprocesser. För att främja operativa chefer och vårdprofessionellas delaktighet och engagemang bör dock, utifrån vad våra resultat visar, styrning genom nyckeltal röra angelägna frågor som ligger nära professionernas kvalitetsutvecklingsarbete och som definierats nära kund/ patient.

Hållbart ledarskap på operativ nivå: Coachande, verksamhetstjänande som stärker socialt kapital och understöds genom goda chefsförutsättningar

Medarbetares frustration, utmattning och brist på stolthet över att arbeta i en organisation, innebär mer utmaningar för operativa chefers vardagsarbete och mer betungande rollkrav. Att engagera medarbetare är en avsevärd del av chefsarbetet på operativa nivåer, både avseende tid och utmaningsdrivet engagemang. Vi har observerat att operativa chefer lägger mest tid, kraft och fokus på att engagera medarbetare i en gemensam utveckling av verksamheten. Chefers fokus på att engagera medarbetare ligger i linje med vidareutveckling av det sociala kapitalet där ett högt socialt kapital innebär att en arbetsgrupp på ett tillitsfullt sätt samarbetar. Socialt kapital handlar om att utveckla sociala relationer och tillit där chefer och medarbetare fokuserar på det gemensammas bästa (Olesen et al., 2008). Våra prospektiva analyser visar att samtliga undersökta ledarskapskvaliteter, dvs relations-, utvecklings- och uppgiftsorienterad ledarskapskvalitet, hade betydelse för socialt kapital och engagemang bland medarbetare. Olika nivåer (hög, medium och låg) av ledarskapskvalitet visade samband med olika nivåer av socialt kapital. Hög nivå av ledarskapskvalitet var associerad till hög nivå av socialt kapital. Tidigare studier har visat på ledarskapets betydelse för arbetsengagemang och arbetsmiljö (se t ex Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010). Dock har prospektiva studier om ledares betydelse för utveckling av socialt kapital saknats.

Att främja utveckling av det sociala kapitalet är i linje med ett verksamhetstjänande ledarskap som också sätter det gemensammas bästa främst (Greenleaf, 2009). Hållbart operativ chefsarbete karakteriseras av verksamhetstjänande ledarskap som integrerade olika värden och perspektiv, med integritet. Erfarenhet och kontextkunnskap tycks ha stor betydelse för detta. Samtliga chefer beskrev ett coachande ledarskap och att de lade störst fokus på att engagera medarbetare. Ett coachande ledarskap innebar dock inte alltid att cheferna delade ledarskapet och gav fortsatt coachning och handledning under utvecklingsarbetet. Vissa chefer ”dumpade över” ansvaret att anpassa och utveckla komplexa vårdprocesser på medarbetare, och det tycktes inte lika hållbart för uthålligheten i utvecklingsarbetet. Det kan därför ses som viktigt att rekommendera chefer inom vården att aktivt och kontinuerligt utöva en coachande ledarstil där målet är ett delat och verksamhetstjänande ansvar för utvecklingsarbete.

Tjänande ledarskap har beskrivits av flera forskare och på senare år finns en större samlad evidens kring betydelsen av tjänande ledarskap för medarbetares engagemang och möjlighet att skapa en bra arbetssituation (Hakanen, 2014). Ledare behövs inte bara för gruppens praktiska uppgifter och koordinering, utan även för att entusiasmera medarbetare att arbeta för det gemensamma bästa genom att bygga mening och identitet (Greenleaf, 2009). Ledarskap som är tjänande fokuserar på vilka drivkrafter som skapar en god ledare för egen del, för medarbetare, för verksamheten och för samhället. Tjänande ledarskap handlar alltså om ledarens motiv och drivkrafter. Ett tjänande ledarskap är

relationsinriktat, bygger på tillit och rättvisa, uppmuntrar självförverkligande, positiva arbetsattityder, prestation samt har ett starkt fokus på hållbarhet och socialt ansvar i organisationen. Det bygger på att släppa och gå bakom egenintressen och har i kontrast till ett strukturerande och riktningsskapande ledarskap målet att tjäna snarare än att bli betjänad, ansvaret som ledare är viktigare än eventuell ledarskapsstatus, ledaren strävar efter att förstå andra snarare än att bli förstådd och accepterar och lär sig av misstag. Tjänande ledarskap beskrivs också inom Lean, där ledare uppmanas att gå till verksamheten ("go to gemba") och tjäna kärnprocesserna snarare än att analysera dem i ett kontors- eller mötesrum avskilt från verksamheten.

Även tidigare forskning visar att ledarstrategier som haft betydelse för arbetsengagemang i vårdorganisationer har tydliga inslag av att vara värde- och visionsdrivna, som till exempel det tjänande ledarskapet (Greenleaf, 2009; van Dierendock & Nuijten, 2011) och det transformativa ledarskapet (Avolio, Walumbwa, & Weber, 2009). Många tidigare studier visar också hur ett autentiskt ledarskap kan bidra till positiva attityder, arbetsengagemang och samverkan för bättre verksamhet inom sjukvården (se t ex Ruiz, Martinez, & Rodrigo, 2010; Wong & Laschinger 2012). Däremot tycks mer kontrollerande strategier skapa vinster för verksamhetsutveckling på kort, men inte lång sikt. Tidigare studier om ledarsstrategiers betydelse för arbetsengagemang har ofta rört det mer operativa ledarskapet. Ett snävt fokus på operativa chefers ledarstilar kan dock ifrågasättas då sjukvårdens förutsättningar ofta ställer stora och svåra krav på de operativa chefernas arbete (Skagert, Dellve, Eklöf, Pousette & Ahlborg 2008; Dellve & Wikström, 2009; Wikström & Dellve, 2009; Arman, Wikström, & Dellve, 2013).

Många studier har under de senaste åren visat att särskilt första linjens chefer har förutsättningar som försvårar hållbart ledarskap och att chefsomsättning inom vården är hög (Skagert, Dellve & Ahlborg, 2012). Vi såg det därför som viktigt att analysera hur chefers förutsättningar påverkar deras eget engagemang samt utfall av utvecklingsarbete. Våra resultat pekar på att förekomst av stödresurser är viktiga för operativa chefers inställning till och erfarenheter av förändringar samt för egen hållbarhet. Detta stöds också av tidigare forskningsstudier som har visat att chefer med ett upplevt gott stöd från olika källor, är viktigt för chefers möjligheter att agera som chef (Plsek & Wilson 2001, Skytt, 2007, Birken Lee, Weiner, Chin & Schaefer, 2013, Chuang, Jason K. & Morgan, 2011). Ett stödjande privatliv och en egen utvecklad inställning till chefsuppdraget hade stark betydelse för egen hälsa. Chefer som däremot inte arbetat så länge som chef (<7 år) hade särskilt stor nytta av stöd från ledning, chefskollegor, externa stödresurser och medarbetare (Dellve, Andreasson, & Jutengren, 2013). Rekommendationer utifrån dessa resultat är att säkerställa att de chefer med mindre chefserfarenhet får tydligt stöd för att på så vis öka förutsättningar för hållbart ledarskap. Våra fynd visar också att ett stort stöd från sina anställda, chefskollegor och organisationen bidrog till en högre nivå av processkvalitet. Resultaten är i linje med våra kvalitativa analyser som visar att cheferna i hög grad är beroende av sina anställda för att kunna arbeta med verksamhetsutveckling och implementering (Andreasson, Eriksson & Dellve 2015). Resultaten är också i linje med slutsatser från denna rapport som pekar på vikten av att strategisk ledning utvecklar ett verksamhetstjänande och stödjande fokus gentemot chefer på operativ nivå för att på så vis öka möjligheterna till positiva effekter av verksamhetsutveckling.

Sammantaget tycks chefer med längre chefserfarenhet ha bättre förutsättningar för att utöva ett hållbart ledarskap under implementering av verksamhetsutveckling. Även resultat från tidigare forskning visar att långvarig chefserfarenhet är gynnsamt när det

handlar om att lära sig hantera och prioritera mellan olika krav och chefsuppgifter (Kerfoot, 1988).

Hållbart medarbetarengagemang

Under implementering av Lean hade, enligt våra resultat, även förekomsten av psykosociala resurser i arbetsmiljön stor betydelse för att mobilisera medarbetarengagemang och entusiasm. Utifrån våra resultat tycks implementeringen av Lean vara en utmaning i sig, vilket pekar på att övriga krav i arbetet, såsom kvantitativa krav och arbetstempo, egentligen behöver minskas för att medarbetare skulle ha högt engagemang. Tidigare studier pekar på vikten av att engagera vårdprofessionella för att uppnå hållbart utvecklingsarbete (Riches & Robson, 2014). Det finns kvalitativa studier om vad som bidrar till att vårdprofessionella väljer att engagera sig i utvecklingsarbete (se t ex Lindgren, Bååthe & Dellve, 2013) men det finns sedan tidigare mer begränsat med kvantitativa studier om vad som påverkar medarbetares engagemang och arbete.

Resultaten från våra prospektiva analyser visade att arbetet påverkades på olika sätt för olika professioner. För läkare hade höga krav under utvecklingsarbetet en negativ inverkan på kognitivt engagemang men en positiv inverkan på kliniskt engagemang i att stärka patientsäkerhet. Bland läkare som var mer kliniskt verksamma innebar dock sjukhusets implementering av Lean att läkare i sitt arbete uppfattade en ökad grad av erkännande, rollklarhet, och inflytande samt minskad arbetstakt och kvantitativa krav. Ökad standardisering innebar för läkare ökad rollklarhet och minskad utmattning. Bland sjuksköterskor hade höga krav under utvecklingsarbetet en negativ inverkan på kognitivt engagemang men en positiv inverkan på deras kliniska engagemang i att stärka vårdkvalitet. För sjuksköterskor vid Lean-sjukhus fanns inga tydliga förändringar över tid, medan sjuksköterskor vid jämförelsesjukhusen skattade sämre ledarskapskvalitet, mer illegitima arbetsuppgifter och ökade kvantitativa krav. Undersköterskor tycktes däremot mest påverkas av standardisering vilket för dem innebar ökade illegitima arbetsuppgifter, arbetstakt, kvantitativa krav, minskad förutsägbarhet och ökad utmattning. Standardisering med tydliggörande och reglerande strukturer kan användas både för att styra och skapa utrymme för professionella (Adler & Borys, 1996). Resultatet illustrerar hur standardisering, med planering och strukturering av arbetet, kan innebära att arbetsuppgifter kan förskjutas från en yrkesgrupp till en annan (Andrews & Waerness, 2011). Genom standardisering kan arbetet, som då utförs av mindre professionella yrkesgrupper följas upp och kontrolleras av mer professionella professionerna (Scott, 2008). Detta innebär olika konsekvenser av standardisering: (1) ökat engagemang och frihet att arbeta och utveckla under tydliga ramar samt tydligare återkoppling av prestation (Williamsson, et al 2016); (2) ökad arbetsbelastning för yrkesgrupper som "tagit över" arbetsuppgifter från andra samt minskad arbetsbelastning för yrkesgrupper som avlastas (Dellve, et al 2016); och (3) ökad trygghet och kontroll över den egna arbetssituationen (Bringselius, 2012; Williamsson, et al 2016). En ökad kontroll över den egna arbetssituationen är det arbetsförhållande som lyfts fram som mest betydelsefullt i positiva aspekter för hållbar hälsa (Karasek & Theorell, 1992). På senare tid har dock studier lyft att det finns mer negativa sidor av hög kontroll; (1) att hög grad av kontroll kan ge höga arbetskrav på gränslös prestation (MacEachen, et al 2008); och (2) att hög grad av kontroll inte kan buffra eller kompensera för höga krav i arbetet (Häusser, et al 2010).

Ett angreppssätt för att mobilisera resurser för att hantera de krav vårdprofessionella stöter på i sitt arbete är att satsa på att öka det sociala kapitalet, dvs "det gemensamma bästa". Socialt kapital kan fungera kompletterande och analogt med andra former av kapital. Det finns både strukturella och kognitiva aspekter av socialt kapital, t ex socialt deltagande och tillit (Harpham, Grant & Thomas, 2002). Hög grad av socialt kapital inom och mellan professionsgrupper kan sägas ha stor betydelse för hållbart medarbetarengagemang då våra studier visar att det sociala kapitalet har betydelse för arbetstillfredsställelse, hälsa och kliniskt engagemang i att stärka patientsäkerhet och vårdkvalitet (Strömgren, Eriksson, Bergman & Dellve, 2016). Kunskapen om vilken roll socialt kapital spelar på organisationsnivå inom sjukvården, har varit bristfällig. Däremot finns studier om t ex att starka professionsgrupper kan hindra verksamhetsutveckling (Kawachi & Berkman, 2000). Det finns samband mellan socialt kapital och indikatorer för hälsa (Pearse & Rugimbana, 2010). Att acceptera, länka samman och stärka socialt kapital (i team, professionsgrupper, organisationsstruktur) kan vara en avgörande resurs för hållbar verksamhetsutveckling. Socialt kapital kan manifesteras i till exempel sjukvårdspersonals tilltro till att effektiviseringar genomförs i samarbete för ett gemensamt intresse. Tidigare forskning har visat att socialt kapital är möjligt att bygga inom hälso- och sjukvården (Hofmeyer & Marck, 2008) och våra studier pekar på att ledarskapet kan spela en stor roll för utvecklingen av det sociala kapitalet. Erkännande, social ömsesidighet och tillit (vertikal och horisontell) är bärande delar i socialt kapital, och ett relationsinriktat ledarskap (Cummings, MacGregor, Davey, Wong, Lo, Muise, & Stafford, 2010) som fokuserar dessa aspekter kan därmed bidra till ett hållbart ledarskap.

Hållbar balansering och integrering av perspektiv och värden

Ett hållbart utvecklingsarbete arbetar mot långsiktiga effekter utan att tära på olika typer av resurser av olika slag, till exempel ekologiska, ekonomiska och sociala – men också humana resurser. När man kan arbeta efter de yrkesstandards och krav som utvecklats genom utbildning och utövandet av yrket skapas och upprätthålls integritet. Studier visar att många som arbetar inom hälso- och sjukvården upplever att ekonomiska värden prioriteras framför god vårdkvalitet och hållbar arbetsmiljö, en så kallad omvänd värdepyramid (Orvik & Axelsson, 2012). Det kan med andra ord finnas värdekonflikter mellan olika intressenters behov, förväntningar och mellan olika organisatoriska värden.

Många sjukvårdsorganisationers motiv för att implementera Lean handlar om att öka effektivitet och arbetsprestationer (Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson, & Thor, 2010; Poksinska, 2010). Tidigare forskning pekar på att ensidiga prioriteringar av ekonomiska värden framför andra värden (t ex kvalitet i arbete och arbetsförhållanden) tycks ha lett till ökad ohälsa bland medarbetare (Westgaard & Winkel 2011). Forskning har också lyft fram risker med Lean-arbete som syftar till att eliminera buffertar i arbetet och att det bidrar till risk för ökad stress (Landbergis, Cahill, & Schnall, 1999) och ökade belastningsbesvär (Winkel & Westgaard 2011). Tidigare forskning pekar också på att utvecklingsarbete med starkt fokus på rationaliseringar minskar möjligheter för vårdprofessionella att genomföra sitt arbete enligt sina professionella värderingar (Orvik & Axelsson, 2012) och att det ökar den moraliska stressen bland medarbetare (Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2004). I våra resultat fanns delvis stöd för ökade krav vid sjukhus med rationaliseringsfokus men när betydelsen av rationaliseringsfokus undersöktes på operativa nivåer fanns inte samband med försämrade arbetsförhållanden. Sannolikt har

därför stödjande resurser och andra aspekter i implementeringen större betydelse.

Det vi kan se utifrån våra resultat är att om managementmodeller som Lean ska bidra till mer hållbar verksamhetsutveckling så behöver den strategiska ledningen mycket tydligare än vad som vanligtvis görs utgå ifrån vad som skapar arbetsglädje och engagemang i utvecklingsarbetet. Motiv som sjuhusledningarna till stor del beskrev inkluderade främst att öka effektiviteten i kliniska vårdprocesser och i vissa fall fanns stort fokus på kostnadsbesparingar (Eriksson, Holden, Williamsson & Dellve, 2016). Våra resultat pekar i det här sammanhanget på att utvecklingsarbete med stor klinisk relevans är en viktig drivkraft för vårdprofessionella att engagera sig i utvecklingsarbete. Styrningen av utvecklingsarbetet behöver också ta hänsyn till och på ett öppet och transparent sätt hantera olika perspektiv och värden inom vårdarbete, inklusive konsekvenser för vårdkvalitet, samt i ett tidigt skede inkludera och hantera kortsiktiga såväl som långsiktiga arbetsmiljökonsekvenser.

Tydlig och öppet visualiserad kommunikation bygger och koordinerar arbetet

En vanlig problematik är att det finns en stor klyfta mellan operativa och strategiska nivåer (dvs nivån där verksamheten utförs och nivån där organisationen styrs). De mål och värden som beslutas och kommuniceras på strategiska nivåer upplevs inte alltid stämma med den vardag som chefer och medarbetare på operativa nivåer möter. På samma sätt kan det finnas svårigheter med samarbete och koordinering mellan olika verksamheter i samma organisation, särskilt då det är en starkare linjestyrning. Dessa problematiker kan skapa frustration, misstro och otrygghet och minskad vilja att engagera sig i verksamhetsutvecklingen. För att komplexa verksamheter ska fungera på ett hållbart sätt krävs balanserad, tydlig och öppen kommunikation och koordinering (Gittell, 2006). Stärker vi förutsättningarna för smidig kommunikation och bra relationer så stärker vi både verksamhetens effektivitet och kvalitet samt även arbetstillfredsställelse och arbetsengagemang.

Våra studier visar på att vårdenheter med uttalat höga krav på effektivitet i patientflödet i högre utsträckning använder tavlor för att visualisera patientarbete och förbättringsarbete och att dessa används mer regelbundet än på andra enheter. Medarbetare som dagligen använder visualiseringsverktyg upplever också arbetsflöde, effektivitet och samarbete med verksamhetsutveckling som bättre. De har ett högre engagemang både i patientsäkerhetsarbete och arbete med vårdkvalitet på enheten. Daglig användning av visualiseringsverktyg gav mindre upplevd stress och risker att missa viktig information i ett annars högt informationsflöde. Visualiseringstavlorna stöttade i att överblicka och fokusera i arbetet. Användning av visualiseringsverktyg där medarbetare ges en samordnad och delad förståelse av patientarbetet ger inte bara större möjligheter att koordinera olika vårdprofessioner (Gittell, 2006) utan förbättrar också säkerheten i systemet (Hazlehurst, Gorman, & McMullen, 2008). Mycket pekar också på att hur kommunikation och koordinering sker inom arbetsorganisationen i stor roll samspelar med utvecklingen av det vertikala sociala kapitalet inom en arbetsorganisation.

Förändringsstödjande funktioner: Översätter och integrerar värden och nivåer

I figur 19 illustreras vår tolkning av var och hur förändringsstödsfunktioner kan ha viktig betydelse. På strategisk nivå kan den vara mer modellstödjande, på operativa chefsnivåer mer intervenerande och chefstödjande. Medan den bland medarbetare har större betydelse som drift- och metodstödjande.

Våra resultat pekar på att avgörande för hållbart utvecklingsarbete är förekomsten av drivande organisatoriska funktioner som aktivt äger, styr, leder och deltar i utvecklingsarbetet. Detta är i linje med vad Svensson et. al. (2007) beskriver som nyckelfaktorer vid organisering av projekt för ett hållbart arbetsliv. Vink et. al. (2008) menar att i hållbart utvecklingsarbete så behöver chefer på olika nivåer i ett tidigt skede fokusera på att de strategier som väljs för utvecklingsarbete är lämpliga för att uppnå de mål som finns i utvecklingsarbetet. Här kan tilläggas att en viktig uppgift för strategisk ledning också är att se till att målen med utvecklingsarbete tar hänsyn till och integrerar olika organisatoriska värden som rör effektivitet, vårdkvalitet och arbetsmiljö. I den fortsatta utformningen och implementeringen av utvecklingsarbetet betonar Vink et. al. (2008) vikten av att mellan chefer och medarbetare i hög utsträckning involveras då de bäst förstår vilka konkreta konsekvenser förändringar får på det faktiska arbete som utförs. Dessa resonemang kan jämföras med Leanlitteratur som betonar att i förbättringsarbete så är det medarbetaren på golvet som är den som bäst kan identifiera problem i arbetet och även den som på ett systematiskt sätt bör vara drivande i att lösa problemen (Spear & Bowen, 1999). Inga av våra Lean-sjukhus hade som huvudfokus att utbilda och involvera enhetschefer i Lean-processer trots att mycket tyder på att det är enhetschefer på operativ nivå som på många sätt har avgörande roll i att hantera motstånd och engagera medarbetare i utvecklingsarbete (Andreasson, Eriksson & Dellve, 2013; Dopson & Fitzgerald, 2006).

Avslutningsvis visar våra resultat att för hållbar verksamhetsutveckling krävs engagemang av en stor mängd funktioner och roller på olika organisationsnivåer: Förändringsledare, formella chefer, professionsgrupper, och processledare. Därutöver är brukares perspektiv också en viktig funktion i hållbart utvecklingsarbete och vidare studier om hållbart utvecklingsarbete bör även inkludera hållbarhet i vårdprocesser baserat på deras perspektiv (Halvarsson Lundkvist, 2013). Dock bör i det här sambandet nämnas att hög grad av delaktighet av många olika aktörer och funktioner bör vägas mot ett långsiktigt hållbarhetsperspektiv. Höga krav på delaktighet hos för många aktörer kan bidra till ökad stress och till att tid och resurser används på processer som inte ger motsvarande stor effekt inom verksamheten (Svensson, Aronsson, Randle, & Eklund, 2007). Detta är särskilt viktigt att tänka på då våra sammantagna studier pekar på att kraven i arbetet generellt har ökat de senaste åren och att krav att delta i utvecklingsarbete därmed kan bli ytterligare ansträngningar som läggs på individen. Bra att tänka på här är vilken avgörande uppgift varje funktion har som bidrar till hållbar verksamhetsutveckling och att fokusera delaktighet utifrån detta.

En annan avgörande faktor är att det behöver vara ett flöde av kommunikation och koordinering mellan funktionerna och rollerna för att främja att ett gemensamt lärande sker mellan funktionerna, om vilken påverkan utvecklingsarbete får på olika nivåer i verksamheter (Halvarsson Lundkvist, 2013; Svensson, Aronsson, Randle, & Eklund, 2007). För hållbarhet kan rekommenderas att denna kommunikation och det gemensamma lärandet först och främst sker utifrån en dialog och systematisk återkoppling om mål, process och resultat utifrån ett verksamhetstjänade fokus.

Slutsatser

Slutsatser från projektet är att verksamhetstjänande implementeringslogiker har viktig betydelse för att skapa synergier av stärkt engagemang, resurser och nya arbetssätt på vårdenheter. Implementering av Lean-inspirerade arbetssätt på vårdenheter kan ha positiv inverkan på den psykosociala arbetsmiljön– när den tydligt anpassas till verksamheten. Krav i arbetet ökade generellt i medeltal och stressymptom och utmattningsproblematiker ökade där det inte skedde verksamhetsutveckling. Utmattning ökade även där det var högt engagemang och nya arbetssätt. Det fanns skillnader mellan hur yrkesgrupper påverkades av implementeringen, särskilt avseende standardisering. Insatser för att öka systemproduktionen i vården med Lean-inspirerade arbetssätt innebär, med andra ord, att ”arbeta smartare, med värdighet och samtidigt arbeta hårdare”.

REFERENSER

- Adler, P. S., & Borys, B. (1996). Two types of bureaucracy: Enabling and coercive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Adler, P. S., & Kwon, S. W. (2002). Social capital: Prospects for a new concept. *Academy of management review*, 27(1), 17-40.
- Ahlstrom, Grimby-Ekman, Hagberg, & Dellve. (2010). Measures of work ability and association with sick leave, symptoms and health; a prospective study of female workers on long term sick leave. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*. 36(5):404-12.
- Ahnquist, J., Wamala, S. P., & Lindstrom, M. (2012). Social determinants of health—a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science & Medicine*, 74(6), 930-939.
- Alvesson, M. (2013). *The triumph of emptiness: Consumption, higher education, and work organization*. OUP Oxford.
- Andersen, G. R., & Westgaard, R. H. (2015). Discrepancies in assessing home care workers' working conditions in a Norwegian home care service: differing views of stakeholders at three organizational levels. *BMC health services research*, 15(1), 1.
- Andersson T., & Liff R. (2012.) Does patient centred care mean risk aversion and risk ignoring? Unintended consequences of NPM reforms. *International Journal of Public Sector Management* 25(4), 260-271.
- Andreasson J, Eriksson A & Dellve L. (2015). Healthcare managers' views on and approaches to implementing models for improving care processes. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10. 1111/jonm 12303
- Andreasson, Ahlstrom, Eriksson & Dellve (2016). The importance of nurse managers' organizational preconditions and support resources for their experience and outcomes of planned change. *Manuscript*
- Andrews TM & Waerness K (2011) Deprofessionalization of a female occupation: Challenges of professions. *Current Sociologist*; 59(1): 42-58
- Arman R., Wikström E., Tengelin E. & Dellve L. (2012). Work activities and stress among managers in health care. In *The Work of Managers; Towards a practice theory of management*. (Tengblad S. eds), Oxford University press. New York pp 103-126.
- Arman, R., Dellve, L., Wikström, E. W. A., & Törnström, L. (2009). What health care managers do: applying Mintzberg's structured observation method. *Journal of Nursing Management*, 17(6), 718-729.
- Arman, R., Wikström, E., & Dellve, L. (2013). Managerial communication practices. Health care managers' everyday structuration. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 16(2), 143-163.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*. 35(4), 216-224.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60, 421-449.
- Bakker AB, Schaufeli W, Leiter MP & Taris TW. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress* 22, 187-200.
- Bamberger, S. G., Vinding, A. L., Larsen, A., Nielsen, P., Fonager, K., Nielsen, R. N., Ryom, P., & Omland, Ø. (2012). Impact of organisational change on mental health: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*, 69(8), 592-598.
- Bejerot, E. & H. Hasselblad (2013). Forms of intervention in public sector organizations: Generic traits in public sector reforms. *Organization Studies*, 34(9), 1357-1380.
- Bernstrøm, V. H., & Kjekshus, L. E. (2015). Effect of organisational change type and frequency on long-term sickness absence in hospitals. *Journal of nursing management*, 23(6), 813-822.
- Bettis-Outland, H. (2012). Decision-making's impact on organizational learning and information overload. *Journal of Business Research*, 65(6), 814-820.

- Birken S. A., Lee S. Y. D., Weiner B. J., Chin M. H. & Schaefer C. T. (2013). Improving the Effectiveness of Health Care Innovation Implementation Middle Managers as Change Agents. *Medical Care Research and Review*, 70(1), 29-45.
- Björk, Dellve, Härenstam, Szucs. The Impact of Organizational Change on Job Stressors in Managerial Work, and the Role of Managers Support Resources. Manuscript
- Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Theory and society*, 14(6), 723-744.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: Richardson, J.G. (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Publishing Group, Incorporated, pp. 81–93.
- Brandao de Souza L. (2009). Trends and approaches in Lean healthcare. *Leadership in Health Services* 22(2), 121-139.
- Brandao de Souza, L., Pidd, M. (2011). Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money & Management* 31(1), 59-66.
- Bringselius, L. (2012). Gaining legitimacy as a public official: The case of supportive employee attitudes to the standardization of work. *International Journal of Public Administration*, 35(8), 544-552.
- Calltorp J. (2012) How can our health system be re-engineered to meet the future challenges? The Swedish experience. *Social Science and Medicine* 74(5), 677-679.
- Carayon, P., Bass, E.J., Bellandi, T., Gurses, A.P., Hallbeck, M.S., & Molloy, V. (2011). Sociotechnical systems analysis in health care: a research agenda. *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering* 1(3): 145-160.
- Charmaz K. (2006). *Constructing Grounded Theory; A practical guide through qualitative analysis*. 11th edn, SAGE publications. Great Britain, pp 2-208.
- Choi, S. (2010). *Competing logics in hospital mergers - The case of the Karolinska University Hospital* (doctoral thesis). Karolinska Institutet, Stockholm
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., & Brommels, M. (2011). Executive management in radical change—The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scandinavian Journal of Management*, 27(1), 11-23.
- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, X., & Dwyer, S. (2000). Health-promoting workplaces—international settings development. *Health Promotion International*, 15(2), 155-167.
- Chuang E., Jason K. & Morgan J. C. (2011). Implementing complex innovations: Factors influencing middle manager support. *Health Care Management Review*, 36(4), 369-379.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 595-5120.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 47(3), 363-385.
- Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, & Lowery J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*. 4(1), 50.
- Day, D. V. (2001). Leadership development: A review in context. *The Leadership Quarterly*, 11(4), 581-613.
- De Clercq, D., Bouckennooghe, D., Raja, U., & Matsyborska, G. (2014). Servant Leadership and Work Engagement: The Contingency Effects of Leader–Follower Social Capital. *Human Resource Development Quarterly*, 25(2), 183-212.
- Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J., & Coyle, B. (2003). Medicine, management, and modernisation: a “danse macabre”? *British medical journal*, 326(7390), 649-652.
- Dellve L & Wikström E. (2009). Managing complex work-place stress in health care organisations: leaders' identity- and loyalty conflicts. *International Journal of Nursing Management*. 17(8), 931-941.
- Dellve L, Wramsten Wilmar M, Jacobsson C, Ahlborg G. Ledarskap i vården: Att möta media och undvika person-fokuserade drev. Högsolan Borås; Vetenskap för profession 28:2014.
- Dellve L, Skagert K. & Vilhelmsson R. (2007) Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effect on long- term work attendance. *The European Journal of Public Health*, 17(5), 471-476.
- Dellve, L., Andreasson, J., & Jutengren, G. (2013). Hur kan stödresurser understödja hållbart ledarskap bland chefer i vården?. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(6), 866-877.

- Dellve, L., Hadzibajramovic, E., & Ahlberg, Jr.G. (2011). Work attendance among health care workers: prevalence, incentives and consequences for health and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9):1918-1929.
- Dellve, L., Williamsson, A., Strömberg, M., Holden, R. J., & Eriksson, A. (2015). Lean implementation at different levels in Swedish hospitals: the importance for working conditions and stress. *International Journal of Human Factors and Ergonomics*, 3(3-4), 235-253.
- Dellve, L., Skagert, K., & Eklöf, M. (2008). The impact of systematic health & safety management for occupational disorders and work ability. *Social Science & Medicine*, 67(6):965-70
- Dellve L, Eriksson A, Williamsson A, Ahlstrom L & Holden R (2016) Implementation of Lean at hospitals: the impact on work conditions, work engagement and health among health care professionals. *Manuscript*
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burn-out. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499.
- Dickson, E. W., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A., & Singh, S. (2009). Use of lean in the emergency department: a case series of 4 hospitals. *Annals of emergency medicine*, 54(4), 504-510.
- Dopson, S. U. E., & Fitzgerald, L. (2006) The role of the middle manager in the implementation of evidence-based health care. *Journal of Nursing Management*, 14(1):43-51.
- Doyle, M., Claydon, T., & Buchanan, D. (2000). Mixed results, lousy process: the management experience of organizational change. *British Journal of Management*, 11(s1), S59-S80.
- Döös & Nyberg (red) (2009). Ledarskapets former och resultat. Två kunskapsöversikter om arbetsplatsens ledarskap. VINNOVA Rapport VR 2008:15.
- Easterby Smith, M., Crossan, M., & Nicolini, D. (2000). Organizational learning: debates past, present and future. *Journal of management studies*, 37(6), 783-796.
- Eklöf, M., Pousette, A., Dellve, L., Skagert, K., Ahlberg, G (2010). Gothenburg Manager Stress Inventor (GMSI). Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg. ISM-rapport 7. Institutet för Stressmedicin.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Eriksson, A., Dellve, L., 2014. Samverkan i förbättringsarbete inom sjukvården. (Collaboration in improvement work within health care). In: Axelsson, R., Bihari, S. (Eds.), Om samverkan för utveckling av hälsa och välfärd. (Collaboration to Support Development of Health and Welfare). Studentlitteratur, Lund, pp. 91-106.
- Eriksson, A., Holden, R.J., Williamsson, A., Dellve, L. (2016) A case study of three Swedish hospital's strategies for implementing Lean production. *Nordic Journal of Working Life studies*. In press
- Esain A, Williams S, Massey L.(2008) Combining planned and emergent change in a healthcare Lean transformation. *Public Money & Management*. 28(1), 21-26.
- Fagerlind Ståhl A-C. (2015) *Live long and prosper: Health-promoting conditions at work*. (avhandling). Linköpings Universitet
- Falkenberg, H.; Fransson, E. I.; Westerlund, H. and J.A. Head (2014). Short- and long-term effects of major organizational change on minor psychiatric disorder and self-rated health: results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(10). 688-696.
- Forsberg Kankkunen, T., Ylander, J., & Höckertin, C. (2010). Managing the psychosocial environment—logics of leadership in different organizational contexts. *The dynamics of organizations and healthy work*, 64-76.
- Giordano, G. N., Björk, J., & Lindström, M. (2012). Social capital and self-rated health—a study of temporal (causal) relationships. *Social science & medicine*, 75(2), 340-348.
- Gittell, J. H. (2006). Relational coordination: Coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge and mutual respect. *Relational perspectives in organizational studies: A research companion*, 74-94.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Greenfield, D., Braithwaite, J., Pawsey, M., Johnson, B., & Robinson, M. (2009). Distributed leadership to mobilise capacity for accreditation research. *Journal of health organization and management*, 23(2), 255-267.

- Greenleaf, R.K. (1972/2009). *The Institution as Servant*. Westfield: The Greenleaf Center for Servant Leadership.
- Grey, C. (2003). The fetish of change, *Tamara, Journal of Critical Postmodern Organization Science*, 2(2), 1–19.
- Hakanen, J. (2014). Servant Leadership and Work engagement. Presented at Wellbeing at Work Conference, København, Danmark, 26-29 May, 2014
- Hakanen, J. J., & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of affective disorders*, 141(2), 415-424.
- Halvarsson Lundkvist, A. (2013). Styrning genom lärande: En studie av programutvecklingens dynamik i nationella program. Licentiatavhandling, Linköpings universitet.
- Hankivsky, O. (Ed.). (2012). *An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework*. Vancouver, BC: Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Harpham, T., Grant, E., Thomas, E., (2002). Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan*, 17(1), 106-111.
- Hazlehurst, B., Gorman, P.N., McMullen, C.K. (2008). Distributed Cognition: An alternative model of cognition for medical informatics. *International Journal of Medical Informatics* 77(4), 226-234
- Hertting, A., Nilsson, K., Theorell, T., & Larsson, U. S. (2004). Downsizing and reorganization: demands, challenges and ambiguity for registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 145-154.
- Hofmeyer, A., & Marck, P. B. (2008). Building social capital in healthcare organizations: thinking ecologically for safer care. *Nursing Outlook*, 56(4), 145-e1.
- Holden, R. J., & Hackbart, G. (2012). From group work to teamwork: A case study of “Lean” rapid process improvement in the ThedaCare Information Technology Department. *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 2(3), 190-201.
- Holden, R. J., Eriksson, A., Andreasson, J., Williamsson, A., & Dellve, L. (2015). Healthcare workers’ perceptions of lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals. *Applied ergonomics*, 47, 181-192.
- Holden, R. J., et al. (2011). A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Quality & Safety*, 20(1): 15-24.
- Hultell, D., & Gustavsson, J. P. (2010). A psychometric evaluation of the Scale of Work Engagement and Burnout (SWEBO). *Work*, 37(3), 261-274.
- Härenstam, A. (2010). Assessing organizational change – the impact of different informants. In Marklund, S. and A. Härenstam (eds), *The dynamics of organizations and healthy work*. pp. 42-64. Arbetsliv i omvandling [Work life in transition], 2010:5. Växjö: Linnéuniversitetet.
- Härenstam, A., Bejerot, E., Leijon, O., Schéele, P., Waldenström, K., & MOA Research Group. (2004). Multilevel analyses of organizational change and working conditions in public and private sector. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(3), 305-343.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the job demand-control (-support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24(1), 1-35.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1992) *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books
- Karsh, B. T., Waterson, P., & Holden, R. J. (2014). Crossing levels in systems ergonomics: a framework to support ‘mesoergonomic’ inquiry. *Applied ergonomics*, 45(1), 45-54.
- Kawachi, I., & Berkman, L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 174-90.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American journal of public health*, 89(8), 1187-1193.
- Kerfoot K. (1988). Nurse managers succession: the process of taking charge. *Nurse Economics*, 6(2), 86-87.
- Kira, M., Balkin, D. B., & San, E. (2012). Authentic work and organizational change: Longitudinal evidence from a merger. *Journal of Change Management*, 12(1), 31-51.
- Kira, M., van Eijnatten, F. M., & Balkin, D. B. (2010). Crafting sustainable work: development of personal resources. *Journal of Organizational Change Management*, 23(5), 616-632.

- Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., & Ferrie, J. E. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *Bmj*, 320(7240), 971-975.
- Kotter JP. (1995). Leading change: why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*. 73(2), 59–67.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J., Oksanen, T., Elovainio, M., Cox, T., & Wilkinson, R. G. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC public health*, 6(1), 1.
- Kristensen, T. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), 149.
- Kristensen, T. S., Hasle, P., Pejtersen, J. H., & Olesen, K. G. (2007). Organisational social capital and the health and quality of work of the employees—two empirical studies from Denmark. In ISOCA 2007. International Congress on Social Capital and Networks of Trust 18.-20. October.
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social science & medicine* 58(6):1075-84.
- Landsbergis, P. A., Cahill, J., & Schnall, P. (1999). The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *Journal of occupational health psychology*, 4(2), 108.
- Laschinger H.K., Wong C.A., Grau A.L., Read E.A. & PINEAU STAM L.M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877-888.
- Laschinger. H. K. S., Purdy, Cho J. & Almost J. (2006). Antecedents and consequences of nurse manager's perceptions of organizational support. *Nursing Economics*, 24(1), 20.
- Lavoie-Tremblay, M.; Bonin, J-P.; Lesage, A.D; Bonneville-Roussy, A and G.L. Lavigne (2010). Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *The Health Care Manager*, 29(4), 293-304.
- Lee, R.T. & B.E. Aschforth (1991). Work-unit structure and processes and job-related stressors as predictors if managerial burnout., *Journal of Applied Social Psychology*, 21(22), 1831-1847.
- Leutner, D., Leopold, C., & Sumfleth, E. (2009). Cognitive load and science text comprehension: Effects of drawing and mentally imagining text content. *Computers in Human Behavior*, 25(2), 284-289.
- Li, M. (2013). Social network and social capital in leadership and management research: A review of causal methods. *The leadership quarterly*, 24(5), 638-665.
- Liker, J. (2003). *The Toyota Way : 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*. McGraw-Hill.
- Lindgren Å., Bååthe F. & Dellve L. (2013) Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physicians engagement in health care development. *The International Journal of Health Planning and Management*. 28(2), 138-157.
- Lindorff, M., Worrall, L. and C. Cooper (2011). Managers' well-being and perceptions of organizational change in the UK and Australia. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 49(2), 233-254.
- Lindskog, P. (2014) *Kan lean bli hållbart i svensk sjukvård? [Can lean production be a sustainable measure in Swedish health care?]* (Lic avhandling), KTH- Royal Institute of Technology, Stockholm, Sweden.
- Llewellyn, S. (2001). Two-way windows': clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), 593-623.
- Lundberg, C. C. (1990). Towards mapping the communication targets of organisational change. *Journal of Organizational Change Management*, 3(3), 6-13.
- MacEachen, E., Polzer, J., & Clarke, J. (2008). "You are free to set your own hours": Governing worker productivity and health through flexibility and resilience. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1019-1033.
- Macinko, J., & Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly*, 79(3), 387-427.
- Martin, A. J., Jones, E. S., & Callan, V. J. (2006). Status differences in employee adjustment during organizational change. *Journal of Managerial Psychology*, 21(2), 145-162.
- Massey L, Williams S. (2006). Implementing change: the perspective of NHS change agents. *Leadership & Organization Development Journal*. 27(8), 667–681.
- Mazzocato P, Savage C., Brommels M., Aronsson H. & Thor J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 376-382.

- McCormack B, Rycroft-Malone J, DeCorby K, Hutchinson A, Bucknall T, Kent B, Schultz A, Snelgrove-Clarke E, Stetler C, Titler M, Wallin L, Wilson V. (2013). A realist review of interventions and strategies to promote evidence-informed healthcare: a focus on change agency. *Implementation Science*. 8(1), 107.
- Mintzberg H. (2009). *Managing*. Berrett-Koehler Publishers
- Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I. (2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology*, 22(3), 179-187.
- Nelson, E.C., Batalden, P.B. & Godfrey, M.M. (2007). *Quality by design. A clinical microsystems approach* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Norbäck, Targama, (2009). *Det komplexa sjukhuset. Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Northouse, P. G. (2012). *Leadership: Theory and practice. 3 rd ed*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Oksanen, T., Kawachi, I., Kouvonen, A., Takao, S., Suzuki, E., Virtanen, M., ... & Vahtera, J. (2013). Workplace determinants of social capital: cross-sectional and longitudinal evidence from a Finnish cohort study. *PloS one*, 8(6), e65846.
- Oksanen, T., Kouvonen, A., Kivimäki, M., Pentti, J., Virtanen, M., Linna, A., & Vahtera, J. (2008). Social capital at work as a predictor of employee health: multilevel evidence from work units in Finland. *Social science & medicine*, 66(3), 637-649.
- Olesen, K.G., Thoft, E., Hasle, P., Kristensen, T.S., (2008). *Virksomhedens sociale kapital (The Social Capital of the Business)*. Arbejdsmiljørådet.
- Oreg, S., Vakola, M., & Armenakis, A. (2011). Change recipients' reactions to organizational change A 60-year review of quantitative studies. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 47(4), 461-524.
- Orvik, A., & Axelsson, R. (2012). Organizational health in health organizations: towards a conceptualization. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 796-802.
- Oxenstierna, G., Widmark, M., Finnholm, K., & Elofsson, S. (2008). A new questionnaire and model for research into the impact of work and the work environment on employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(6), 150.
- Patel, V. L., Zhang, J., Yoskowitz, N. A., Green, R., & Sayan, O. R. (2008). Translational cognition for decision support in critical care environments: a review. *Journal of biomedical informatics*, 41(3), 413-431.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage.
- Pearse, N.J., Rugimbana, R. (2010). Towards a social capital theory of resistance to change. *Journal of Advances in Management Research* 7(2), 163-175.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian journal of public health*, 38(3 suppl), 8-24.
- Petterson, I. L., Hertting, A., Hagberg, L., & Theorell, T. (2005). Are trends in work and health conditions interrelated? A study of Swedish hospital employees in the 1990s. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 110.
- Plsek P.E. & Wilson T. (2001). Complexity science: complexity, leadership and management in healthcare organisations. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7315), 746
- Pokinska B. (2010) The Current State of Lean Implementation in Health Care: Literature Review. *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319-329.
- Pollitt, C & Bouckaert, G (2011). *Public management reform: A comparative analysis*. New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State. Oxford University Press, Oxford.
- Porter, M. E. (2009). A strategy for health care reform—toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109-112.
- Putnam, R.D., (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon and Schuster.
- Quattrone, P. & T. Hopper (2001). What does organizational change mean? Speculations in a taken for granted category. *Management Accounting Research*, 12(4), 403–435.

- Quinlan, M., & Bohle, P. (2009). Overstretched and unreciprocated commitment: reviewing research on the occupational health and safety effects of downsizing and job insecurity. *International Journal of Health Services*, 39(1), 1-44.
- Radnor, Z. & Walley, P., (2008.) Learning to walk before we try to run: adapting lean for the public sector. *Public money and management*, 28(1)13-20.
- Rahbek Gjerdrum Pedersen, E., & Huniche, M. (2011). Determinants of lean success and failure in the Danish public sector: a negotiated order perspective. *International Journal of Public Sector Management*, 24(5), 403-420.
- Reinertsen et al (2007). *Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: (www.IHI.org).
- Riches, E., & Robson, B. (2014). Clinical engagement: improving healthcare together. *Scottish medical journal*, 59(1), 62-66.
- Robertson P.J., Roberts D.R. & Porras J.I. (1993). Dynamics of planned organizational change: Assessing empirical support for a theoretical model. *Academy of Management Journal*, 36(3), 619-634.
- Robstad Anderson g (2015). *Understanding contextual instability, complexity and diversity in an organization undergoing a comprehensive job stress intervention: Implications for work environment, worker health and intervention effect*. (doktorsavhandling, Universitetet i Trondheim.)
- Ruiz, P., Martínez, R., & Rodrigo, J. (2010). Intra-organizational social capital in business organizations. A theoretical model with a focus on servant leadership as antecedent. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 1(1), 43-59.
- Schaufeli, W.B & Taris, T. (2014). A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. In Bauer G.F. and O. Hämmig *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*, pp. 43-68. Springer, Netherlands.
- Schaufeli, W.B, Bakker, A.B. and W. Van Rhenen (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893-917.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Scott, W. R. (2008). Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization Studies*, 29(2), 219-238
- Sederblad (red), (2013) *Lean i arbetslivet*. Liber förlag
- Shain, M., & Kramer, D. M. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(7), 643-648.
- Skagert K., Dellve L. & Ahlborg G. (2012). A prospective study of manager's turnover and health in a healthcare organization. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 888-899.
- Skagert K., Dellve L., Eklöf M., Pousette A. & Ahlborg Jr. G. (2008) Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organizations. *Applied Ergonomics*. 39(6), 803-811.
- Skakon J., Nielsen K., Borg W. & Guzman J. (2010) Are leaders well-being behaviors and style associated with the affective wellbeing of their employees? *Work and stress*, 24(2), 107-139.
- Skytt B. (2007). *First-line nurse managers preconditions for practise: The important Interplay between person and organization*. (Doctoral dissertation, Uppsala University)
- Spear, S., & Bowen, H. K. (1999). Decoding the DNA of the Toyota production system. *Harvard Business Review*, 77, 96-108.
- Strömberg, M., Eriksson, A., Bergman, D., Dellve, L. (2016). Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 116-125.
- Suzuki, E., Takao, S., Subramanian, S.V., Komatsu, H., Doi, H., Kawachi, I., (2010). Does low workplace social capital have detrimental effect on workers' health? *Social Science Medicine*, 70(9), 1367-1372.
- Svensson, L., Aronsson, G., Randle, H., & Eklund, J. (2007). *Hållbart arbetsliv-projekt som gästspel eller strategi i hållbar utveckling*. Gleerups Utbildning, Malmö.

- Szucs S, Dellve L, Björk L, Härenstam A, Jutengren G & Ljungblad (2015). *Organisatoriska vägar till hälsa: Långsiktigt hållbart förändringsarbete och chefskap i kommuner*. Slutrapport till AFA Försäkring.
- Szücs, S., Hemström, Ö. and S. Marklund (2003). Organisatoriska faktorerers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner. *Arbete och hälsa*, 2003(6), 1-40.
- Tansley, C., Newell, S., (2007). Project social capital, leadership and trust: a study of human resource information systems development. *Journal of Management Psychology*, 22(4), 350–368.
- Todnem By, R. (2005) Organisational change management: A critical review. *Journal of Change Management*, 5(4), 369-380.
- Vahtera, J. Kivimäki, M.; Pentti, J. and T. Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 484-493.
- Wallin, L. Pousette, A. and L. Dellve (2013). Span of control and the significance for public sector managers' job demands: a multilevel study., *Economic and Industrial Democracy*, 35(3), pp. 455-481.
- van Dierendonck, D och Nijtjen, I. (2011). The Servant Leadership Survey: Development and Validation of a Multidimensional Measure. *Journal of Business Psychology* 26(3), 249-267.
- Weimarsson, H. (2011). Nio av tio sjukhus har gått över till >> lean. *Lakartidningen*, 108(39), 1915.
- Westgaard, R. H., & Winkel, J. (2011). Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems—A systematic review. *Applied Ergonomics*, 42(2), 261-296.
- Wikström E. & Dellve L. (2009). Contemporary Leadership in Health Care Organizations: Fragmented or Concurrent Leadership. *Journal of Health Organization & Management*, 23(4), 411-428.
- Williamsson A, Dellve L, Karlton A. (2016). Visual management in hospital settings: use and benefits during organizational development. *Manuscript*.
- Williamsson A, Eriksson A, Dellve L. (2016). Organization of change agents during care process redesign in Swedish health care. *Journal of Hospital Administration*, 5(3), 20-32.
- Vink, P., Imada, A. S., & Zink, K. J. (2008) Defining stakeholder involvement in participatory design processes. *Applied Ergonomics*, 39(4), 519-526.
- Winkel, J., Edwards, K., Birgisdóttir, B. D., & Gunnarsdóttir, S. (2015) Facilitating and inhibiting factors in change processes based on the lean tool 'value stream mapping': an exploratory case study at hospital wards. *International Journal of Human Factors and Ergonomics*, 3(3-4), 291-302.
- Wong CA & Laschinger HK (2012). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947-959.
- Worrall, L., & Cooper, C. (2004). Managers, hierarchies and perceptions: a study of UK managers. *Journal of Managerial Psychology*, 19(1), 41-68.
- Xiao, Y., Schenkel, S., Faraj, S., Mackenzie, C. F., & Moss, J. (2007). What whiteboards in a trauma center operating suite can teach us about emergency department communication. *Annals of Emergency Medicine* 50(4): 387-395.
- Yin, R.K., (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.



Tryckt i Stockholm 2016, www.us-ab.com



3041 0550
Printed matter

Trots ett stort fokus på att öka effektivitet och kvalitet i svensk hälso- och sjukvård finns bristande kunskap om hur olika sätt att implementera utvecklingsprocesser i vården påverkar medarbetares arbete och arbetsförhållanden, engagemang och hälsa. Rapporten sammanfattar resultat från ett forskningsprojekt om hur man kan bygga och organisera kapacitet för hållbara utvecklingsprocesser. Resultat från delstudierna visar hur mer verksamhetsfokuserat ledarskap och förändringsledning, som anpassar utvecklingen efter verksamheternas specifika fortsättningar, har bäst betydelse i praktiken. När chefer och ledare balanserar behoven av styrning av utvecklingen med att bygga tillit och socialt kapital bidrar ledarskapet till engagemang i utvecklingsarbetet. Tillsammans med enkel och tydlig systematik som gärna visualiserades skapades synergier av engagemang, resurser i arbetet och utveckling av nya arbetssätt. Delad ledning, cheferfarenhet och organisatoriskt stöd till chefer understödde chefers arbete att leda hållbart utvecklingsarbete.

Rapporten vänder sig till såväl praktiker som forskare och beslutsfattare med intresse för hållbar utveckling av sjukvårdens processer.

TRITA-STH-PUB 2016:01
ISBN 978-91-7595-892-7