

NÅR LEAN ORGANISERER PÅ HOSPITALET



Februar
2017

Konklusioner fra en Phd-Afhandling

Lean er kendt og anvendt af mange offentlige organisationer i Danmark. Selv om Leans anvendelighed de fleste steder er slået fast, bliver Lean imidlertid ved med at udfordre og skabe konflikt. Hvorfor det? Dette spørgsmål – og mange andre – bliver belyst i denne rapport, som er baseret på en PhD-afhandling af Amalie Martinus Hauge.

Alternative organiseringmuligheder: Med Lean på hospitalet

KONKLUSIONER FRA EN PHD-AFHANDLING

Langt de fleste offentlige organisationer i Danmark har stiftet bekendtskab med Lean. Særligt på landets sygehuse er Lean blevet udbredt, blandt andet gennem målstyringstavler og værdistrømsanalyser. Mange steder har Lean skabt positive resultater, men Lean har også mødt barrierer og skabt konflikt. Hvad er det ved Lean, som på én gang vækker begejstring og modstand? I gennem et etnografisk studie af Juliane Marie Centrets Lean-arbejde, har forsker Amalie Martinus Hauge stillet skarpt på, hvad der sker på det organisatoriske niveau, når en hospitalsafdeling arbejder med Lean. Undersøgelsen viser, at de egenskaber ved Lean, som har det største potentiale, faktisk samtidig er dem, som vækker størst modstand. Det drejer sig blandt andet om Lean's begreb om tid, sted og brug af metrik, som på den ene side udfordrer den eksisterende organisation, men på den anden side også bibringer alternative anvendelige muligheder for at tænke nyt om ledelse og organisering. Resultaterne i denne rapport stammer fra PhD afhandlingen 'Organizing Valuations: A pragmatic Inquiry', som er blevet til i et samarbejde mellem Institut for Organisation på CBS og Juliane Marie Centret på Rigshospitalet.

OM DENNE RAPPORT: BAGGRUND OG OPBYGNING

Denne rapport opsamler en række af de resultater, som er relevante for dig, der er interesseret i at få en dybere organisatorisk forståelse af, hvad der sker, når Lean bliver implementeret på hospitalet. Den forskningsinteresserede, der vil have de teoretiske diskussioner og empiriske detaljer med, kan med fordel læse den egentlige afhandling. Den opskriftssøgende, der vil have korte svar og hurtige løsninger, vil finde noget andet i denne rapport, men forhåbentligt noget, som vil danne bedre grobund for de svar og løsninger Lean tilbyder, og som blandt andet beskrives glimrende andetsteds, f.eks. i hæftet Lean på Hospitalet i Praksis (2010). De næste sider beskriver først baggrunden for undersøgelsen, og opsamler så undersøgelsens hovedkonklusioner.

OM UNDERSØGELSEN: ET FORSKNINGSBASERET, ORGANISATORISK BLIK PÅ HOSPITALET

Resultaterne i undersøgelsen stammer fra et etnografisk studie, som er foretaget som en del af et samfinansieret PhD-projekt. 'Samfinansieret' betyder, at den er funderet og finansieret i samarbejde mellem et universitet og en offentlig eller privat partnerorganisation. Det særlige ved samfinansierede afhandlinger er, at man på én gang sikrer et højt fagdisciplinært indhold gennem tilknytningen til universitetsmiljøet og en tung, empirisk ballast gennem tilknytningen til partnerorganisationen. Denne afhandling er tilknyttet Center for Health Management på Institut for Organisation på CBS; et af de få centre i Danmark, som er specialiseret i organisation og ledelse på sundhedsområdet. Den er også tilknyttet Juliane Marie Centret på Rigshospitalet, som er blandt de hospitalsafdelinger i Danmark, som har arbejdet mest intenst med Lean og opsamlet en række relevante erfaringer til gavn for dem selv og andre afdelinger. Denne konstellation har netop givet mulighed for at belyse Juliane Marie Centrets Lean-arbejde med et blik for de organisatoriske muligheder og udfordringer, der kan opstå her.

EN ETNOGRAFISK UNDERSØGELSE: HVORFOR DET?

Undersøgelsen bag denne rapport er et etnografisk studie. Det vil sige, at data er indsamlet gennem en række kvalitative metoder, blandt andet observationsstudier, skyggemetode, og kvalitative interviews. Etnografiske undersøgelser bliver sjældent brugt til at undersøge sundhedsfaglige problemstillinger, men er meget udbredt, når det kommer til organisatoriske problemstillinger. Det skyldes for det første, at organisatoriske problemstillinger ofte i større eller mindre grad har et eksplorativt udgangspunkt: De er designet til at kunne få øje på dynamikker og problemstillinger, som ikke på forhånd er defineret, i modsætning til kvantitative undersøgelser, hvor man ofte er interesseret i at finde statistiske sammenhænge, som f.eks. kan bruges til at be- eller afkræfte en hypotese. For det andet har etnografiske undersøgelser typisk en adaptiv tilgang. Det indebærer, at man er i stand til løbende at reorientere sin undersøgelse på baggrund af opsamlet materiale, sådan at man kan indsamle data om netop de emner, der viser sig at være mest vigtige, med de metoder, som viser sig at være mest egnede.

Udgangspunkter	Metoder						Tidetal				
	Enhed/Aktivitet	Observationer	timer	Skyggemetode	timer	Interviews		timer	Dokumenter	Andet	timer
Pilotstudie	Observationer	Møde med Leankonsulent Bogudgivelse "Dette er Lean" Børneungeklinikken Infusionsafsnit Obstetrisk afsnit Operation og anæstesi Onkologisk afsnit Introduktion til nye medarbejdere	1 2 5 2 2 7 5 2			5 interviews med pro + kritikere af Lean, udvalgt af centerledelse 1 centerleder	6	Lean/forbedringspolit ikker, dokumenter m.m. Hjemmesider Websites		30	
	Tavle-møder (TM)	Neonataliknikken, tavlemøder Strategiworkshop	7 2	1 dag Lean konsulent 2x1 dag overlæger 1 dag spl	2 7 4	2 spl 4 overlæger 3 kimikledelse 1 Lean konsulent 1 sekretær	2 4 3 1 1	Fotos Materiale til historisk undersøgelse Elektronisk materiale	Uformelle samtaler og diverse møder	2 2	35
Projekter	Gynækologi opstart af TM	4 møder om planlægning m.m.	6,5	1 dag overspl	4	2 spl	1,5		Uformel samtale, køkken	1	13
	Klinik for sjældne sygdomme	1 planlægningsmøde	1	Overlæge	4						5
Projekter	Børneungeklinikken	9 planlægningsmøder 5 visitationsmøder af ca. 30 minutter	16 3	2x1dag, kimikledelse 2x1 dag... overlæger	8 14	1 eksternt Lean konsulent 2 uformel, intern Leankonsulent 1 overlæge 2 Overspl	1 2 1 2				48
	Fertilitetsprojekt	4 workshops, value stream mapping	10,5								10,5
Topledelse	GYN-abort	2 planlægningsmøder	4	1 nurse	4,5						8,5
	Strategiarbejde	6 møder/workshops	7			1 head of unit	1	Strategi dokumenter / KPI udvikling	Introduktion til nye medarbejdere Strategi dag	5 5	18
Andet	Leanmøder	4 møder	2								2
	Netværk m.m.	1 præsentation	1			1 regional repræsentant 1 rep fra Righospitalet	1	Lean litteratur review Danske policy dokumenter	Lean agent kursus	24 30	55
Timer total	Hospitalklovn-projekt	1 møde	1								1
			87		47,5		27,5				67
Tilstedeværelse på hospitalet uden aftale, inkl. observationer i centret, interviews og skyggemetoder, ca. 2,5 dag af 5 timer pr. uge i 10 måneder, bliver cirka to										(564)	



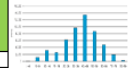






FIGUR 1: OVERBLIK OVER METODER

KONKLUSION 1: LEAN KAN BÅDE KOMPLICERE OG STRØMLINE

Den første konklusion fra undersøgelsen er, at Lean i nogle tilfælde kan komme til at øge kompleksiteten snarere end at strømline arbejdet i hospitalsorganisationer. Denne konklusion hviler på et casestudie af et hospitalets brug af målstyringstavler.

Det empiriske eksempel: Brug af målstyringstavler i neonatal-klinikken

Neonataalklinikken var den af Juliane Marie Centrets klinikker, som først begyndte at bruge tavler til målstyring. Det kom sig af et ønske om at frigive tid fra administrative opgaver til brug på behandling og forskning. Da dette studie blev gennemført, havde Neonataalklinikken arbejdet med målstyringstavler i flere år, og selv om de i nogles øjne havde opnået positive resultater, var der også en vis træthed forbundet med de ugentlige tavlemøder. Dette viste sig blandt andet i arbejdet mod deres mål om at forbedre deres håndtering af CVKer (samlebetegnelse for centralt venekateter, longline-kateter og navlevenekateter).

NEONATALKLINIKKEN	Strategi og mål	Resultater	Handleplaner	Status
<p>Målstyring og løbende forbedringer (Kaizen)</p> 	<p>KPI: Reducere dødeligheden for for tidligt fødte Mål: 25 % reduktion</p> <p>Formål: Reducere antallet af og øge intervallerne mellem CVK-relaterede infektioner blandt alle klinikkens patienter</p> <p>Indikator: Antallet af patienter med CVK med positive blod- dyrkning resultater</p>	Ingen resultater	<p><u>Se nedenfor</u></p> <p>- Accidental sep - Daglig indika</p>	<p>Fælles tavlemøde Tirsdag 9.05-9.20 i konferencerummet</p> 
<p>Just do it</p> <p>Pass on</p>	<p>KPI: Reducere dødeligheden for for tidligt fødte Mål: 25 % reduktion</p> <p>Formål: Reducere antallet af og øge intervallerne mellem CVK-relaterede infektioner blandt alle klinikkens patienter</p> <p>Indikator: Antallet af patienter med CVK med positive blod- dyrkning resultater</p>	<p>Uge 7</p> <p>0 Acc. dis</p> 	<p>Definitionen af accidental seponering: 1) Det blev ikke bestilt af en læge 2) Det gled uventeret ud</p>	
<p>Prioritet</p> 	<p>KPI: Reducere dødeligheden for for tidligt fødte Mål: 1 AS/6 uge</p> <p>Formål: Reducere antallet af CVK-infektioner blandt alle patienter indlagt i neonataalklinikken med et CVK</p> <p>Indikator: Antallet af patienter med CVK hvor den daglige indikation for CVKet er dokumenteret i ICIP</p>	<p>25 %</p> 	<p>11/2-15: Husk at tale om de gode episoder + husk hvorfor det giver mening at tjekke det her!</p>	
<p>Nye forslag</p> 	<p>18/2: Forbedre interessen og dialogen ved møderne</p>		<p>25/2: Suggestions 1) Suggestions can also be about improvement of other quality issues Make visible the dialogue and action taken at team meetings</p>	

FIGUR 2: GENGIVELSE AF NEONATALKLINIKKENS TAVLE

I Neonataalklinikken er en af de overordnede KPI'er at reducere mortaliteten for for tidligt fødte børn. Som led i arbejdet mod dette mål, har de blandt andet fokuseret på at reducere antallet af og forøge intervallet mellem infektioner relateret til CVKer hos alle patienter i klinikken. Et konkret mål da denne undersøgelse blev gennemført var, at de ville øge andelen af patienter med centralt venekateter, hvor daglig stillingtagen til indikation for CVK var dokumenteret i ICIP. Med andre ville de sikre, at CVKets fortsatte relevans blev vurderet og dokumenteret dagligt hos minimum 85 procent af patienterne. Indsatsen imidlertid kun en meget moderat stigning i antallet af daglige indikationer. Dette var ellers et mål, som klinikken på tværs af professioner og titler var blevet enige om. Og hvorfor så det? Hvordan kan det være, at en indsats man i fællesskab havde udpeget som

værdibærende for klinikken, ikke udmøntede sig i det forventede resultat? Disse spørgsmål satte retning for undersøgelsens første del.

Metodisk fremgangsmåde

Målstyringstavlemøder i Neonatalklinikken										
Observationer	Timer	Skygge	Timer	Interviews	Timer	Dokumenter og fotos m.m.	og Andet	Timer	Total	
13 tavlemøder på ca. 30 minutter	7	Lean manager	2	2 spl overlæger	2	Fotos, dokumentation som fx A3er m.m.	lean- Uformelle samtaler	2	35	+
Strategidag	4	Overlæger 2pl	7	3 klinikledelse	4				skriftligt materiale	
			4	1 Lean konsulent	1					
				1 sekretær						

FIGUR 3: METODER, ANALYSE 1

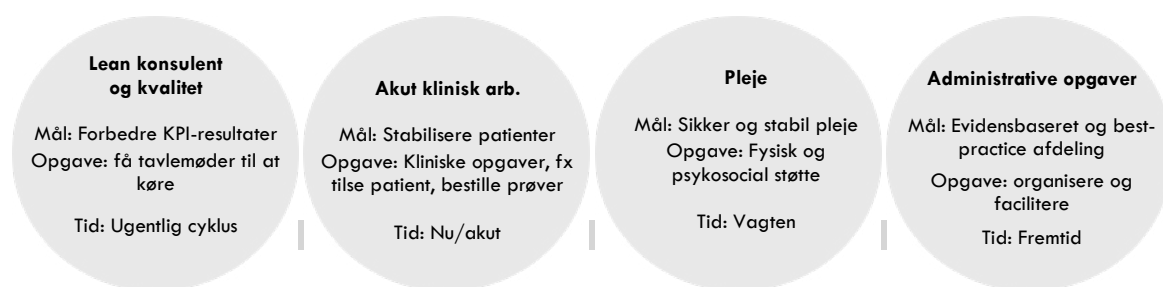
Undersøgelsen blev tilrettelagt for at undersøge de modsatrettede stemmer og erfaringer, som var til stede i Neonatalklinikken. Formålet var altså ikke, at dokumentere en general tendens ved brug af tavlemøder, men at danne basis for analytisk generaliserbarhed ved at stille skarpt på udfordringer og problematikker som de kom til syne her, og dermed frembringe analyser til gavn for andre, der oplever lignende problematikker. Gennem det empiriske studie viste det sig, at tavlemøderne blev tilskrevet forskellig værdi gennem forskellige værdipraksisser, som fandtes i Neonatalklinikken, og ydermere, at denne værdi ikke kun handlede om målet eller handlingens relevans, men ligeså meget om den praktiske organisering af selve møderne. Begrebet 'værdipraksis' trækker på begreber fra organisationsteori og værdistudier, og peger på, at selv om en organisation ofte har et fælles mål, knytter der sig til udførelsen af konkrete opgaver, et særligt delmål og en særlig tidsopfattelse.



FIGUR 4: VÆRDIPRAKSIS

Konklusion: Tavlemøder med eget greb om værdi og organisering kan øge kompleksiteten

I Neonatalklinikken – og i mange andre klinikker og afsnit, som arbejder med målstyringstavler – er ideen, at tavlerne skal forene medarbejderne mod et fælles mål, og tydeliggøre, at hver medarbejder spiller en rolle for at opnå dette mål. Den skal så at sige koordinere og integrere de forskellige værdipraksisser, der findes på en afdeling. Med et organisationsteoretisk blik, er det en relevant strategi, som dog kan være svær at udføre i praksis. I Neonatalklinikkens bestod det svære, som f.eks. kom til udtryk i den kun moderate stigning i antallet af daglige indikationer i ICIP, i, at tavlemøderne i stedet for at forene og koordinere de eksisterende værdipraksisser, kom til at tilføre en værdipraksis yderligere til afdelingen. Tavlemødernes forståelse af klinikkens mål, klinikkens egentlig opgave og klinikkens tidshorisont, kom på den måde til i sig selv at udgøre endnu et element der skulle integreres og koordineres i klinikken, hvilket komplicerede klinikkens arbejde yderligere.



FIGUR 5: SAMMENLIGNING AF VÆRDIPRAKSISSE

Figur 5: Sammenligning af værdipraksisser. Figur 5 illustrerer, hvordan forskellige forståelser af delmål, opgave og tidshorisont er på spil i klinikken. I klinikken findes yderligere værdipraksisser, men illustrationen af disse fire rækker i forhold til at belyse problematikken her. For Leankonsulenterne og kvalitetsudvalget (som samarbejdede i Neonatalklinikken), var det centralt at sikre at klinikken forbedrede sin performance i forhold til den vigtige KPI om at reducere dødeligheden blandt de for tidligt fødte. Derfor var det nødvendigt, at kunne dokumentere at afdelingen forbedrede sin håndtering af CVKerne, og dermed at der kom bedre resultater på tavlen uge efter uge. Lægerne der løste akutte opgaver, var fra start helt indforståede med vigtigheden af at sikre et CVK's relevans. Forskning viser, at jo længere en patient har anlagt et CVK, desto større er risikoen for infektion. Ved dagligt at vurdere CVKerne, øgede de sikkerheden for, at CVK'et blev fjernet så hurtigt som muligt. Imidlertid kom denne enighed i vurderings værdi jo ikke til udtryk i flere indikationer. Dette skyldtes ifølge lægerne, at det i mange tilfælde virkede irrelevant, forstyrrende eller blot ikke så vigtigt som andre ting, at foretage klikket i ICIP. I en travl dag med mange kritiske patienter, oplevede flere af de akut-orienterede læger altså ikke, at klikket i ICIP var den mest værdifulde måde, hvorpå de kunne bidrage til at opnå målet om at reducere dødeligheden blandt de for tidligt fødte patienter. Hvad angår sygeplejerskerne, var deres rolle primært at minde lægerne om at sætte krydset. Dette medførte frustrationer for sygeplejerskerne, som følte sig magtesløse over for de tilbagevendende, dårlige resultater. For lægerne med administrative ansvar, blev både tavlemøderne og indikationerne af CVKernes relevans imidlertid i vid udstrækning opfattet positivt, idet de bidrog til at give lægerne et overblik over klinikken og dens aktuelle udfordringer.

Som disse eksempler viser, var der en uoverensstemmelse mellem tavleledernes – i dette tilfælde kvalitetsudvalget og leankonsulenternes - oplevelse af det værdifulde i indsatsen om at indikere CVK-vurderinger i ICIP og mange lægers og sygeplejerskers oplevelse. Alligevel forblev målet på tavlen i en lang periode, fordi ingen tilsyneladende vidste, hvordan de skulle komme videre. Alle mente, at deres opførsel var til patientens bedste og ingen havde autoritet eller lyst til at overtrumfe de andre. I stedet skete der i en periode en gradvis dekobling af tavlemøderne fra Neonatalklinikkenes andre opgaver, hvor både engagement og deltagerantal i møderne dalede, samtidig med at konflikter og modpositioner udkrystalliserede sig. Denne udvikling er ikke unik, og mange afdelinger vil kunne lære af de erfaringer, Neonatalklinikken og Juliane Marie Centret gjorde sig. Juliane Marie Centret har nemlig været meget bevidst om, at den form for tavletræthed er et problem, der skal forebygges.

Hvad kan man lære af det?

Hvis tavlemøder skal bidrage positivt til en afdelings arbejde, er det helt centralt at dvæle ved det første af Leans principper om at fastlægge hvad der giver værdi for kunderne. Dette princip handler ikke bare om at finde ud af, hvem kunden er, selv om dette i sig selv kan være mere kompliceret på et hospital end i en produktionsvirksomhed, da patienten jo i Danmark ikke køber sine ydelser. Det handler også om at anvende Lean's princip om løbende forbedringer til at kaste et granskende blik på den organisatoriske praksis tavlemøderne udgør. Her kan man med fordel benytte værdipraksis-kategorierne som udgangspunkt for en vurdering:

- Hvilke delmål findes i det afsnit, tavlerne knytter sig til, og hvordan forholder målene på tavlen sig til disse? Bliver kompleksiteten reduceret eller forøget via tavlens mål?
- Hvilke delopgaver findes i afsnittet, og hvordan spiller de sammen med dels afholdelsen af selve møderne, og dels opnåelsen af tavlens mål?
- Hvilke tidshorisonter findes i afsnittet, hvordan passer de med tavlens ugentlige tidshorison, og hvad kan man gøre for at gøre møderne tidsligt relevante for flest muligt i afsnittet?

Læs evt. mere om denne del af undersøgelsen i artiklen 'The Organizational Valuation of Valuation Devices - Putting Lean whiteboard management to work in a hospital department' publiceret i *Valuation Studies* 2016, samt i artiklen 'Indblik i en hospitalsafdelings erfaringer med tavletræthed' *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* nr 2, 2016.

KONKLUSION 2: LEAN OPERERER MED EN DISTINKT ORGANISATORISK OPFATTELSE

En anden konklusion er, at Lean har en implicit forståelse af, hvordan en organisation fungerer. Dette er ikke i sig selv et problem, men det kan det være, hvis man antager, at Lean er et neutralt værktøj. Denne konklusion er baseret på et casestudie af et hospitalafsnits arbejde med at forbedre deres visitationspraksis.

Det empiriske eksempel: Leankonsulenter bistår BørneUngeKlinikken

BørneUngeKlinikken er den største klinik på Juliane Marie Centret, og har måske derfor i mange år været optaget af, hvordan samarbejde og organisatoriske praksisser på tværs i klinikken kan forbedres. Som et led i dette arbejde, besluttede de i 2015 at forbedre deres visitationspraksis, som en del af løsningen af deres kapacitetsproblem. Tanken var, at de ved at skærpe og præcisere kriterierne som bruges til at løse visitationsopgaven kunne sikre at patienterne blev placeret i den rette seng med det samme, og på den måde nedbringe antallet af u hensigtsmæssige flytninger m.m. I den anledning fik de hjælp fra både JMCs interne Lean konsulent og to eksterne Leankonsulenter, med erfaring fra bl.a. Novo Nordisk og Toyota. Sammen tilrettelagde repræsentanter fra BUK (ledelse og udvalgte afdelingssygeplejersker og læger) og Lean-konsulenterne en række workshops, hvor visitationskriterier og -praksisser skulle granskes og strammes op. På trods af en overordnet enighed om, hvad der skulle ske på workshopsne, viser det sig, at det er næsten umuligt at justere på visitationskriterierne, uden samtidigt også at justere på, hvad selve

visitationsopgaven egentlig går ud på, og hvilken rolle de professionelle spiller i den sammenhæng. På den måde kommer processen til at handle om meget mere end visitationskriterier.

Metodisk fremgangsmåde

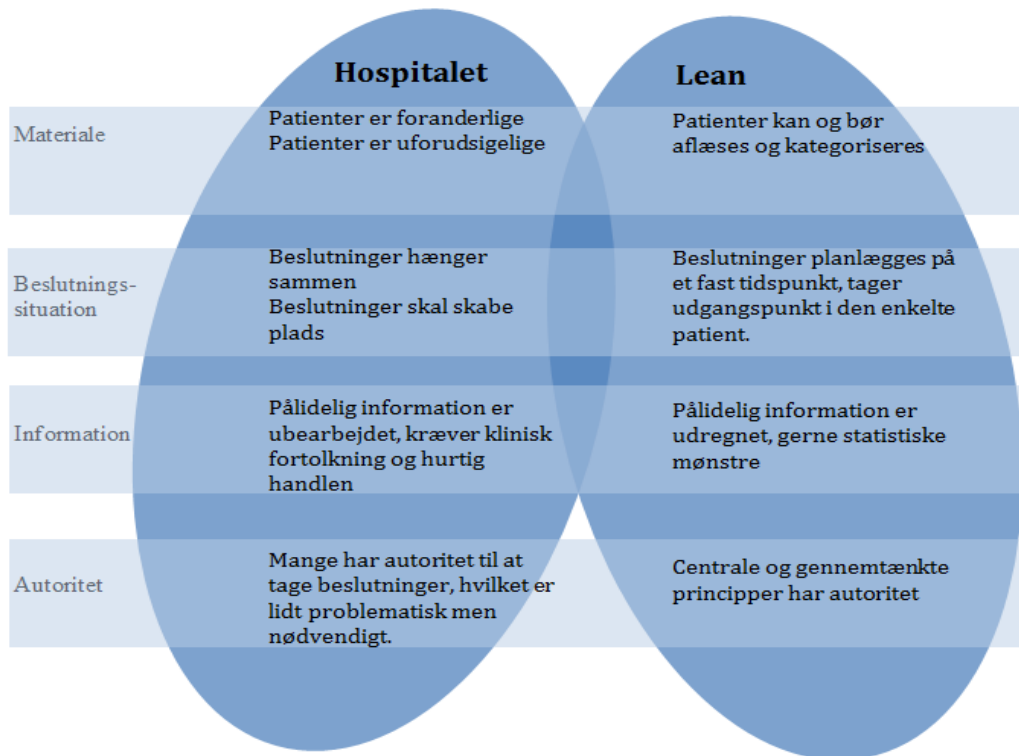
Forbedring af BUKs visitationspraksis, faciliteret af Leankonsulenter								
Observationer	Timer	Skygge	Timer	Interviews	Timer	Dokumenter og fotos m.m	Total	
9 workshops /møder	16	2*1 dag, 8	8	1 ekstern leankonsulent	1	Løbende dokumentation fra workshops + materiale	48	+
5 visitations-møder	3	2*1 dag, overlæger	14	2 uformelle med intern konsulent	1	planlægningsdokumenter	skriftligt	
				1 overlæge	2			
				2 ledende spl				

FIGUR 6: METODER, ANALYSE 2

Denne del af undersøgelsen blev tilrettelagt for at belyse, hvordan forskellige syn på visitationsopgavens natur kom på spil i workshopsene. Formålet med at fremhæve dette er at vise, hvordan forskellige organisationsforestillinger kan være på spil under overfladen, selv om vi oplever, at vi taler om det samme. Ved at belyse den problemstilling, vil vi måske kunne blive bedre til at løse de konflikter, der nogle gange opstår, når vi arbejder med ledelsesteknologier som f.eks. Lean. Analysen er inspireret af en klassisk organisationsteoretisk pointe om, at den måde vi definerer 'organisation' på, er formende for hvad vi ser som essentielt og som perifært (Scott & Davis 2007). For at udforske hvordan forskellige forestillinger om organisationen til tider var på spil i Lean-workshopsene, brugte analysen fire kategorier, som er formuleret organisations-teoretikeren Mintzberg (1979): Materialet, beslutningssituation, information og autoritet. Den organisatoriske konfiguration af disse fire kategorier er afgørende for, hvordan opgaven kan og bør håndteres, argumenterer Mintzberg.

Konklusion

I løbet af de workshops, BørneUngeKlinikken arrangerede for at stramme op på de kriterier de brugte, når de skulle beslutte hvor patienter skulle indlægges, udskrives, flyttes, udsættes og så videre, opstod der spændinger omkring, hvad visitationsopgaven egentligt går ud på. Disse spændinger handlede på én gang om indlejrede organisatoriske forståelser hos henholdsvis Leankonsulenterne og de sundhedsprofessionelle, og om at fastholde sin egen rolle og relevans i organisationen. Figuren bruger Mintzberg's fire kategorier til at vise, hvordan spændingerne omkring visitationsopgaven omhandlede helt konkrete og nogle gange lavpraktiske problemstillinger, som fx hvor og hvornår man tager visitationsbeslutninger.



FIGUR 7: SPÆNDINGER OM OPGAENS DELE

Opstillingen er sat på spidsen for at tydeliggøre spændingen, og gøre den genkendelig for andre. Formålet med den er altså ikke at sige, at der i alle sammenhænge eksisterer disse spændinger, eller at de altid gjorde sig gældende i de observerede workshops.

Figuren viser først, hvordan der i workshopsene var forskellige forståelser af, hvilken type 'materiale' en patient – og en seng, for den sags skyld – egentlig er. En af de centrale forskelle var her, at de sundhedsprofessionelle argumenterede for, at det kræver et skarpt klinisk blik at vurdere patienten, hvilket gør det nødvendigt for de professionelle at være i tæt og løbende kontakt med de patienter, der skal visiteres. Omvendt argumenterede Leankonsulenterne for, at det er nødvendigt at kategorisere patienterne og følge fastlagte regler, fordi visitationsopgaven ellers vil være for afhængig af den enkelte persons dømmekraft, hvilket vil gøre det yderst kompliceret at håndtere og forbedre klinikkens pladsproblem.

Dernæst viser figuren, at der er forskellige forståelser af beslutningssituationen på spil. Leankonsulenterne argumenterede for, at beslutningssituationen bør finde sted på et fast tidspunkt og følge faste regler. Desuden bør én patient ad gangen vurderes i forhold til de fastlagte regler. Dette var de sundhedsprofessionelle til en hvis grad enige i, men stillede spørgsmål ved princippet om at vurdere én patient ad gangen: Tales der om den patient, der er på vej til at blive indlagt, flyttet, eller begge på én gang? De sundhedsprofessionelle argumenterede for, at den beslutning der er god for det barn, der skal indlægges akut, ikke nødvendigvis er god for det barn, der i samme omgang må flyttes.

For det tredje viste der sig under workshopsene forskellige forståelser af hvad brugbar information er. De sundhedsprofessionelle fremhævede især det man kan kalde 'direkte'

information; dvs. information som ikke har været igennem for meget forarbejdning, som f.eks. en besked om, at der er en pige med panodilforgiftning på vej, eller at der er brug for mere plads i et bestemt afsnit. Derimod fremhævede Lean-konsulenterne vigtigheden af statistiske beregninger, i forhold til at finde ud af, hvordan man kan udnytte afdelingens kapacitet maksimalt: Er der f.eks. senge, som ikke udnyttes maksimalt, eller afsnit som konstant er overbelagt? Under workshopsene var der forskellige holdninger til, hvad disse udregninger kan bruges til; nogle mente, at det ikke gør en forskel, så længe der ikke kommer flere ressourcer til afdelingen, hvor andre mente, at man godt vil kunne omlægge den nuværende struktur og på den måde opleve at få mere plads.

For det fjerde viste der sig forskellige forståelser af, hvem der har og bør have autoritet til at træffe beslutninger om, hvordan patienterne skal visiteres. De sundhedsprofessionelle er vant til at autoriteten er distribueret til de erfarne overlæger, som hver især kan træffe beslutninger uden central godkendelse eller koordination. Desuden findes der et alment kendt men uformelt hierarki mellem forskellige specialer og personer, som spiller en tydelig rolle i den eksisterende praksis for hvor patienter kommer til at blive placeret: F.eks. vil afsnit med 'kendte' patienter gerne have deres patienter hos sig, selv om det er mere et socialt end et klinisk hensyn, der i de tilfælde honoreres.

Som det fremgår, kom diskussionerne om hvordan man kan skærpe distributionskriterierne også til at handle om, hvad den professionelle opgave i forbindelse med visitationen egentlig er: Handler det om et skarpt klinisk blik, og om at kunne navigere i uformelle hierarkier og bruge sin faglighed til at være kreativ brandslukker, eller handler det i første omgang om at definere nogle præcise og skræddersyede retningslinjer, som de hospitalsansatte dernæst finder fornuftige og følger? Denne undersøgelse har ikke svaret på dette spørgsmål, og det er ikke sikkert, at et ja til det ene, betyder nej til det andet. Formålet med at fremhæve de forskellige spændinger, som former hvad visitationsopgaven egentlig består i, er at illustrere, at en ledelsesteknologi ikke er neutral, men kommer med nogle mere eller mindre eksplicite og mere eller mindre afstemte opfattelser af, f.eks. det materiale, der håndteres i opgaven, om hvordan der besluttes, hvad information er, og hvem der har autoritet til at træffe beslutninger.

Hvad kan man så lære af det?

Når man laver Lean-projekter er det nok velkendt i de fleste hospitalsafdelinger, at sundhedsprofessionelle – i hvert fald til at starte med – kan stejle over den jargon som nogle gange introduceres sammen med Lean. Både 'Gemba', 'Kaizen' og 'værdistrøm' og 'kunde' får mange sundhedsprofessionelle til at være på vagt. Når de særlige, sproglige udtryk ikke længere udgør en forhindring, kan det imidlertid være svært at få øje på årsagerne til, at det alligevel ikke altid føles som om, man taler samme sprog, eller taler om den samme opgave. I de tilfælde, kan det på baggrund af denne analyse, være relevant at undersøge, om forskellige forståelse af den angivne opgave og den organisatoriske 'virkelighed', opgaven knytter sig til, er på spil. De forskellige forståelse kan både være strategiske værktøjer til at beskytte eller forsvare sin egen position, eller de kan være mere indlejrede og vanebaserede antagelser om, hvordan noget er. I begge tilfælde vil det kunne løse knuder i samarbejdet, hvis modsatrettede forståelser bliver anskueliggjort.

I den forbindelse, kan følgende spørgsmål være relevante:

- Hvilke forskellige arbejdsopgaver knytter der sig til det patientforløb, eller den praksis, vi vil forbedre? Og hvordan konstitueres patienten i hver opgave? Er patienten f.eks. repræsenteret af tal, af fornemmelser for hans/hendes historie og aktuelle situation, som en del af et puslespil, eller noget helt fjerde?
- Hvilke beslutninger indgår i det patientforløb, der er fokus på, og hvad er de professionelles rolle i den forbindelse? Hvornår anses noget for en beslutning, og hvornår drejer det sig i højere grad om at løse en 'almindelig' opgave?
- Hvilken information hjælper os til hhv. at træffe beslutninger om, hvad der skal ske med patienten i det aktuelle forløb eller i den aktuelle praksis, og til at kunne forbedre dette på et mere generelt niveau? Hvilke forskellige informationskilder anser deltagerne som mest troværdige, og mest relevante for at løse den aktuelle opgave?
- Hvem har autoritet til at træffe beslutninger omkring denne opgave? Hvad er fordele og ulemper ved hhv. at centralisere og decentralisere autoriteten, og hvordan former det de professionelles rolle?

KONKLUSION 3: LEJLIGHEDSVIS LEAN

Endelig konkluderer undersøgelsen, at Lean både intentionelt og mere vilkårligt, og både i afsnit hvor det kører godt med Lean og hvor det ikke gør, kommer til at tilbyde alternative organiseringsmuligheder. Denne konklusion er baseret på observationer på tværs af Juliane Marie Centret af situationer, hvor Lean optrådte uden for de situationer, hvor det er designet til at være (fx tavlemøder og projekter).

Empiriske eksempler på tværs af JMC

I Juliane Marie Centret er Lean ikke længere en ny og vovet idé, men er i mange sammenhænge blevet til en velkendt og integreret del af hverdagen. Det betyder også, at Lean ikke længere har den nyhedsværdi og det momentum, som kendetegner nye og 'friske' tiltag. I nogle afsnit er Leanaktiviteterne med tiden faset ud, og flere steder bliver tavlerne f.eks. ikke længere opdateret, og andre steder kan man ikke huske, hvilke projekter der blev foretaget i Lean-regi og hvilke, der var noget andet. Som en kontrast til dette billede, opstod der i forskellige sammenhænge lejlighedsvis situationer, hvor Lean blev anvendt til at tackle problemer, som ikke var decideret uden for Leans fokusområde, men heller ikke en del af de planlagte, organiserede aktiviteter. Af sådanne eksempler kan to fremhæves: Etableringen af akutvogne på Neonatalklinikken og Leans rolle i faste-sagen.

I Neonatalklinikken gik det – som allerede beskrevet i denne rapport – ikke helt gnidningsfrit med deres tavlemøder og deres projekter. Lean kom til at øge kompleksiteten i klinikken og havde fået et noget blakket ry. Imidlertid var der bred enighed om Leans rolle i den vellykkede etablering af akutvogne. Akutvogne var en løsning på det pladsproblem der opstod, når børn blev indlagt og det rigtige udstyr skulle kunne skaffes hurtigt, men på den

anden side ikke kunne optage al pladsen i rummet. I stedet for at skulle hente det i et opbevaringsrum, etablerede en projektgruppe en akutvogn, sådan at man kunne køre den ind på barnets stue, tage det relevante udstyr og køre vognen ud igen, så der fortsat var arbejdsplads. Leans rolle i den sammenhæng mulighedskabende dels på en lavpraktisk måde, idet Lean gjorde det muligt at arrangere et mini-projekt, og dels på en mere abstrakt vis, idet Lean gjorde det muligt at sætte sig ud over de prioriteter, der til daglig står højest på listen.

I forbindelse med fastesagen blev Lean også fundet brugbar. Sagen drejede sig om, at nogle børn i forbindelse med operationer kom til at faste for længe. Det havde fået nogle forældre til at gå til pressen, hvilket skabte en kompleks situation, hvor Juliane Marie Centret på én gang skulle tage hånd om de påvirkede familier og børn, om pressen og om fastetiderne som organisatorisk problem. I den forbindelse kom centrets interne Lean-konsulent til at facilitere den organisatoriske del af de workshops, hvor man arbejdede med problemet. Her skulle mange forskellige afsnit, faggrupper, funktioner og endda forældre samarbejde om at finde løsninger. Her viste det sig, at Leanværktøjer som i andre sammenhænge blev kritiseret og pillet fra hinanden af de sundhedsprofessionelle, kom til at virke samlende og integrerende på de forskellige opfattelser af, hvad problemet og dets løsning var. F.eks. gjorde Leankonsulent brug af et fiskebensdiagram, som helt konkret gjorde det muligt at samle de forskellige del-problemer og tilknyttede løsninger og gøre dem til dele af et fælles problem, nemlig de for lange fastetider.

Metodisk fremgangsmåde

Situationer på tværs
I alt bestod det etnografiske studie af ca 550 timers tilstedeværelse i JMC og cirka 229 timers planlagt, etnografisk feltarbejde. Eksemplerne som nævnes her er relevante i kraft af deres rolle som særlige i forhold til det generelle billede, og derfor angives det samlede studie som kilde, da de relativt få timer (ca 10) jeg brugte på at undersøge selve disse eksempler, er mindre relevante.

FIGUR 8: METODER, ANALYSE 3

Denne del af undersøgelsen bygger på eksempler observeret på tværs i centret. De er på den måde 'viklet ud af' datamaterialet efter feltarbejdsperioden på baggrund af det samlede billede, og ikke på baggrund af en skræddersyet empiriske strategi. Til at danne en dybere forståelse af, hvad der kendetegner de situationer, som de to fremhævede eksempler repræsenterer, er begrebet 'organiseringsmulighed' relevant. En organiseringsmulighed skal forstås som et alternativ til den eksisterende organisering, og i dette tilfælde består det alternative i den metrik, den stedsbestemmelse og den tidshorisont, som Lean opererer med. Begrebet organiseringsmulighed er inspireret af det engelske 'affordance'-begreb (Hutchby 2001).

Konklusion: Alternative organiseringsmuligheder i form af tid, sted og metrik

Undersøgelsen viser, at Lean kommer at 'udbyde' en særlig form for tid, sted og metrik. Disse vil ikke nødvendigvis være særlige i en hver organisation, men det bliver de i hospitalsorganisationen, fordi den – i de fleste sammenhænge – opererer med andre former. I hospitalsorganisationen kan man heller ikke på forhånd konkludere noget om

værdien af disse alternativer; de værdi bliver etableret i de konkrete situationer, hvilket kort kan eksemplificeres.

I forhold til tid, tilbyder Lean et alternativ til den eksisterende tidshorizont i centret, som – om end naturligvis med en række undtagelser – er baseret på hvordan dagen skal forløbe, f.eks. hvor mange patienter der skal ses i løbet af den pågældende vagt, og hvilke opgaver der skal klemmes ind i mellem de patienter. På den baggrund opleves det ofte forstyrrende, når man midt i en travl dag bliver inddraget i et Leanprojekt eller kaldt til tavlemøde. Det forstyrrer dagens rytme og opleves måske irrelevant, fordi fokus er på en mere distanceret og generaliseret fremtid. I de konkrete eksempler er det imidlertid netop evnen til at forstyrre dagens rytme og sætte fokus på en generaliseret fremtid, der bliver relevant. Praktisk gør Lean det muligt i kraft af en række værktøjer, begreber og ressourcer at rammesætte tid på en måde, så den fremstår som noget særligt i forhold til hverdagen. Det er det, projektgruppen i Neonatalklinikken benytter sig af, når de arrangerer et mini-leanprojekt, for at etablere deres akutvogn. Desuden benytter de sig også af muligheden for at visualisere og bearbejde en mere generaliseret fremtid, idet de løser et organisatorisk problem, som ikke nemt lader sig løse i løbet af vagten, hvor tidshorizonten er anden: Den næste patient, den næste prøve, den næste supervision.

I forhold til sted, tilbyder Lean mulighed for, at få de sundhedsprofessionelle til at ændre rute og fysisk placering i centret. På samme måde som tidshorizonten, kan dette ofte virke forstyrrende, fordi man så er nødt til at afvige fra dagens plan og dagens rute. I nogle tilfælde er det dog netop disse afvigelser, der bliver brugbare, idet man f.eks. får mulighed for at træde ind på et område, hvor man kan tale om værdi, og hvor værdi bliver visualiseret og gjort organiserbar, og hvor man får mulighed for at lukke andre ting ude.

Angående metrik, er det almindelig kendt, at Leans sprogbrug ganske ofte kan falde de sundhedsprofessionelle for brystet. De kan finde det upassende og fremmedgørende. I tilfælde som fastesagen, bliver det imidlertid pludselig anvendeligt at have et sådan tværgående, organisatorisk fremmedsprog. Denne brugbarhed opstår særligt i tilfælde, hvor de deltagere, der skal kommunikere, er så forskellige, at de ikke har et sprog og nogle metrikker, som er mere fælles om end Lean. Her kan det blive fundet anvendeligt, at tale om fiskeben og værdi, selv om det i andre sammenhænge bliver fundet forstyrrende og unødvendigt.

Hvad kan man så lære af det?

Eksemplerne peger på, at Lean kan være værdifuldt for en organisation, selv om det ikke gennemsyrrer organisationen, og selv om de færreste personer vil betegne sig som medlem af en 'Lean-kultur'. Holdningerne til, hvad man skal mene om det fænomen, man kan kalde 'lejlighedsvis Lean' er blandede: Nogle forskere mener, at Lean skal være fuldt implementeret helt ud i organisationens hjørner, før det batter. Andre vil argumentere for, at lejlighedsvis Lean er tegn på, at der faktisk eksisterer en underliggende Lean-tankegang i organisationen, siden disse lejlighedsvis brug opstår. Denne undersøgelse peger på, at Lean har bedre vilkår, hvis forventningen ikke er en fuldstændigt *lean* organisation, men at en pragmatisk og fredelig sameksistens med andre principper, rationaler og organiseringsmetoder opfattes som et succeskriterium. Juliane Marie Centret har allerede flere af svarene på, hvordan man opnår en sådan tilstand, hvilket eksemplerne i denne

rapprt tydeliggør. I forhold til at støtte op om Lean som en alternativ organiseringsmulighed, kan følgende spørgsmål være relevante:

- Hvad er succeskriteriet med Lean? Og for hvem?
- Hvori består Leans organiseringsmuligheder for vores organisation, udover de konkrete værktøjer? Hvordan er Lean på godt og ondt et alternativ i vores organisation?
- Hvordan skaber vi balancen mellem at etablere og vedligeholde Lean som en organiseringsmulighed, uden at projektet bliver uhensigtsmæssigt agiterende?

OUTRO: HVAD SÅ NU?

Denne rapport har opsummeret nogle af de centrale konklusioner fra den phd-afhandling, som på baggrund af et samarbejde mellem Juliane Marie Centret og Institut for Organisation på CBS undersøgte, hvad der sker i praksis, når en offentlig hospitalsorganisation indfører Lean. Overordnet er projektets konklusion, at ledelsesteknologier som Lean aldrig kun vil være gavnlige. Dette bør heller ikke være forventningen. I arbejdet med Lean skal vi derfor fokusere på at forbedre vores evne til at opfange og reagere på utilsigtede konsekvenser, komplicerede dilemmaer og vedvarende konflikter. Med denne afhandling håber jeg at bidrage til, hvordan vi denne evne kan skærpes.

Resultaterne for undersøgelsen vil udover i denne rapport blive publiceret dels i en samlet afhandling, 'Organizing Valuations – a pragmatic Inquiry' (2017, under bedømmelse), og derudover som foreløbigt tre akademiske artikler, med titlerne: (1) 'The Organizational Valuation of Valuation Devices' (udgivet), (2) 'Organizational Trials of Valuation' (i proces) og (3) 'Situated Valuations The Affordances of Devices in Organizations' (i proces). Derudover vil forfatteren trække på undersøgelsens konklusioner i sit arbejde som forsker hos KORA.

Amalie Martinus Hauge kan kontaktes på AMHA@kora.dk.



Litteratur

- Bak-Bernt, T. and J. Vinterberg. 2010. Lean på Hospitalet i Praksis. Hillerød: Region H.
- Dewey, John. 1939. Theory of Valuation. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.
- Hauge, Amalie Martinus. 2016. "Indblik i En Hospitalsafdelings Erfaringer Med Tavletræthed." Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 92 (2): 24-34.
- Hauge, Amalie Martinus 2016. "The Organizational Valuation of Valuation Devices: Putting Lean Whiteboard Management to Work in a Hospital Department." Valuation Studies 4 (2): 125-151.
- Hutchby, Ian. 2001. "Technologies, Texts and Affordances." Sociology 35 (2): 441-456.
- Mintzberg, Henry. 1979. The Structuring of Organizations - A Synthesis of the Research. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Scott, W. Richard and Gerald F. Davis. 2007. Organizations and Organizing. Rational, Natural and Open System Perspectives. New Jersey: Pearson Education.
- Womack, James P., Daniel T. Jones, and Daniel Roos. 1990. The Machine that Changed the World. New York: Rawson.

Figurer

Figur 1: Overblik over metoder.....	2
Figur 2: gengivelse af Neonatalklinikkens tavle	3
Figur 3: Metoder, analyse 1	4
Figur 4: Værdipraksis	4
Figur 5: Sammenligning af værdipraksisser	5
Figur 6: MEtoder, analyse 2.....	7
Figur 7: Spændinger om opgavens dele	8
Figur 8: Metoder, analyse 3.....	11