



LUNDS
UNIVERSITET
Campus Helsingborg
Institutionen för
Service Management

Ursäkta, är det min tur nu?

– En undersökning av orsakerna till långa väntetider på en akutmottagning ur ett effektivitetsperspektiv

Farahnaz Chogan

Kristoffer Glinka

Madelene Kalm

Handledare:
Richard Ek
Su Mi Dahlgaard-Park

Kandidatuppsats
VT 2008

Sammanfattning

- Titel:** **Ursäkta, är det min tur nu?** – En undersökning av orsakerna till långa väntetider på en akutmottagning ur ett effektivitetsperspektiv
- Nivå:** Kandidatuppsats i Service Management, vårterminen 2008
- Universitet** Lunds universitet, Campus Helsingborg
- Författare:** Farahnaz Chogan, Kristoffer Glinka och Madelene Kalm
- Handledare:** Richard Ek och Su Mi Dahlgaard-Park
- Problem:** Vi anser att det finns problem i arbetsprocessen på akutmottagningen som orsakar att patienten får vänta onödigt länge.
- Syfte:** Syftet med uppsatsen är att identifiera och belysa eventuella problem i sjukvårdens arbetsprocess utifrån ett effektivitetsperspektiv.
- Frågeställningar:** Hur ser arbetsprocessen ut på Helsingborgs lasarets akutmottagning? Vilka faktorer kan påverka effektiviteten i arbetsprocessen?
- Metod:** Vi har använt oss av en kvalitativ undersökningsmetod i form av intervjuer och en observation. Anledningen till att vi valde en observation utöver intervjuerna var för att bredda vårt empiriska material. Uppsatsen bygger på ett deduktivt undersökningsätt.
- Slutsats:** Vi har med av hjälp av teorier om Lean Management kommit fram till att det finns olika former av slöseri som påverkar arbetsprocessen på Helsingborgs akutmottagning. Genom att applicera Lean Management inom sjukvården har vi kunnat identifiera problemets karaktär och dess placering i arbetsprocessen. Problemen kan skapa ineffektivitet som i sin tur bidrar till längre väntetider för patienter.
- Nyckelord:** Lean Management, Excellence Model, fem Lean principer, sju former av slöseri, arbetsprocess, effektivitet, akutmottagning, väntetid, slöseri, muda, sjukvård.

Förord

Vi vill i första hand tacka alla personer som har hjälpt oss att fullfölja denna uppsats. Vi vill även rikta ett stort tack till akutmottagningen på Helsingborgs lasarett för respondenternas engagemang och ett mycket positivt bemötande. Vi är också mycket tacksamma för att vi fick göra en observation på akutmottagningen eftersom den hade stor betydelse för värdet av det insamlade materialet.

Sist men inte minst vill vi även tacka våra handledare, Richard Ek och Su Mi Dahlgaard-Park, som har hjälpt oss med vägledning genom hela uppsatsprocessen.

TACK!

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Introduktion	5
1.2 Problemformulering och Syfte.....	6
1.3 Frågeställningar	6
1.4 Tidigare forskning.....	6
1.5 Teoretisk ram	7
1.6 Avgränsning.....	8
1.7 Disposition	8
2. Metod och material	10
2.1 Forskarnas roll	10
2.2 Viktiga litteraturkällor	10
2.3 Deduktiv- och kvalitativ undersökning.....	11
2.4 Kvalitativ intervju.....	12
2.5 Observation	14
2.6 Validitet och Reliabilitet.....	15
2.7 Källkritik	15
3. Teori	17
3.1 Introduktion till Lean Management.....	17
3.2 Effektivitet	18
3.3 Excellence Model.....	19
3.3.1 ”Enablers” kriterier.....	20
3.3.2 ”Results” Kriterier.....	23
3.4. De fem Lean principerna.....	23
3.5 Sju former av slöseri i serviceverksamheter.....	24
4. Vårt insamlade material	26
4.1 Företagspresentation	26
4.2. People Management.....	27
4.3 Policy och Strategy.....	27
4.4 Partnership och Resource	28
4.5 Process.....	29
5. Analys	31
5.1 People Management.....	31
5.2 Policy & Strategy	32
5.3 Partnership & Resource	33
5.4 Process.....	34

6. Slutsats	35
7. Avslutning	38
7.1 Diskussion	38
7.2 Reflektioner	39
7.3 Framtida forskning	39
7.4 Summering.....	40
8. Källförteckning	41
Bilaga 1	45
Bilaga 2	47
Bilaga 3	48
Bilaga 4	49

1. Inledning

Uppsatsen introduceras med en inledande del vilken innehåller introduktion, problemformulering, syfte, frågeställningar, tidigare forskning och teoretisk ram. Vi har i den teoretiska ramen skapat en figur för att underlätta förståelsen för valda teorier och hur de relaterar till varandra. Därefter följer avgränsning och till sist en mer ingående beskrivning av uppsatsens disposition.

1.1 Introduktion

Tänk er att en upprörd patient med smärta sitter i väntrummet på en akutmottagning. Patienten har väntat på vård i flera timmar och äntligen kommer en sjuksköterska in. Patienten reser sig upp och bereder sig på att följa med. Tyvärr utropar sjuksköterskan någon annans namn och den väntande patienten frågar undrande: *”Ursäkta, när är det min tur?”*

Sjukvård är något som många tar för givet i det moderna svenska samhället. Vi vet att om någon blir akut sjuk så kommer ambulansen och hämtar den sjuka och kör personen till närmaste akutmottagning. Där blir patienten direkt omhändertagen av sjukvårdspersonal. Däremot om en person själv kommer till akutmottagningen, kan det ta betydligt längre tid att få den hjälp som patienten behöver, om patienten bedöms som mindre prioriterad. Patienten placeras i kö för att få behandling och långa väntetider kan uppstå.

Diskussioner om långa väntetiderna förs även i den offentliga debatten och anses ha blivit ett problem. Till exempel beskrivs det i en insändare till Göteborgsposten hur en patient fick vänta på akutmottagningen i nio timmar på behandling av sin höftled som gått ur led.¹ Ett annat exempel är från Mora tidning där en 90-åring fick vänta sju timmar på akutmottagningen.² Även i Helsingborg fick en patient vänta åtta timmar för att få vård och den berörda patienten tyckte inte att detta var rimligt.³

Organisationsstrukturen har säkerligen en stor inverkan på den tid det tar att få behandling för en patient. Kan frågor som *”Ursäkta, när är det min tur?”* till stor utsträckning undvikas genom effektivisering?

¹ *Väntetiderna lika långa som i våras – Inga märkbara förbättringar inom ortopedi.* (2007, 24 oktober). Göteborgsposten. Nyheter, sidan 4.

² *Att behöva vänta sju timmar är inte bra.* (2005, 14 september). Mora tidning. Sida 1.

³ Insändare angående akutmottagningen. (2007, 15 maj). Helsingborgs Dagblad. Sida 28.

1.2 Problemformulering och Syfte

Väntetider på en akutmottagning är något som berör de flesta patienter. Akutmottagningen har som mål att patienten ska flyta effektivt genom arbetsprocessen och därmed undvika att patienten hamnar i onödigt långa väntetider.

Syftet med uppsatsen är att identifiera och belysa eventuella problem i sjukvårdens arbetsprocess utifrån ett effektivitetsperspektiv.

Vår definition av effektivitet är att en arbetsprocess ska fungera så smidigt som möjligt och med det menar vi att arbetsprocessen inte ska hämmas av olika moment. Vi utgår från ett effektivitetsperspektiv där vi fokuserar på att identifiera och belysa de problem som gör arbetsprocessen mindre effektiv. Vi tror att det finns problem i arbetsprocessen som orsakar att patienten får vänta onödigt länge och anser att en bra indikator på effektivitet är väntetidernas längd. Med hjälp av effektivitetsteorier menar vi alltså att man kan identifiera och belysa de problem som gör arbetsprocessen mindre effektivt. Vi har valt att undersöka akutmottagningen på Helsingborgs lasarett för att besvara vårt syfte.

Det har gjorts tidigare forskning inom sjukvården men vi tycker inte att detta ämne har blivit tillräckligt belyst enligt det perspektiv som vi har valt. En anledning till att vi vill belysa detta område är att tidigare forskning har haft en tendens att fokusera på ekonomiska aspekter som exempelvis att minska kostnaderna vilket orsakar nedskärningar av personal. Vi finner att det finns begränsad forskning kring själva arbetsprocessen och dess effektivitet i sjukvården. Ytterligare en anledning till att vi har valt att studera akutmottagningen är för att det ofta förs debatter i det offentliga rummet angående långa väntetider. På Helsingborgs lasarett hemsida skriver de att väntetiderna stundtals kan bli långa, vilket visar att de är medvetna om problemet.⁴

1.3 Frågeställningar

- Hur ser arbetsprocessen ut på Helsingborgs lasarett akutmottagning?
- Vilka faktorer kan påverka effektiviteten i arbetsprocessen?

1.4 Tidigare forskning

Det har gjorts tidigare forskning om akutmottagningar och det har exempelvis varit om väntetider från ett patientperspektiv såsom värdeskapande, kvaliteten på akutmottagningen

⁴ www.helsingborgslasarett.se. Väntetider på akutmottagningen.

och så vidare.⁵ Fortsättningsvis finns det en statistisk undersökning, som fokuserade på hur väntetiden varierade under en tidsperiod men den gjordes dock 1994 och berör inte orsakerna till väntetiderna.⁶ Det är svårt att relatera detta till vårt arbete eftersom det inte berör orsakerna till längre väntetider. Det finns även forskning om benchmarking inom sjukvården⁷ som har ett ekonomiskt perspektiv vilket vi inte har. Det har även gjorts tidigare forskning om Lean Management med fokus på att jämföra Lean i sjukvården kontra tillverkningsindustrin.⁸ Det finns en del som berör vårt ämne indirekt men vi har dock inte hittat någon forskning som innefattar vårt syfte.

1.5 Teoretisk ram

För att underlätta för läsaren har vi på kommande sida skapat en figur över våra valda teorier och hur de förhåller sig till varandra. Vi kommer att utgå från teorierna Lean Management och Excellence-modellen samt hur begreppet effektivitet relaterar till dessa teorier. Lean Management förklarar problemets karaktär i en process och Excellence-modellen är ett verktyg för självutvärdering som hjälper oss att lokalisera problemet. Även om Excellence modellen ingår i Lean Management har vi ändå valt att placera den separat. Detta har vi gjort eftersom Excellence modellen är en så central teori i uppsatsen och vi ville inte jämställa modellen med våra två valda Lean Management-delar. Dessa två delar är de fem Lean-principerna och sju former av slöseri i en serviceverksamhet. Även Excellence-modellen är indelad i fyra valda delar: People Management, Policy & Strategy, Partnership & Resource samt Process. Eftersom effektivitet är ett så centralt begrepp inom Lean Management och Excellence modellen har vi även valt att förklara det i uppsatsen.

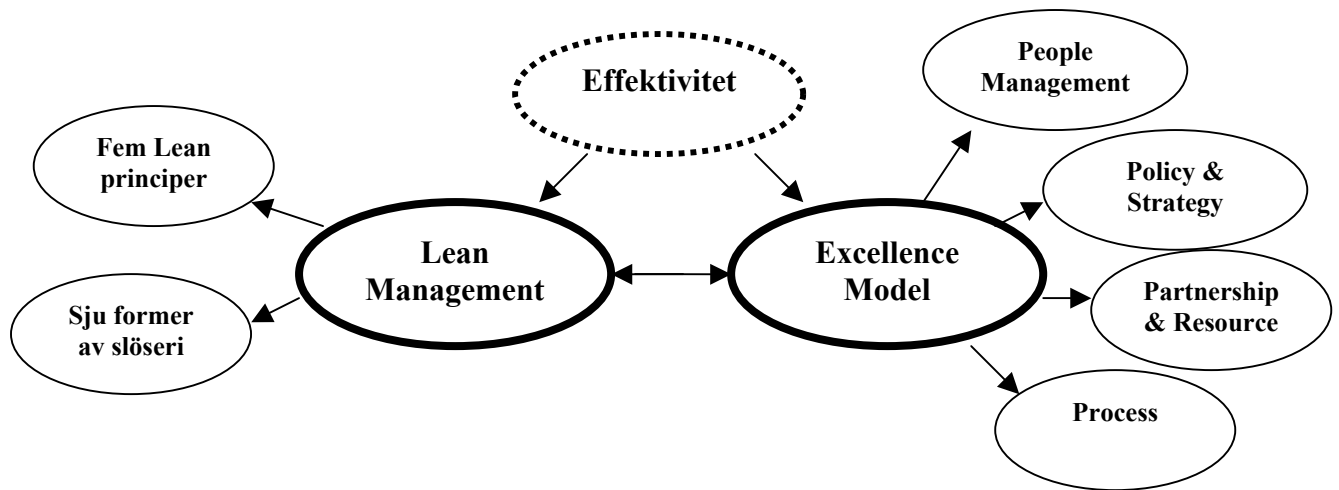
Avslutningsvis kommer vi med hjälp av Lean Management teorier att på ett mer vetenskapligt sätt kunna identifiera och förklara problem, det vill säga självutvärdera, istället för att godtyckligt och subjektivt poängtera dessa utifrån våra egna uppfattningar.

⁵ Ilhammar & Svensson. (2006). *Patient tillfredsställelse – en litteraturstudie av faktorer som påverkar upplevelsen av väntetiden på akutmottagningen.*

⁶ Ing-Mari Borg. (1995), *Väntetider på akuten.* Nyköpings Lasarett.

⁷ Ekenberg, Darlin och Nilsson. (2008). *Benchmarking inom sjukvården - en studie med utgångspunkt från en akutvårdsavdelning.*

⁸ Enander, Fricke, Grahn & Örn Torgersson. (2008). *Sunt bondförnuft eller japansk processtyrningsfilosofi? – En jämförande studie om lean i sjukvård respektive tillverkningsindustrin.*



Figur 1. Figuren beskriver hur de valda teorierna relaterar till varandra i uppsatsen.

1.6 Avgränsning

I den här uppsatsen har vi valt att begränsa oss till att tillämpa Lean Management inom sjukvården. Lean Management är i första hand inriktat på tillverkningsindustrin. Vi har inte relaterat något till tillverkningsindustrin eller jämfört hur väl modellen antas fungera inom sjukvården kontra tillverkning. Det är viktigt att påpeka att vi inte undersöker kvalitetsperspektiv för patienter. Vi begränsar oss till att enbart hitta eventuella problem genom självutvärdering och framföra eventuella lösningar. Den sistnämnda punkten är dock inte så central i uppsatsen.

Vi bestämde oss för att bara fokusera på ett sjukhus eftersom det skulle ge oss en djupare empiri istället för att ytligt jämföra med andra sjukhus i Region Skåne. Vi har valt att undersöka akutmottagningen på Helsingborgs lasarett. De var positivt inställda till vår undersökning och därav blev detta också avgörande för vår avgränsning att bara välja en akutmottagning.

1.7 Disposition

Uppsatsen introduceras med en inledande del vilken innehåller en introduktion, problemformulering, syfte, frågeställningar, tidigare forskning, teoretisk ram, avgränsning och till sist en disposition. Dessa avsnitt är för att introducera läsaren för uppsatsen. Vi har i den teoretiska ramen skapat en figur för att underlätta förståelsen för valda teorier och hur de hänger samman.

I andra kapitlet beskrivs metod och material som behandlar forskarnas roll, viktiga litteraturkällor, deduktiv- och kvalitativ undersökning, kvalitativ intervju, observation, validitet och reliabilitet samt avslutningsvis källkritik. I början av kapitlet har vi valt att introducera läsaren för det perspektiv vi använder i uppsatsen. Därefter presenteras vilken typ av undersökning vi har använt oss av och hur vi gått tillväga. Efter det har vi värderat validiteten och reliabiliteten av det insamlade materialet och slutligen har vi valt att kritisera våra källor och avsluta med en sammanfattning.

I tredje kapitlet redogörs för de teorier som använts i uppsatsen. Det inleds först med en introduktion till Lean Management, som sedan följs av en förklaring av begreppet effektivitet, vår huvudteori Excellence modellen samt kompletterar detta med de fem Lean principerna och de sju formerna av slöseri i serviceverksamheter. Kapitlet avslutas med en sammanfattning över teorierna.

I det fjärde kapitlet presenteras vårt insamlade material som vi fått genom intervju och observation. Upplägget på detta kapitel skiljer sig från teorikapitlet på så sätt att vi här kommer att utgå från Excellence modellens fyra valda ”enabler”-områden när vi strukturerar empirin. Anledningen till detta är att de två Lean Management delarna enbart kompletterar Excellence modellen och kommer därför inte att ha enskilda rubriker som de har i teorikapitlet. Detta görs för att undvika att upprepa empiri. Innan vi börjar med att presentera empirin kommer vi dock att inleda med en företagspresentation av Helsingborgs lasarett.

I det femte kapitlet beskrivs vår analys vars upplägg bygger på samma sätt som i empiridelen. Detta innebär att vi kommer att utgå från Excellence modellens fyra valda ”enabler”-områden när vi strukturerar analysen. Anledningen till detta är att de två Lean Management delarna enbart kompletterar Excellence modellen och kommer därför inte att ha enskilda rubriker som de hade i teorikapitlet. Dessa två Lean Management delar kommer istället att smältas samman under de fyra valda ”enabler”-områdena. Detta görs för att undvika upprepning i analysen.

I det sjätte kapitlet redogörs för de slutsatser som vi kommit fram till genom analysen. Här återkopplar vi även till våra slutsatser samt till syfte och frågeställningar.

Det sjunde och avslutande kapitlet inleds med en diskussion över uppsatsen. Vidare följer våra egna reflektioner, framtida forskning och till sist en summering av uppsatsens viktigaste innehåll.

2. Metod och material

I detta avsnitt kommer vi att presentera våra metodval och hur vi gått tillväga med insamlingen av empiri. Vi börjar med att förklara vår egen roll och det perspektiv vi haft på undersökningarna. Vi anser att det är viktigt att få förståelse över vårt synsätt innan vi beskriver de metoder vi valt. Därefter beskriver vi de viktigaste litteraturkällorna som använts i uppsatsen. Vi fortsätter med att beskriva deduktiv och kvalitativ undersökning, som är våra valda metodtyper och därefter fördjupar vi oss i de två undersökningssätt som vi använt för att samla in empiri. Vi har valt att samla in vår empiri genom fyra intervjutillfällen samt en observation. Samtliga intervjuer och även observationen genomfördes på Helsingborgs lasarett. Metodavsnittet fortsätter med ett resonemang kring den insamlade empirins validitet och reliabilitet och avslutas med källkritik.

Vi valde intervju och observation som metod eftersom att vi anser att det var det bästa sättet för att besvara vårt syfte och våra frågeställningar. Vi tyckte att det var bättre att få relevant information från några nyckelpersoner istället för att få generell information i form av en enkätundersökning. Vi valde att komplettera intervjuerna med en observation av arbetsprocessen för att själva få en bild av hur personalen arbetar och arbetsprocessen ser ut. Detta gjordes för att inte enbart begränsa oss till intervjukällor.

2.1 Forskarnas roll

Det är viktigt att en undersökning är objektiv för att få ett så bra resultat som möjligt och samtidigt vara fri från värderingar.⁹ Den offentliga debatten kunde ha kommit att påverka våra värderingar omedvetet. Därav var vi medvetna om att det ibland kunde vara svårt att vara neutrala i sådant ämne som vi har undersökt, när det ofta debatteras i det offentliga rummet. Under arbetets gång och genom de undersökningar som utförts har vi varit noggranna med att vara så neutrala som det har varit möjligt. Detta har vi gjort genom att inte formulera ledande frågor angående väntetider utan undersöka arbetsprocessens effektivitet. Samtliga respondenter har godkänt att vi fick lov att använda deras namn i uppsatsen.

2.2 Viktiga litteraturkällor

Vi använder oss av ett flertal källor angående Lean Management men stödjer oss framförallt på litteraturen ”*The EFQM Excellence Model*” av European Foundation for Quality

⁹ Bryman, A. (2006). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB. Sida 24

Management. Boken beskriver en modell för självutvärdering av en verksamhet, något som är av stor betydelse för att kunna besvara vårt syfte. En annan viktig källa är ”*Lean thinking – banish waste and create wealth in your corporation*” av Womack och Jones. Boken är flitigt refererad i litteratur rörande Lean Management och det var även så vi fann den. Vi tycker att det hade varit konstigt att utesluta en så central bok inom området. När det gäller förklaringen av begreppet effektivitet använder vi också ett flertal böcker men boken ”*Självstyrelse, likvärdighet och effektivitet – Målkonflikter i den offentliga sektorn*” av Molander är den huvudsakliga källan.

2.3 Deduktiv- och kvalitativ undersökning

Innan vi började samla in empiri utgick vi från en hypotes och ett antal teorier. Detta kallas för ett deduktivt forsknings sätt. En deduktiv teori betyder att forskaren har ett teoretiskt underlag angående det område undersökningen gäller. Därefter hjälper hypotesen forskaren att samla in och sedan granska empirin. Hypotesen och teorierna styr även insamlings sättet under undersökningsprocessen.¹⁰ Motsatsen till deduktiv är induktiv som innebär att forskaren först samlar in material och sedan söker efter problem.

Fortsättningsvis hade vi som utgångspunkt att vi hellre ville fråga enskilda erfarna personer med relevant kunskap än att fråga många med mindre relevant kunskap. Vi ansåg exempelvis att intervjuer skulle ge oss en mer relevant empiri än enkäter. Detta kallas för en kvalitativ undersökningsmetod. Vår undersökning baserades alltså inte på kvantitativa undersökningar då vi ansåg att en kvantitativ undersökning inte hade hjälpt oss att svara på vårt syfte och frågeställningar i lika hög grad som en kvalitativ. Det finns dock en oenighet över definitionen av vad en kvalitativ undersökning är eftersom begreppet innefattar flera mycket olikartade metoder. Vi har dock valt att använda oss av Brymans tolkning. Han menar att en kvalitativ undersökning ofta baseras på ord och tolkning istället för kvantifiering.¹¹ I en kvalitativ undersökning lägger man även stor vikt på språkliga analyser eftersom det skapar en större grad av variation.¹² Bryman nämner även att utgångspunkten i en kvalitativ undersökning utgår ifrån deltagarnas perspektiv. Likaså är det en kontextuell förståelse som kännetecknar detta i kontrast med den kvantitativa metodens generaliseringar och naturvetenskapliga synsätt.¹³

¹⁰ Bryman, (2006), sida 20-21

¹¹ Ibid. Sida 35

¹² Ibid. Sida 249-251

¹³ Ibid. Sida 272-273

2.4 Kvalitativ intervju

Vi valde att göra kvalitativa intervjuer för att kunna utnyttja respondenternas kunskap och erfarenhet. Kvale definierar en kvalitativ intervju som: ”... *en unikt känslig och kraftfull metod för att fånga erfarenheter och innebörder ur undersökningsspersonernas vardagsvärde*”.¹⁴ Enligt Kvale finns det sju olika stadier i en intervjuprocess och dessa har vi använt oss av.

Uppsatsens tema tog sitt ursprung från den diskussion som förs i den offentliga debatten om väntetiderna och detta ansåg vi framställdes som ett problem. Vi ansåg därför att det hade varit intressant att undersöka effektiviteten i arbetsprocessen som väntetiderna är en yttring av. Syftet med intervjuerna var att samla in empiri och få en uppfattning om hur arbetsprocessen på Helsingborgs lasarett fungerade. Kvale kallar det första stadiet för **tematisering** och det syftar på den teoretiska analysen av det ämne som ska undersökas. Det är viktigt att detta är klart innan intervjun genomförs.¹⁵

Vidare bokade vi tid med våra respondenter över elektronisk post. Vi hade förberett intervjufrågor som vi skickade till respondenterna några dagar i förväg. Det var dock preliminära frågor som de fick ta del av innan, men vi hade även mer specifika frågor som vi ställde till dem under intervjun. Vi var medvetna om att skicka frågorna innan intervjun medförde både för- och nackdelar. Fördelarna med att skicka frågorna innan intervjutillfället bidrog till att respondenterna lättare kunde förbereda sig och svara mer utförligt på frågorna. En nackdel med detta var att respondenterna kunde få svaret att låta bättre än vad det var genom att de hade förberett sig bättre. Det andra stadiet kallas **planering** och innebär att noga planera undersökningen som ska utföras och veta vilken kunskap som ska eftersträvas.¹⁶

Vi valde därefter att intervjua personal på akutmottagningen eftersom vi ansåg att det var det bästa sättet för vår undersökning att få en relevant bredd och att det kunde hjälpa oss att besvara vårt syfte och våra frågeställningar. När det gällde utformningen av intervjuerna arbetade vi enligt intervjuguiden, det vill säga att vi formulerade frågor anpassade till varje tillfälle, eftersom respondenter hade olika ansvar och befattningar. Vi började med att intervjua områdeschefen och teamchefen på akutmottagningen. Till en början trodde vi att det enbart var områdeschefen som skulle närvara men vid intervjutillfället kom även teamchefen. Motiveringen till detta var att teamchefen kunde komplettera områdeschefen i de frågor som vi hade. Vi var inte förberedda på detta och om vi hade vetat det skulle vi ha haft chans att

¹⁴ Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur. Sida 70

¹⁵ Ibid. Sida 85-86

¹⁶ Ibid. Sida 85 & 89

ställa några mer ingående frågor till teamchefen. Därefter intervjuade vi, vid olika tillfällen, en sjuksköterska i samband med en observation, en läkare samt en ekonom. Under intervjuerna var det en person i gruppen som intervjuade och de två andra antecknade vad som sades. Vi turades om i gruppen att intervjuas. Intervjuerna tog mellan trekvart och en timme per intervjutillfälle. Kvalets tredje stadie kallas **intervju** och enligt intervjuguiden ska frågorna formuleras och även bestämmas i vilken ordning de ska tas upp under intervjun.¹⁷

Respondenternas svar sammanfattades direkt efter intervjutillfället för att förbereda oss inför analysen. Detta gjorde vi för att det fanns en risk att vi annars skulle glömma viktiga saker som sagts under intervjuerna. Våra fyra intervjutillfällen resulterade i sju dataskrivna A4-sidor. Det fjärde stadiet kallas **utskrift** och det innebär att intervjuerna skriver och förbereder intervjumaterialet för analys.¹⁸

Därefter gick vi igenom det insamlade materialet och sorterade ut den mest relevanta informationen. Vi gick sedan tillbaka till vissa uttalande för att tolka dess innebörd allteftersom uppsatsen tog form. Denna form av analysmetod kallas för ad hoc och innebär att forskarna skaffar sig en allmän uppfattning om vad som sades på intervjuerna för att sedan efter behov gå in på ett specifikt avsnitt. Detta kan exempelvis vara att gå in på djupare tolkningar av speciella yttranden.¹⁹ Kvale kallar det här stadiet för **analys**, där det bestäms vilka metoder som är lämpliga för att analysera intervjumaterialet.²⁰

Det sjätte stadiet kallas **verifiering**, där intervjurens resultat jämförs enligt reliabilitet och validitet. Vad gäller verifiering, se stycket om validitet och reliabilitet.²¹

Slutligen rapporterades resultatet, med hjälp av teorier och empiri, i form av en kandidatuppsats. Kvalets sjunde och sista stadie är **rapportering** och innebär att forskaren beskriver resultatet av undersökningen för läsaren, som motsvarar vetenskapliga kriterier.²²

¹⁷ Kvale.(1997). Sida 85 & 89 & 121

¹⁸ Ibid. Sida 85

¹⁹ Ibid. Sida 184

²⁰ Ibid. Sida 85

²¹ Ibid. Sida 85

²² Ibid. Sida 85& 89

2.5 Observation

Som vi tidigare nämnt valde vi även en observation som metod för att få en egen uppfattning av arbetsprocessen på akutmottagningen. Vår observation gick ut på att följa med en sjuksköterska på akutmottagningen under cirka två timmar för att kunna se den interna arbetsprocessen. Anledningen till att vi valde en sådan observation var för att vi själva ville se hur arbetsprocessen gick till. Vi kompletterade observationen med frågor både genom en intervju och under själva observationen. Nedan beskriver Luhmann om observationens fördelar och begränsningar:

*“An observer can never know better than an actor, a stranger cannot say more about any culture than a native, but observers and strangers can see different things than actors and natives can”.*²³

Det var endast två personer från gruppen som gjorde observationen på akutmottagningen. Anledningen till detta var dels för att teamchefen hade önskemål om att endast två personer fick utföra observation med sjuksköterskan, men även för att en av personerna i gruppen tidigare arbetat inom sjukvården. Detta ansåg vi skulle ha kunnat påverka vårt resultat genom att det hade kunnat bli subjektivt och därav blev valet av personerna som observerade självklart. Vi ansåg inte att vi gått miste om information genom att inte alla i gruppen deltog i observationen när den utfördes. Detta beskriver Öhlander som en deltagande observation vilket innebär att forskaren är i fältarbete för att kunna anteckna vad som görs och vad som sägs. En deltagande observation kan även kompletteras med samtal och frågor under observationens gång.²⁴ Bryman beskriver att när en observatör är en deltagare, fungerar forskaren i huvudsak som en intervjuare.²⁵ I en deltagande observation kan forskaren få reda på saker som kan vara så självklara för respondenten att de inte nämns i en intervju, men dock kommer fram i en observation. När en observation utförs är det viktigt för forskaren att veta vilken information som han eller hon vill ta reda på. Detta är nödvändigt att veta innan observationen utförs för att forskaren ska kunna svara på syftet och frågeställningarna.²⁶

²³ Luhmann. (1998) citerad i Czarniawska, B (2007). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Copenhagen Business School press: Liber. Sida 21

²⁴ Öhlander, M. (1999). ”Deltagande observation”. I Kaijser, L & Öhlander, M.(red.). *Etnologiskt fältarbete*. Lund: Studentlitteratur. Sida 74-77

²⁵ Bryman.(2006). Sida 287

²⁶ Öhlander, M. (1999). Sida 75 & 79

2.6 Validitet och Reliabilitet

Validitet och reliabilitet kompletterar varandra men har dock olika innebörd. Reliabilitet handlar till största delen om undersökningens tillförlitlighet. Validitet handlar däremot om undersökningen verkligen håller måttet i fråga och om det är hållbart eller relevant.²⁷

Validiteten på informationen som respondenter bidrog med anses vara god. I undersökningen deltog områdeschefen som ansvarade för sjuksköterskornas verksamhetsområde, sektionschefen som ansvarade för läkarnas verksamhetsområde, teamchefen som ansvarade för personalen och deras arbetsutveckling. Dessutom ingick även en sjuksköterska med över 20 års erfarenhet inom sitt yrke samt en ekonom som hade hand om ekonomiska aspekter på bland annat akutmottagningen. Dessa nyckelpersoner hade erfarenheter och kunskap inom sitt område, något som vi fått ta del av. Validiteten på vår observation är, enligt oss, bra. Vi var med i arbetsprocessen och har fått ett annat perspektiv än om vi bara hade intervjuat.

Reliabiliteten på intervjuerna är svåra att avgöra. Detta eftersom vi hade skickat frågorna till respondenterna innan intervjutillfället via elektronisk post, fick respondenterna tid att förbereda sig. Å ena sidan hade vi, enligt oss, kunnat erhålla ett ordentligt svar på våra frågor men å andra sidan hade respondenterna fått extra tid till att idealisera sina svar på våra frågor. För att ytterligare få ett annat perspektiv över arbetsprocessen än bara intervjuerna har vi även gjort en observation. Reliabiliteten på observationen anser vi vara pålitlig eftersom vi fick se hur arbetsprocessen fungerade.

2.7 Källkritik

Vi ansåg att det var viktigt att ha en kritisk syn på våra källor. Litteratur som relaterade till Lean Management var ofta kopplad till tillverkningsindustrin och en hel del av litteraturen var således vinklad till produktion av materiella ting. Det var därför viktigt att hitta litteratur som kunde kopplas till serviceverksamhet, något som stundtals var svårt och begränsade urvalet av litteratur. Vad gäller våra intervjukällor upplevde vi stundtals motstridiga uppgifter. Det skapade då ett ansvar på oss om vilken källa vi kunde lita på och gjorde att vi var tvungna att ifrågasätta den information som vi fått och det har inte alltid varit det lättaste. Fortsättningsvis tyckte vi att artiklar funna i databasen ELIN@lund var mer pålitliga än exempelvis Wikipedia. Det betyder dock inte att vi valde första bästa artikel, utan förhöll oss kritiskt på det material vi fann. Artiklarna lästes igenom och bedömdes om de var relevanta eller inte för

²⁷ Bryman .(2006). Sida 83 & 88; Kvale. (1997). Sida 208 & 213-215

uppsatsen. Avslutningsvis förändras organisationen i sjukvården mycket på bara ett par år men litteraturen kring ämnet var inte alltid lika uppdaterat som vi skulle ha önskat.

Sammanfattningsvis har det i detta kapitel beskrivits att vi utgår från undersökningsmetoderna intervju och observation samt motiverat varför dessa metoder skall ge oss en bra empirisk grund. Vi har också berättat om vår egen syn när vi utfört arbetet och hur vi gjort för att bevara ett objektiva perspektiv på våra undersökningar. Följande kapitel introducerar de teorier som ska användas vid vår analys av den insamlade empirin.

3. Teori

Kapitlet börjar med en introduktion om Lean Management och dess uppkomst för att skapa en förståelse för ämnet. Lean Management syftar till att eliminera olika former av slöseri som kan uppkomma i en verksamhet. För en akutmottagning är det viktigt att arbetsprocessen går så smidigt som möjligt och därför valdes Lean Management för den liknande synen som akutmottagningen. För akutmottagningen är det viktigt att det inte finns inslag av ineffektivitet eller aktiviteter som hämmar arbetsprocessen och skapar längre väntetider. Därefter kommer ordet effektivitet att förklaras eftersom detta är ett viktigt begrepp inom Lean Management och kommer att användas mycket i uppsatsen. Fortsättningsvis presenteras Excellence modellen, ett självvärderingsverktyg med målet att utvärdera verksamheter för att peka på förbättringsmöjligheter.²⁸ Detta kommer att vara en central teori för att identifiera slöseri på akutmottagningen. Vi valde två delar inom Lean Management och dessa är de fem Lean principerna och de sju formerna av slöseri. Dessa valdes eftersom vi med hjälp av dem kan identifiera vilket sorts problem det kan vara. Dessa beskrivs efter Excellence-modellen för att komplettera den. Anledningen till att Excellence-modellen, med komplement av de två Lean Management delarna valdes var för dess betydelse att kunna besvara syftet och frågeställningarna. Lean Management delarna kompletterar även Excellence-modellen genom att hitta vilken typ av problem som finns i arbetsprocessen. Excellence-modellens karaktär som självvärderingsverktyg gör det till en utmärkt teori att använda för att den visar var någonstans det finns förbättringsmöjligheter i arbetsprocessen. Denna del beskriver teorier som kommer att fungera som vår utgångspunkt när vi analyserar empirin.

3.1 Introduktion till Lean Management

*“Lean management is about operating the most efficient and effective organization possible, with the least cost and zero waste”.*²⁹

I mitten av 1900-talet försökte Toyotas chef Taiichi Ohni förbättra produktionen på sitt företag. Japans ekonomi var svårt tyngd, det var ont om kapital och det krävdes att förvalta de befintliga resurserna på ett så effektivt sätt som möjligt. Tillsammans med Shigeo Shingo utvecklade de grunderna till vad som senare skulle kallas **Lean Management**.

De trodde på filosofin att hög kvalitet inte nödvändigtvis betydde högre kostnader som följd.³⁰ Lean Management handlar även om att både hitta och eliminera slöseri, eller ”muda” som det

²⁸ European Foundation for Quality Management (1999). *The EFQM Excellence Model*. s. 4 & 7

²⁹ Jackson, T & Jones, K. (1996). *Implementing a Lean Management system*. Portland: Productivity press. Sida xi

kallas på japanska. Med ”muda” menas den tid eller det slöseri som inte skapar mervärde för kunden. Det är även viktigt i ett tillverknings- och serviceföretag att skapa ett snabbt och flexibelt flöde som exempelvis bidrar till högre effektivitet och ökad kvalitet. Detta kan uppnås genom Lean Management.³¹ Det är inte bara i tillverkningsföretag som Lean Management används utan även i service- och tjänsteföretag eftersom det är ytterst viktigt att förebygga slöseri men även skapa någon form av värde för kunden.³² Lean Managements syn på arbetsprocessen syftar till att eliminera slöseri och få en jämn arbetsprocess genom effektivisering. Akutmottagningen har en liknande syn där det är viktigt att det inte finns inslag av ineffektivitet eller aktiviteter som hämmar arbetsprocessen och skapar längre väntetider. Användandet av modellen ter sig därför naturligt till vår uppsats.

3.2 Effektivitet

I boken ”*Effektivitet i offentlig sektor*” hävdar Borg att det finns stora möjligheter till ytterligare effektivisering. Borg hävdar även att för att kunna effektivisera i den offentliga sektorn krävs också att vi accepterar konsekvenserna av exempelvis ny form av teknik, nya arbetssätt och så vidare.³³

Ordet effektivitet är ett centralt begrepp i Lean Management och kommer att användas väldigt flitigt i uppsatsen. Det är därför viktigt att definiera vad som egentligen menas med detta begrepp. Det finns en hel del olika definitioner av begreppet effektivitet, men en generell definition av vad effektivitet handlar om är uppföringar och uppnådda förbättringar.³⁴

Det finns även andra definitioner av effektivitet som beror på vilken nivå som avses. Den första är **teknisk effektivitet** som innebär att befintliga resurser används på ett effektivt sätt. Den andra definitionen är **allokerings effektivitet** som betyder att bestämma om resurser i förhållande till kundernas önskemål. Den sista definition kallas **institutionell effektivitet**

³⁰ Jackson, T & Jones, K. (1996). Sida 5; Womack, J & Jones, D. (2003). *Lean thinking – banish waste and create wealth in your corporation*. London: Simon and Schuster. Sida 15

³¹ Bicheno, J.(2006) *Ny verktygslåda för Lean – för snabbt och flexibelt flöde*. Göteborg: Revere AB. Sida 6-9; Jackson, T & Jones, K. (1996). Sida 4; Dahlgård J & Dahlgård-Park, S. (2006). *Lean production, six sigma quality, TQM and company culture*. The TQM Magazine. Vol. 18, nr 3. Sida 267

³² Bicheno, J.(2006) Sida 6-9; Womack, J & Jones, D. (2003). Sida 15

³³ Borg, P. (1996). *Effektivitet i offentlig sektor – ökad effektivitet en fråga om vilja*. Uppsala: Konsultföretaget AB. Sida 11& 16

³⁴ Murray, R. (2006) ”Vad är effektivitet och hur mäta den i kommunal verksamhet?”. I Brorström, B, Hagén, H-O, Hagsten, E, Kastberg, G, Magnusson, B, Malmberg, B och Murray, R. *Mått på välfärdens tjänster – en antologi om produktivitet och effektivitet i kommunala verksamheter*. Sida 121

som menas med de beslutsprocesserna som användes för att uppnå olika prioriteringar såsom budgetprocess och arbetsorganisation.³⁵

Effektivitet handlar även om att försöka få fram rätt resultat till en så låg kostnad som möjligt och med rätt resultat menas vilket behov som är mest angeläget att tillgodose. Detta resultat ska leda till den mest önskade effekt.³⁶ För att kunna få fram resultatet till en låg kostnad måste de inre processerna ses över och de upprepande undersökningar inom vården elimineras, som till exempel röntgen och provtagning.³⁷

3.3 Excellence Model

European Foundation of Quality Model är ett verktyg för självbedömning av verksamheten och har sin utgångspunkt i ett kvalitetstänkande med främsta mål att organisationen ska fungera så effektivt som möjligt utan att kompromissa om kvaliteten. Dahlgaard-Park beskriver dock att tillvägagångssättet i bedömningar utifrån modellens koncept varierar beroende på tolkning och uppfattning av modellens beståndsdelar.³⁸

Modellen har nio huvudsakliga kriterier för bedömning av hur väl en organisations arbetsprocess fungerar. Fem av dessa kriterier är ”enablers” det vill säga områden som definierar vad en organisation behöver göra för att få arbetsprocessen att fungera så smidigt som möjligt.³⁹ Resterande fyra punkter fokuserar istället på vad organisationen får för resultat i förhållandet till insatserna (enablers).⁴⁰ Resultatet och effektivitetsfaktorn bedöms utifrån ett poängsystem, där vissa aktiviteter är värda mer poäng än andra. Dessa resultat summeras sedan under varje kriterium för att undersöka var i organisationen som problem kan finnas. Poängen sätts av utvalda bedömare, ofta sådana som är insatta inom respektive område.⁴¹ När resultatet väl visas går det tillbaka till organisationen som innovation och lärdomar.

³⁵ Molander, P. (2005). ”Självstyrelse, likvärdighet och effektivitet – ett spänningsfyllt förhållande”. I Molander, P (red.) & Stigmark, K. *Självstyrelse, likvärdighet och effektivitet – Målkonflikter i den offentliga sektorn*. Södertälje. Riksbankens Jubileumsfond & Gidlunds förlag. Sida 17-18

³⁶ Borg, P. (1996). Sida 12

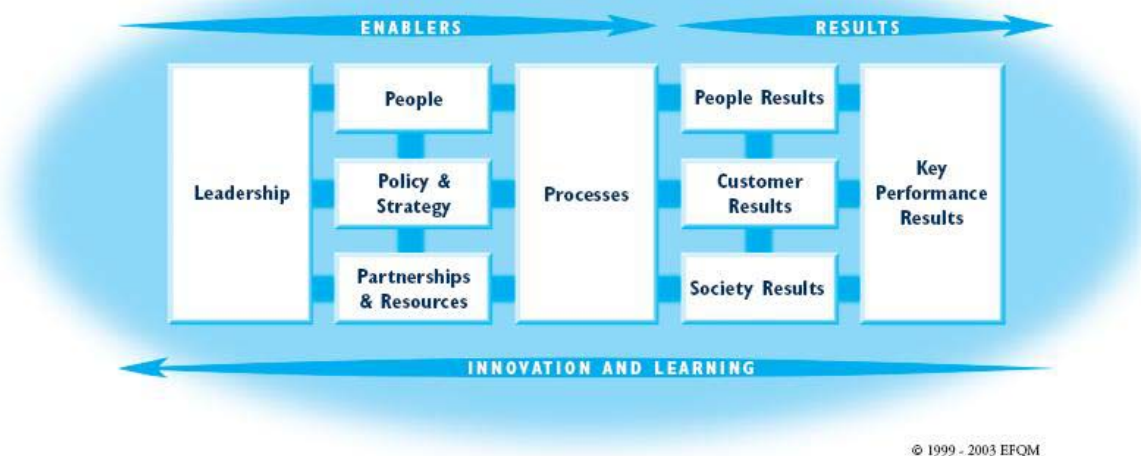
³⁷ Nordgren, L. (2007). *Vårdmatchning*. Utveckla tjänsteproduktivitet inom sjukvården. Sida 5

³⁸ Dahlgaard J & Dahlgaard-Park, S. (2007). Excellence – 25 years evolution. *Management History*. Vol. 13, nr 4. Sida 381

³⁹ European Foundation for Quality Management (1999). Sida 8

⁴⁰ Martín-Castilla Juan Ignacio, Rodríguez-Ruiz Óscar (2008). “EFQM Model: Knowledge, governance and competitive advantage”. *Journal of Intellectual Capital*. Vol 9. Nr 1. Sida 138; Bou-Llugar J Carlos, Escrig-Tena Ana B, Roca-Puig Vicente, Beltrán-Martín Inmaculada (2005). “To what extent do enablersexplain results in the EFQM Excellence Model”. *The International Journal of Quality & Reliability Management*. Vol 22. Nr 4-5. Sid 338.

⁴¹ Li M, Yang J B (2003). “A decision Model for Self-Assessment of business processbased on the EFQM excellence model”. *The International Journal of Quality & Reliability Management*. Vol 20. Nr.2-3. Sid. 164.



Figur 2. European Foundation of Quality (and Excellence) Model (EFQM) med de nio huvudsakliga kriterierna.⁴²

3.3.1 "Enablers" kriterier

Varje verksamhet behöver göra någon form av insatser för att uppnå sina mål och dessa insatser kan beskrivas som "enablers". Resultatet av "enablers" visas i andra delen av modellen nämligen "results".

Leadership innebär att ledare skall fungera som en drivkraft för att underlätta och uppnå de mål och visioner som verksamheten har. De skall utveckla system och rutiner som framhäver och uppehåller det som skapar framgång. Detta gör de genom sina handlingar och sitt beteende.⁴³ Korszynski nämner ytterligare en aspekt som ledare inom sjukvården måste tänka på och det är att behålla en så hög kvalitet med så liten arbetsstyrka som möjligt.⁴⁴

People Management innebär att organisationen ska kommunicera, involvera, motivera, belöna, skapa jämlikhet och bemyndiga sina anställda. Personalen är en väldigt viktig resurs som bidrar med något till företaget, det är därför viktigt att de förvaltar denna resurs väl. Det centrala för företaget är att ta tillvara på de kunskaper och erfarenheter som personalen har och utnyttja det optimalt för att det ska stödja verksamheten.⁴⁵

⁴² European Foundation for Quality Management (1999). Sida 8

⁴³ Ibid. Sida 12-13

⁴⁴ Korszynski, M. (2002) *Human Resource Management in Service Work*. Great Britain: Biddles Ltd. Sida 97

⁴⁵ European Foundation for Quality Management (1999). Sida 16; Grant, R. (2005). *Contemporary strategy analysis*. (Fifth edition) Oxford: Blackwell Publishing. Sida 143

När det gäller belöningsystem är det viktigt att motivera anställda att prestera något utöver det vanliga⁴⁶ och få företaget att fokusera på rätt saker.⁴⁷ Utveckling av kunskap och färdighet som krävs för att uppnå organisatoriska mål kan räknas som ”rätt saker”.⁴⁸

Under det senaste årtiondet har värderingen för ”human resource” blivit allt mera allomfattande och sofistikerad. Det vill säga att det blir mer och mer vanligt att företag vill ha personal som har bra samarbetsförmåga, är flexibla och har lätt för att lära istället för att bara anställa dem för deras kvalifikationer. Företag letar hela tiden efter metoder som kan värdera utförda prestationer hos personalen och även för att ta fram om det finns potential för vissa personer att prestera mycket inom företaget.⁴⁹ Korszynski nämner att individuella prestationsutvärderingar blir allt vanligare hos vårdpersonal och fortsätter dock att säga att denna utvärdering hjälper personalen att hitta en balans mellan effektivitet och patientfokus.⁵⁰

Decentraliserat personalansvar är vanligt inom företag, där ansvaret delas ut till personal för att ledningen inte ska behöva ta alla beslut utan att man mera delar ut makten på lägre nivåer. Personalansvar innebär att man har ansvar för ett visst antal personer som exempelvis en områdeschef eller en teamchef. Att dela ut personalansvar visar även på tillit från företaget för sin personal.⁵¹

Policy & Strategy innebär att den strategi, vision och mål som organisationen har, måste vara rimliga och ta hänsyn till sin omgivning och marknad. Det är även viktigt för företaget att ha en strategi som tar hänsyn till den interna miljön. Med den interna miljön menas det exempelvis de resurser, mål, struktur och förmåga som företaget har. För att kunna följa sina strategier måste verksamheten ha delmål, policy och planer som inte motarbetar eller förvirrar dem som berörs av dem.⁵² När ett företag sätter upp mål är det ofta VD: n och styrelsen på företaget som fastställer dem och det är mycket viktigt att alla i företaget blir informerade om vilka mål de arbetar för, för att kunna förbättra och uppnå dem.⁵³

Partnerships & Resources menas med optimalt utnyttjande av partnerskap, leverantörer och interna resurser kräver planering för att få verksamheten att fungera smidigt. Planeringen måste ta hänsyn till det nuvarande och det framtida behovet som verksamheten

⁴⁶ Ax, C, Johansson, C & Kullén, H.(2005). *Den nya Ekonomistyrningen*. Malmö: Liber Sida 75

⁴⁷ Ibid. Sida 628

⁴⁸ Anthony N, R & Govindarajan, V. (2007). *Management Control System*. (Twelfth edition). New York: McGraw-Hill Companies. Sida 8

⁴⁹ Grant, R. (2005). Sida 144

⁵⁰ Korczynski, M. (2002). Sida 97

⁵¹ Bergström, O & Sandoff, M.(2000). *Handla med människor – Perspektiv på Human Resource Management*. Lund: Academia Adacta AB. Sida 68

⁵² European Foundation for Quality Management (1999). Sida 14-15; Grant, R. (2005). Sida 14

⁵³ Anthony N, R & Govindarajan, V. (2007). Sida 53

kan tänkas behöva. Förutom verksamheten är omgivningen och miljöaspekter också viktiga delar i planeringen.⁵⁴ Det är alltså viktigt att ordna relationer med partners för att skapa ett maximalt utbyte. Dessutom ingår hantering av finansiella resurser och hantera underhåll av tillgångar så att de stödjer verksamheten.⁵⁵

Process innebär att organisationen ska förvalta, utveckla och förbättra de processer som verksamheten bedriver. Processernas mål ska i slutändan vara att fullt tillfredsställa kunderna och andra intressenter. Det är viktigt att kunna identifiera och prioritera möjligheter till förbättring i verksamheten.⁵⁶

Vi kommer att utgå från följande definition av vad en process är: *”En process är en kedja av aktiviteter som i ett återkommande flöde skapar värde för kunden”*.⁵⁷ Den övergripande processen kallas för kärnprocess och är en uppsättning processer som tillsammans uppfyller organisationens affärsidé, som exempelvis sjukvård, bilförsäljning och postorder. En kärnprocess kan brytas ned till en rad delprocesser som stödjer denna process. Ett exempel på detta är att inom sjukvården kan en delprocess vara en diagnos, en behandling och eftervård. I en delprocess finns det även aktiviteter som är en begränsad enskild arbetsuppgift.⁵⁸ En delprocess kan fortsättningsvis brytas ned till aktiviteter. Om vi utgår från exemplet sjukvård blir en aktivitet när det exempelvis tas blodprov på en patient för att få fram en diagnos. Aktiviteterna i en process måste göras i en viss ordning för att det ska bli ett resultat det vill säga att det inte går att göra handling C innan A och så vidare. Detta kallas även för en linjär process.⁵⁹

Det finns även olika sätt att se på processer, ett exempel kan vara att en process ses från olika perspektiv på samma ställe. Ett exempel kan vara kundserviceprocessen på en restaurang där en person anser att process börjar från det att en kund kommer in på restaurangen tills att den har ätit och går igen. En annan person på den här restaurangen kanske följer processen med matlagningen och så vidare. Detta skapar då olika processperspektiv.⁶⁰

⁵⁴ European Foundation for Quality Management (1999). Sida 16-17

⁵⁵ Ibid. 18-19

⁵⁶ Ibid. Sida 20

⁵⁷ Rentzhog, Olof. (1998). *Processorientering: En grund för morgondagens organisationer*. Lund: Studentlitteratur. Sida 30

⁵⁸ Ibid. Sida 32; Dicander-Alexandersson, M, Alnhem, L, Rönnberg, K och Vaggö, B. (1997). *Att lyckas med processledning*. Malmö: Författarna och Liber AB. Sida 29-30

⁵⁹ Ibid. Sida 26; Persson, J-E. Westrup, U. (2006). *Delivering high touch services*. Management system in support in service organizations. Sida 11

⁶⁰ Rentzhog, Olof. (1998). Sida 33

3.3.2 ”Results” Kriterier

Resultatet av verksamhetens input redovisas som de sista fyra kriterierna i modellen. **People Results** innebär att verksamheten måste mäta hur väl resultat uppnås i relation till sina anställda.⁶¹ Med **Customer Results** menas det att verksamheten måste mäta hur väl resultat uppnås i relation till sina kunder.⁶² **Society Results** innebär att verksamheten mäter hur väl resultat och förväntningar på företaget uppnås i relation till samhället.⁶³ **Key Performance Results** innebär att verksamheten mäter hur väl resultat uppnås i relation till sin strategi och sina intressenter.⁶⁴

3.4. De fem Lean principerna

I Lean Management har vi valt ut två delar, de fem Lean principerna och de sju formerna av slöseri i en verksamhet. Detta hjälper till för att kunna identifiera vad för sorts problem som skapar slöseri i en arbetsprocess. Det finns fem stycken principer som är grundläggande för Lean Management. Båda dessa är till för att kunna förbättra delar av processen i företaget som skapar slöseri.

Den första principen är att kunna **specificera värdet utifrån kundens perspektiv**. Det handlar alltså mer eller mindre om marknadsföring med den väletablerade tanken om att kunden köper resultatet och inte själva produkten. Det finns flera olika sätt att se på en kund, det kan exempelvis vara en kund i mellanprocessen, slutlig kund och så vidare.

Den andra principen handlar om **värdeflödet**, även kallat arbetsprocessen, vilket innebär att de handlingar som bidrar till att leverera en viss typ av produkt eller tjänst, från början till slut. Det handlar inte om att koncentrera sig på avdelningar och enskilda processer, utan på hela processen.⁶⁵

Inom värdeflödet finns enligt Womack och Jones två typer av ”muda”. Bicheno beskriver dem tydligast när han berättar att typ 1 syftar till sådana aktiviteter som inte tillför kunden någonting men som är nödvändiga för att bevara driften. Denna typ åtgärdas generellt sett genom förenkling av de processer som ingår i driften. Typ 2 handlar däremot om det

⁶¹ Wongrassamee, S, Gardiner, P D, Simmons, J E L (2003). Performance measurement tools: The balanced scorecard and the EFQM excellence model. *Measuring Business Excellence*. Vol 7, nr 1. Sida 17; European Foundation for Quality Management (1999). Sida 24

⁶² Wongrassamee, S, Gardiner, P D, Simmons, J E L (2003). Sida 17; European Foundation for Quality Management (1999). Sida 22

⁶³ Wongrassamee, S, Gardiner, P D, Simmons, J E L (2003). Sida 17; European Foundation for Quality Management (1999). Sida 26

⁶⁴ Wongrassamee, S, Gardiner, P D, Simmons, J E L (2003). Sida 17; European Foundation for Quality Management (1999). Sida 28

⁶⁵ Womack, J & Jones, D. (2003). Sida 19-20 & 353; Bicheno, J.(2006). Sida 12

motsatta och denna typ förstör istället för kunderna eller intressenterna och bör elimineras. Dessutom har typ 2 en tendens att bli mer omfattande ju längre tid som går och växer gärna i smyg utan att märkas.⁶⁶

Den tredje principen handlar om att få värdet att **flöda** vilket exempelvis kan innebära att försöka undvika långa köer eller åtminstone försöka minska dem för kunderna. Det är viktigt att kunna identifiera slöseri och försöka att ta bort dem. När jämnt flöde eftersträvas är det inte bara för att öka konkurrenskraften utan för att exempelvis göra kunderna nöjda och att öka effektiviteten. Det är även viktigt att fokusera på kunden samt att tjänsten hela tiden ska hållas i rörelse. Den fjärde principen är **"pull"** och innebär i huvudsak om att inte överproducera i förhållandet till efterfrågan. Womack & Jones beskriver detta bäst när de skriver: "...you can let the customer pull the product from you as needed rather than pushing products, often unwanted, onto the customer".⁶⁷ Den sista och femte principen är **perfektion** och innebär att det inte bara handlar om kvalitet för kunden utan att kunna tillverka det kunden vill ha och kunna tillverka det, när det efterfrågas. Detta ska ske till ett rimligt pris och helst inte innefatta någon form av slöseri.⁶⁸

3.5 Sju former av slöseri i serviceverksamheter

I Lean Management finns olika former av slöseri som påverkar arbetsprocessen. Bicheno beskriver sju olika former av slöseri som kan uppstå i ett serviceföretag. Det första är olika former av **förseningar** som kan drabba kunden. Exempelvis måste kunden vänta på service, stå i kö, vänta på svar och andra fördröjningar. Den andra formen av slöseri är onödiga **uppreppningar**. Personalen tvingas till exempel att skriva in samma uppgifter flera gånger i rad, i exempelvis formulär, eller svara på samma förfrågningar från flera divisioner inom organisationen. **Onödiga rörelser** är ytterligare en form av slöseri där kunderna tvingas vänta flera gånger i upprepade köer. Dessutom ingår även dålig ergonomi och att exempelvis behöva utföra samma sak flera gånger. Försättningsvis har vi **oklar kommunikation** och de konsekvenser som detta kan skapa. Förvirring att lägga tid på att söka efter förklaringar och felaktig användning är några exempel på denna form av slöseri. Den femte formen av slöseri berör **felaktig hanteringen av lager**. Detta kan exempelvis vara svårigheten att få tag i de efterfrågade produkterna, kanske för att de tagit slut, och att få tag på substitut som kan bidra till felaktiga lagerhanteringar.

⁶⁶ Ibid. Sida 16; Womack, J & Jones, D. (2003). Sida 19

⁶⁷ Ibid. Sida 24

⁶⁸ Ibid. 21-26; Bicheno, J.(2006). Sida 11-12

Dessa ovannämnda punkter kan leda till **förlorade möjligheter** där ett misslyckande i att skapa kontakt med kunder och ignorerar dem kan visa sig i form av ohövligt kundbemötande. Dessutom kan det leda till **felaktigheter i servicetransaktionen**, såsom att förlorade eller defekta produkter når kunden.⁶⁹

Sammanfattningsvis har vi i detta kapitel beskrivit de teorier som skall användas i analysen. Valet av teorier ingår i området Lean Management, där mycket fokus ligger på identifiering av slöseri och effektivisering av verksamheten. För en akutmottagning är det viktigt att det inte finns inslag som hämmar arbetsprocessen och skapar längre väntetider. Lean Management har en liknande syn på arbetsprocessen som syftar till att eliminera slöseri och få en jämn arbetsprocess genom effektivisering. I de sju formerna av slöseri kommer inte felaktigheter i servicetransaktionen att beröras, då vi inte undersöker kvalitét för patienten. Fortsättningsvis tas Excellence modellen upp som hjälper oss att identifiera var slöseriet finns. I uppsatsen kommer vi inte att använda oss av det poängsystem som presenteras i modellen. Vi nöjer oss med att konstatera var problemet finns. Huvudfokus kommer att ligga på ”enabler”-området i modellen, och då framförallt ”People Management”, ”Policy & Strategy”, ”Partnership & Resources” samt ”Process”. Vi kommer dock inte att beröra ”Leadership”, då uppsatsen hade blivit för omfattande för den tidsram som satts. Uppsatsen utgår ifrån ett tekniskt effektivitetsperspektiv det vill säga att befintliga resurser används på ett effektivt sätt.

⁶⁹ Bicheno, J.(2006). Sida 21

4. Vårt insamlade material

Upplägget på detta kapitel skiljer sig från teorikapitlet på så sätt att vi här kommer att utgå från Excellence modellens fyra valda ”enabler”-områden när vi strukturerar empirin. Anledningen till detta är för att de två Lean Management delarna enbart kompletterar Excellence modellen och kommer därför inte att ha enskilda rubriker som de hade i teorikapitlet. Detta görs för att undvika att upprepa empiri.

Kapitlet inleds med en företagspresentation som syftar till att ge läsaren en bakgrund och förståelse över Helsingborgs lasarett. Därefter presenteras empirin enligt Excellence modellens fyra valda områden. Med hjälp av empirin kan vi ta reda på hur en arbetsprocess fungerar inom sjukvården samt hur personalen arbetar. Vi kommer att ta upp ett exempel på hur processen ser ut för en patient som själv kommer in till akutmottagningen och söker vård. Vi undviker att beskriva patienter som kommer in på andra sätt, exempelvis med ambulans, då det skapar en helt annan process. Vi undersöker långa väntetider, och exemplet är valt utifrån dessa tankar. Detta hjälper oss att besvara vårt syfte och frågeställningar genom att illustrera hur arbetsprocessen kan se ut.

4.1 Företagspresentation

Helsingborg fick sitt första sjukhus redan 1850 och har därav en lång tradition av att vara en ”sjukhusstad” bakom sig. Idag har Helsingborg ett lasarett som invigdes 1975 och har sedan dess renoverats och byggs om vid ett flertal tillfällen. Det är ett av Region Skånes fyra specialiserade lasarett och hit kommer patienter från hela nordvästra Skåne. Det är patienter som är i behov av specialiserad akutvård men även för vissa planerade operationer som en del patienter behöver. Akutmottagningen är lasarettets ”kärna” och 80 procent av alla patienter kommer genom akuten. Helsingborgs lasarett ansvarar även för delar av närsjukvården inom nordvästra Skåne. År 2006 hade Helsingborgs lasarett 3 508 anställda, det fanns 512 vårdplatser och antalet läkarbesök uppgick till 178 000 stycken.⁷⁰

Helsingborgs lasarett arbetar även för att vara ett hälsofrämjande lasarett vilket menas med att de har ökad hälsa som ett mål och att främja och förebygga hälsorelaterade insatser. Det innebär även att det kombineras god behandling och omsorg till patienterna. Helsingborgs lasarett fokuserar inte bara på riskfaktorer – utan även på ”friskfaktorer”.⁷¹

⁷⁰www.helsingborgslasarett.se. Fakta om Helsingborgs lasarett. (Läst 2008-04-29)

⁷¹www.helsingborgslasarett.se. Hälsofrämjande sjukhus. (Läst 2008-04-29)

4.2. People Management

Det var alltid samma bemanning på akutmottagningen av sjuksköterskorna på vardagar. Däremot varierade detta för läkarna eftersom de var mer beroende av hur många patienter som kom till akutmottagningen. Det fanns dock alltid minst två läkare varje dag på akutmottagningen. En annan källa beskrev dock att bemanningen av sjuksköterskorna varierade med patientflödet. Detta kunde innebära att det ibland var lite patienter men mycket personal och vice versa.

Vidare fanns det ingen personalutbildning i att göra arbetet effektivare på akutmottagningen utan personalen gick istället efter rutiner som till exempel hur och vilka prover de skulle ta och så vidare. Det beskrevs också att de sjuksköterskor som hade mer erfarenhet ofta kunde ta hand om flera patienter under en timmes tid, än de som inte hade lika mycket erfarenhet. Vad gäller belöningssystem så fanns det inget sådant utan personalen uppmuntrades istället med beröm och tillställningar. Enligt en källa ”... *arbetar personalen för att de tycker att det är ett intressant och trevligt arbete*”.

Ansvarsstrukturen på akutmottagningen var uppdelad på följande sätt. Sektionschefen ansvarade för alla läkare på akutmottagningen och områdeschefen ansvarade för sjuksköterskornas verksamhetsområde. Det fanns även en teamchef som ansvarade för personalen och deras arbetsutveckling och var även underställd områdeschefen.

4.3 Policy & Strategy

Akutmottagningen arbetade inte utifrån ett kundperspektiv utan från ett patientperspektiv. Akutmottagningen hade tre mål som de arbetade efter, där det första var att alla patienter skulle lämna akuten inom fyra timmar. Det andra var att patienterna skulle vara klara för inläggning och flyttas till akutvårdsavdelningen inom 30 minuter och det sista målet var att alla högprioriterade journalanteckningar skulle vara utskrivna inom fyra timmar. En källa tyckte dock att: ”*De mål som finns på akutmottagningen fungerar inte i verkligheten ibland, eftersom verkligheten ofta ser annorlunda ut.*” Detta uttalande berodde dock på att målen var satta för ungefär 150 patienter per dag men i verkligheten låg patientintaget stundtals på ungefär 200 personer. Kommande patienter kunde dessutom inte bli nekade till att få komma in på akutmottagningen och personalstyrkan fick inte utökas.

En policy på akutmottagningen var att personalen utgick från ett prioriteringssystem enligt fyra steg. Dessa var mycket brådskande, brådskande, icke brådskande och låg prioritet. Det är viktigt att påpeka att det inte var alla patienter som befann sig på akutmottagningen

som var i behov av akut vård. Ibland bedömdes inte en patient som akut sjuk utan kunde då bli hänvisad till en distriktmottagning. Det kunde även vara så att en patient hade höga förväntningar på akutmottagningen och krävde att få träffa en specialistläkare och inte ”bara” en sjuksköterska. Patienter krävde även att få omedelbar vård medan sjuksköterskan bedömde enligt prioriteringsriktlinjer så att vissa mer akuta fall gick före.

En annan viktigt policy var även att allt som berörde patienten skulle dokumenteras i patientens journal. Detta gjordes varje gång som en patient blev undersökt av en sjuksköterska eller av en läkare. Kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor skedde ofta skriftligt, men om det förekom i muntlig form var det tvunget att dokumenteras.

4.4 Partnership & Resource

Akutmottagningen samarbetade med röntgenavdelning och laboratoriet eftersom akuten inte hade egen tillgång till dessa resurser. En källa påpekade att om en patient fick en remiss till röntgen så tog det längre tid innan denne fick sin diagnos. Efter att patienten hade fått sin diagnos kunde denne till exempel skickas vidare till en annan vårdavdelning. Om patienten lämnade prover skickades dessa vidare till laboratoriet.

Det hände också att akutmottagningen hade många patienter som väntade på att bli hämtade till andra avdelningar som inte hann hämta upp dem i samma takt som tillströmningen. Akutmottagningen lämnade alltså inte patienterna på respektive avdelningar utan patienter fick vänta i korridorerna på akutmottagningen tills de blev hämtade. En källa beskrev även att det fanns ett logistiskt problem vad gällde översynen över akutmottagningens patienter när detta skedde. Det beskrevs att *”... en del patienter kan känna sig bortglömda eller bli hungriga. Akutmottagningen har inte resurser att kunna förse alla med mat, bara de som har diabetes”*. Orsaken sades bero på finansiella aspekter. Akutmottagningen var begränsad av en budgetram som byggde på föregående års historik och det var viktigt att den efterföljdes.

Det kunde fortsättningsvis ibland uppstå tekniska problem i form av datahaveri, vilket innebar att datorn i huvudreceptionen på akutmottagningen stängde, vid vissa tillfällen, av sig. Detta beroende på att det var för många patienter som blev inlagda samtidigt och skapade överbelastning på systemet.

Det fanns även färgade linjer i golvet som var markerade till respektive avdelningar. Det saknades dock synlig beskrivning av linjernas funktion och vart de ledde.

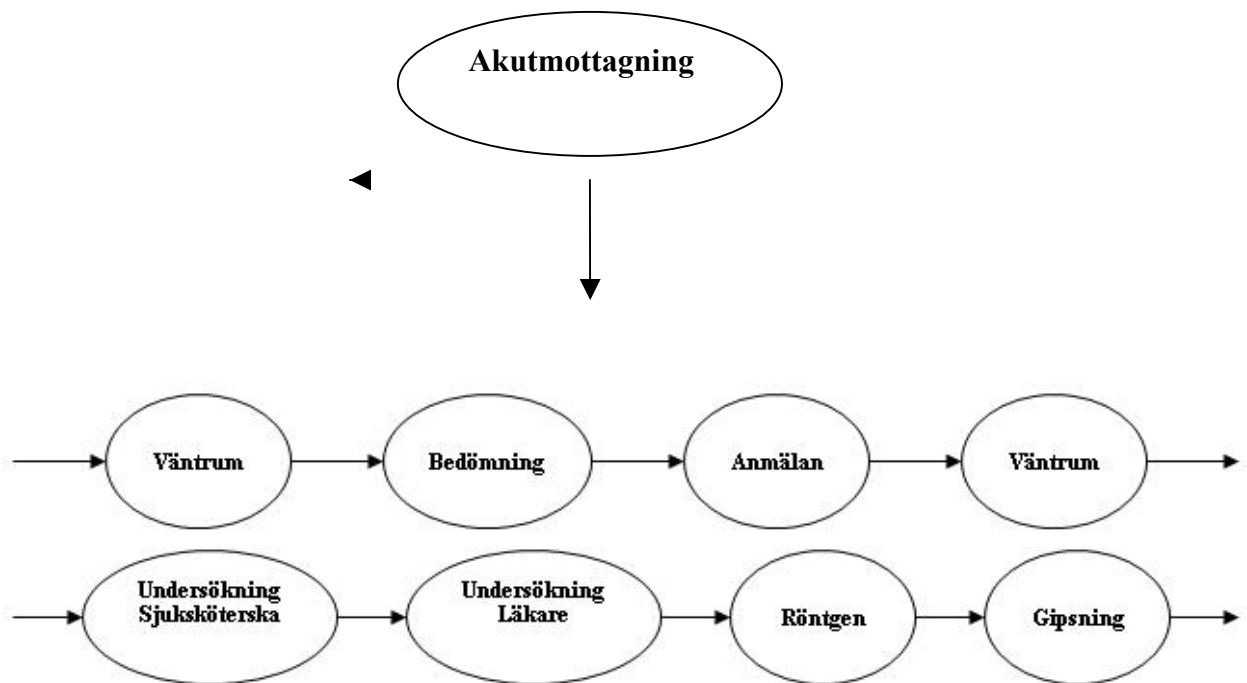
4.5 Process

Ingången till akutmottagningen var mycket trafikerad och det gick igenom en hel del personer och patienter som skulle till andra avdelningar. När en patient kom fram till väntrummet möttes hon/han av två kölappsautomater, en för de som hade fått remiss och en för de som inte hade fått en remiss. Det fanns dock skyltar som hänvisade till vilken kölapp patienten skulle ta. Den ena skylten var dock övertejpade med ny information. Det hände ofta att patienten tog fel kölapp och när felet upptäcktes var denne tvungen att ta en ny kölapp. Personen placerades då åter i kö. Om många patienter tog fel kölapp blev de tillrättavisade och tvingades då ta en ny kölapp. I detta fall handlade det om att patienten automatiskt tog från den första kölappsautomaten de såg. Det fanns även två ”nu betjänas” skyltar i väntrummet. Skyltningen med information på vilken kölapp patienten skulle ta fanns vid båda kölappsautomaterna.

Vidare kunde det innebära att en patient ofta fick träffa många parter som exempelvis sjuksköterskor, läkare eller andra avdelningar. Detta brukade en sjuksköterska ofta försöka förbereda patienten på. När en patient mötte dessa parter behövde denne gång på gång förklara sina besvär. Sådana förklaringar krävdes eftersom patienten träffade olika sjuksköterskor innan de träffade en läkare, som sedan gjorde sin bedömning. Enligt lag var sjuksköterskorna också tvungna att dokumentera vad patienten sa om sitt sjuktillstånd.

Fortsättningsvis påpekades det även att det ibland hände att anhöriga och vänner kom till akutmottagningen för att besöka patienten. Detta bidrog ibland till diskussioner mellan personal och de besökande eftersom det kunde bidra till att personal blev störda i sitt arbete.

Nedan görs en beskrivning av en process för en patient som antas ha brutit handleden och som själv kom in till akutmottagningen. Vi undviker att beskriva patienter som kommer in på andra sätt, exempelvis med ambulans, då det skapar en helt annan process.



Figur 3. Figuren presenterar ett exempel på hur en process kan se ut för en patient med bruten handled.

Patienten kom till akutmottagningens väntrum, tog en kölapp, satt ner och väntade på sin tur. Patienten blev sedan inskickad till ett separat rum för bedömning av en sjuksköterska och där fick patienten förklara sitt sjukdomstillstånd. Därefter anmälde patienten sig till ortopedireception (eftersom antagandet gällde en bruten handled) och väntade på sin tur igen. Patienten hänvisades till ett undersökningsrum där en annan sjuksköterska undersökte patienten och denne fick förklara sitt sjukdomstillstånd igen. Detta gjordes för att kontrollera korrektheten i patientens journal. Därefter undersökte en läkare patienten och frågan om patientens sjuktilstånd togs återigen upp för att kunna ställa en diagnos. Patienten fick sedan en remiss och skickades till röntgen. Där fick patienten vänta på sin tur för att bli röntgad. Slutligen kom patienten tillbaka till läkaren för att bli gipsad och därefter fick patienten gå hem.

5. Analys

På samma sätt som i empirin kommer vi här att utgå från Excellence modellens fyra valda ”enabler”-områden när vi strukturerar analysen. Anledningen till detta är att de två Lean Management-delarna enbart kompletterar Excellence modellen och kommer därför inte att ha enskilda rubriker som de hade i teorikapitlet. Dessa två Lean Management delar kommer istället att smältas samman under de fyra valda ”enabler”-områdena. Detta görs för att undvika upprepning i analysen.

Genom att sätta samman teori och empiri i analysen kan vi besvara vårt syfte och frågeställningar genom att jämföra dessa.

5.1 People Management

Grant beskriver att personalen är en viktig resurs som bidrar med något till företaget och bör förvaltas väl. I den fjärde principen, ”pull”, betonas vikten av att inte överproducera i förhållandet till exempelvis efterfrågan. Vår undersökning visade att det alltid var samma bemanning av sjuksköterskor på akutmottagningen under vardagarna oavsett patienttillflödet. Men bemanningen för läkarna varierade efter behovet (efterfrågan). Det framkom att det ibland bildades en överproduktion av sjuksköterskorna gentemot efterfrågan som i detta fall syftar på patienttillflödet. Det hände alltså att det fanns få patienter men många sjuksköterskor. Enligt teorin anpassar sig läkarna däremot bättre till rådande situation. Vad som alltså kan konstateras är att denna resurs, det vill säga sjuksköterskor, enligt Lean Management inte förvaltas tillräckligt väl.

Ax *et al.* betonar vikten av ett fungerande belöningsystem för att motivera personal att prestera något över det vanliga. Anthony kompletterar detta och säger att ett bra belöningsystem har för avsikt att utveckla den kunskap och de färdigheter som krävs för att uppnå de organisatoriska målen. Akutmottagningen hade dock inget belöningsystem utan använde sig istället av beröm och tillställningar. Enligt teorin är alltså personalen inte lika motiverad som den vore med ett belöningsystem och detta kan skapa en brist på drivkraft. Detta skulle enligt teorin också leda till att flödet i arbetsprocessen går långsammare än vad den hade gjort med motiverad personal.

Det framgick att sjuksköterskornas erfarenhet spelade stor roll i hur många patienter som kunde tas hand om per timme. Grant påpekar att personalens kunskap och erfarenhet måste tas till vara på för att stödja verksamheten optimalt. En sådan erfarenhet skulle kunna delas med till andra för att göra arbetsprocessen effektivare. Fortsättningsvis är också

utbildning en viktig resurs, det framgick dock att personalen inte fick någon utbildning i effektivisering av sitt arbete. Personalen stödde sig istället på rutiner. Arbetsrutinerna kan påverka flödet både positivt och negativt. Om arbetsrutinerna inte är ”uppdaterade” kan exempelvis detta leda till upprepning och onödiga rörelser då arbetet måste utföras igen, något som kan bidra till försening och ökad väntetid, vilket i sin tur kan påverka flödet i arbetsprocessen. Onödiga rörelser och upprepningar kan även uppstå om personalen inte delar med sig av den erfarenhet och kunskap som finns på akutmottagningen.

Ansvarstrukturen på akutmottagningen beskrevs på följande sätt: sektionsschefen ansvarade för läkaren på akutmottagning och områdeschefen för sjuksköterskornas verksamhetsområde. Det fanns även en teamchef som ansvarade för personalen och deras arbetsutveckling och var underställd områdeschefen. Teorin menar att decentraliserat personalansvar är vanligt inom företag, där ansvaret delas ut till personalen. Genom att dela ut ansvar till personalen visar det på tillit från företaget till sin personal. Detta betyder att akutmottagningen har ett decentraliserat personalansvar.

5.2 Policy & Strategy

Akutmottagningen hade tre mål som de arbetade efter. Dessa var att alla patienter skulle lämna akuten inom fyra timmar, att patienterna skulle vara klara för inläggning och flyttas till akutvårdsavdelningen inom 30 minuter samt att alla högprioriterade journalanteckningar skulle vara utskrivna inom fyra timmar. En källa beskrev dock att dessa mål inte alltid kunde uppnås. Målen var satta för 150 patienter per dag, men i verkligheten hände det att patientantalet nådde 200. Överskottet av patienter beskrevs orsaka vissa problem i form av att patienterna ibland kände sig bortglömda och hungriga. Bicheno hävdar att en form av förlorade möjligheter uppstår då ett misslyckande att skapa kontakt med kunder inträffar. Det går att konstatera att förlorade möjligheter förekommer på akutmottagningen. Enligt Grant måste organisationen ha rimliga mål som tar hänsyn till omgivningen, marknaden och den interna miljön. Det går således att konstatera att de satta målen stundtals kan vara svåra att uppfylla. Grant fortsätter att hävda att målen inte får motarbeta och förvirra personalen. Då målen inte alltid kan efterföljas skulle det kunna uppstå förvirring, exempelvis ”vad gäller nu”?, bland personalen under den period då målen inte är rimliga.

Fortsättningsvis skedde bedömning av patienter enligt en prioriteringslista på akutmottagningen. Det var dock inte alla patienter på akutmottagningen som var i behov av akut vård. Det beskrevs också att vissa patienter hade höga förväntningar och krävde att få träffa en specialistläkare och inte ”bara” en sjuksköterska. Patienter begärde även att få

omedelbar vård medan sjuksköterskan bedömde enligt prioriteringsriktlinjer så att vissa mer akuta fall gick före. Enligt Grant är det viktigt att verksamheten har en policy som inte förvirrar de som berörs av dem. Prioriteringsordningen är något som inte alla patienter känner till och kunde som tidigare har nämnts leda till att patienterna krävde vård direkt. Detta kunde skapa förseningar i form av att en specialistläkare var tvungen att tillkallas från en annan avdelning.

Det fördes omfattande dokumentation av patienternas sjukdomstillstånd i journaler. Detta skapar förseningar då mycket kraft från personalen måste läggas kring denna aktivitet istället för att ge vård. Det är dock enligt lag tvunget att en sådan dokumentation görs och kan inte kringgås.

5.3 Partnership & Resource

Akutmottagningen hade ingen egen röntgen eller eget laboratorium. De var därför beroende av dessa aktörer för att få tillgång till dessa resurser. Patienterna fick vänta längre på att bli röntgade eftersom det inte tillhörde akutmottagningen och dessutom krävdes en remiss. Enligt Excellence-modellen är ett optimalt utnyttjande av partnerskap och interna resurser viktigt för att få verksamheten att fungera smidigt. Eftersom akutmottagningen är beroende av röntgen avdelningen och laboratoriets resurser är det viktigt att utbytet fungerar på ett effektivt sätt och inte orsakar längre väntetider.

Det beskrevs även att akutmottagningens patienter fick vänta i korridoren tills de blev hämtade av andra avdelningar. Detta berodde på att andra avdelningar inte hann hämta upp patienterna i samma takt som tillströmningen. Här visas ett tydligt problem nämligen felaktig hantering av lager eftersom lagret (akutmottagningen) stundtals är överbelastat. Detta skapade ett logistiskt problem i form av svårighet med översyn av patienterna. Enligt teorin är det viktigt med en planering som tar hänsyn till det nuvarande och framtida behovet som verksamheten kan tänkas behöva. Här visas en felaktig planering av samarbetet mellan avdelningar. Det återspeglade sig i form av belastning på personalen då de måste ha översyn på ytterligare patienter. Dessutom ledde detta till utrymmesbrist på akutmottagningen. Patienten var tvungen att vänta på sin tur vilket skapade förseningar och väntetid eftersom kunden måste vänta på service. Den femte Lean principen, perfektion beskriver att det är viktigt att tillhandahålla tjänsten när den efterfrågas. Det går därför utifrån teorin att konstatera att tjänsten inte kan levereras när patienten efterfrågar den.

Ibland uppstod det datahaveri i huvudreceptionen på akutmottagningen, när patientregistret blev överbelastat. Excellence modellen påpekar att det är viktigt att hantera och underhålla sina tillgångar så att de stödjer verksamheten. Här visas tydligt en brist i underhållet när det gäller en av de viktigare datorerna. Detta skapar även en försening för patienten då datorn var tvungen att startas om och undersökas för att hitta eventuella fel i systemet.

5.4 Process

En av Helsingborgs lasarets kärnprocesser är akutmottagningen. Denna verksamhetsdel kan brytas ned till en delprocess, vilket i vårt illustrerande exempel blir processen för patienten med den brutna handleden. Exemplet är alltså från ett patientperspektiv. Denna delprocess kan brytas ned till olika aktiviteter. Dessa är i exemplets fall väntrum, bedömning, anmälan och så vidare (Se figur 3). Utifrån teorierna kan processens gång beskrivas som linjär, patienten måste alltså gå igenom varje aktivitet i rätt ordning. Patienten vill få en viss behandling av akutmottagningen och detta skapar en unik process för denne.

I akutmottagningens väntrum möttes patienten av två kölappsautomater, en för de som hade fått remiss och en för de som inte hade fått en remiss. Det fanns skyltar som hänvisade till vilken kölapp patienten skulle ta men denna information var dock oklar för patienten. Det kunde exempelvis handla om att den ena skylten var övertejpade med ny information samt att det fanns två ”nu betjänas” skyltar där det inte framgick vilken som berörde patienten. Något som framgick från observation var att många patienter tog fel kölapp då de reflexmässigt tog från första automaten och det ledde till att patienten fick ta en ny kölapp och köa om, vilket skapade längre väntetid för patienter. Enligt teorin är det viktigt att förvalta och förbättra de processer organisationen har. Det är viktigt för en verksamhet att identifiera och prioritera möjligheter. Womack *et al.* hävdar att det är viktigt att kunna identifiera hindren i flödet och försöka ta bort dem. Det centrala är att hålla verksamheten i ständig rörelse. Kölappsautomaten skapar ett hinder i flödet då den orsakar att patienterna får köa om och skapar en onödig upprepning. Andra patienter blir drabbade då kön uppehålls. Detta hinder uppstår eftersom kommunikationen till patienterna är oklar på grund av exempelvis otydlig skyltning. Ett annat hinder i flödet är när personalen blir indragna i diskussioner med patientens anhöriga och vänner. Situationen bidrar till att personalen är tvungna att lägga energi på diskussion istället för att utföra sina arbetsuppgifter. Detta hämmar flödet i arbetsprocessen och bidrar till förseningar i form av fördröjning.

6. Slutsats

I detta kapitel presenterar vi våra slutsatser som framkommit under arbetets gång. Slutsatserna återkopplas till syftet och frågeställningarna. Syftet med uppsatsen är att identifiera och belysa eventuella problem i sjukvårdens arbetsprocess utifrån ett effektivitetsperspektiv. Frågeställningarna vi utgått från är:

- Hur ser arbetsprocessen ut på Helsingborgs lasarets akutmottagning?
- Vilka faktorer kan påverka effektiviteten i arbetsprocessen?

Till att börja med tycker vi att bemanningen på akutmottagningen inte anpassas till efterfrågan. Med hjälp av teorin har vi kommit fram till en del av personalen på akutmottagningen inte förvaltas tillräckligt. Det beror på att sjuksköterskornas personalstyrka inte anpassas efter patienttillflödet. Däremot framgick det att läkarnas antal varierade enligt patienttillflödet. Vi anser att sjuksköterskorna också bör variera bemanningen på ett liknade sätt som läkarna för att utnyttja bemanningen optimalt.

Fortsättningsvis fanns det inte något belöningsystem utan akutmottagningen använder sig av ett beröm och tillställningar. Vi vågar påstå att det i längden är fördelaktigt att ha ett bra belöningsystem eftersom det kan bidra till att motivera personalen. Det kan även bidra till en ökad kreativitet och stimulera till nya idéer. Vidare kunde de sjuksköterskor som hade mer erfarenhet ta hand om fler patienter under en timme än de som var nyanställda. Vi menar att det är viktigt att erfarna sjuksköterskor delar med sig av sina kunskaper och erfarenheter till de nyanställda sjuksköterskorna. Genom detta blir arbetsprocessen effektivare och kan leda till att väntetiderna minskas. På samma sätt skulle utbildning kunna erbjudas i hur arbetsuppgifter kan effektiviseras, vilket i dagsläget saknas. Fortsättningsvis var ansvarstrukturen utformat på ett sådant sätt så att det gav personalen ett stort ansvar vilket visar att ledningen har tillit till sin personal.

Akutmottagningens nuvarande mål var utformade för 150 patienter per dag men ibland hände det att det kom upp emot 200 patienter. Vi hävdar att de nuvarande målen inte tar hänsyn till det ökade patienttillflödet. Det hade därför varit bra att uppdatera målen så att det omfattar den nya situationen. Under den tidsperiod målen inte går att uppfylla kan det uppstå förvirring vad det är som gäller. Detta hämmar flödet i arbetsprocessen vilket i sin tur kan påverka väntetiderna negativt. Vad gäller prioriteringsordningen var detta något som inte alla patienter kände till och kunde som tidigare nämnts leda till att patienterna krävde vård direkt. Det kunde även vara att patienten hade för höga förväntningar om vad som egentligen gällde

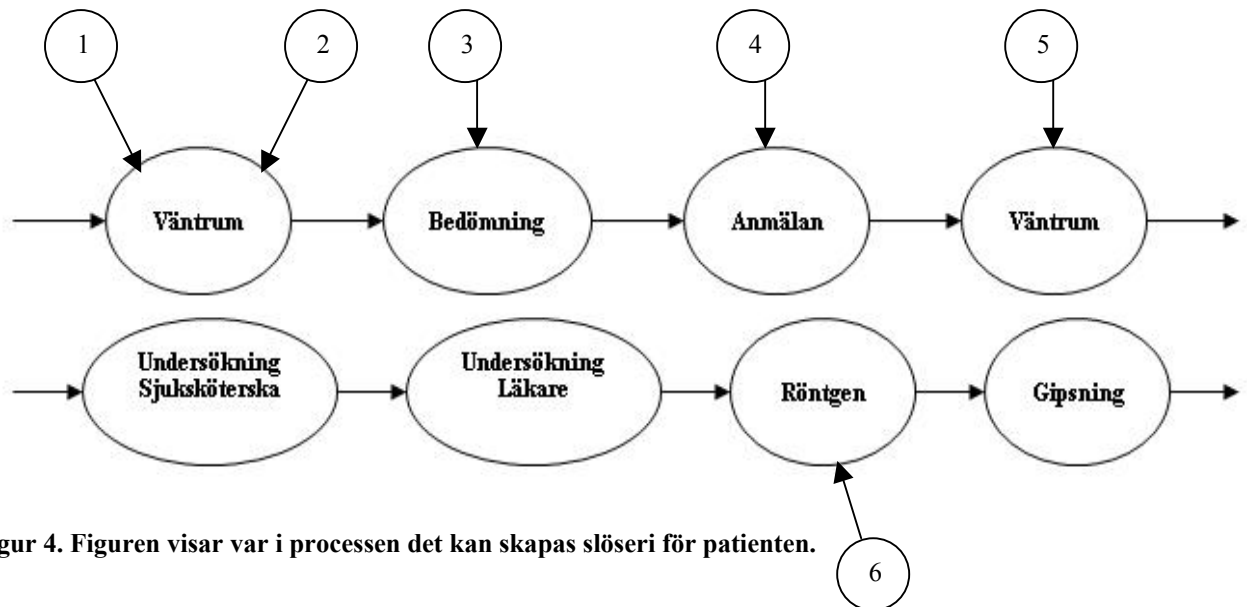
på akutmottagningen. Vi kan därför konstatera att informationen inte är tillräckligt tydlig angående detta. Konsekvensen av detta kan bli ökade väntetider för att exempelvis specialistläkare måste tillkallas för bedömning.

Samarbetet mellan akutmottagningen och andra avdelningar framstod stundtals som bristande eftersom patienter fick vänta i korridorerna för att bli hämtade till andra avdelningar. Det är viktigt att påpeka att akutmottagningen inte själva lämnar patienterna utan de måste bli hämtade. Akutmottagningen blir automatisk som ett väntrum på grund av detta. Vi anser att samarbetet mellan avdelningarna inte är tillräckligt bra eftersom akutmottagningens resurser används av andra avdelningar och skapar exempelvis utrymmesbrist. Akutmottagningen har ett fortsatt ansvar för patienterna fast att de är utskrivna och väntar på att bli hämtade till en annan avdelning. Detta skapar ytterligare ett problem i form av ökad översyn över fler patienter. Det här blir ett logistiskt problem som tynger ner akutmottagningens resurser ännu mer. För patienten innebär detta en längre väntetid för att få sin behandling. Vi vill framhäva att tjänsten inte kan levereras när patienten efterfrågar den. Fortsättningsvis förekom det problem med huvudreceptionens dator eftersom den stängde av sig när patientregistret blev överbelastat. Vi vill påpeka att det vore lämpligt om datorerna uppdaterades så att det inte förlänger väntetiden.

Något som hämmar flödet i arbetsprocessen är kölappssystemet. För det första var det oklar information om vilken kölapp patienten skulle ta och detta ledde till att personen fick ta ny lapp och köa om, vilket skapar ökad väntetid för patienten. För det andra fanns det även två ”nu betjänas” skyltar vilket förvirrade patienten. Det är viktigt att informationen är tydlig då en del patienter är upprörda över situationen. Patienterna tog från den första kölappsautomaten som de möttes av, vilket visar på att systemet inte är intuitivt utformat.

Ett annat hinder i flödet är när personalen blir indragna i besvärliga diskussioner med patientens anhöriga och vänner. Detta hämmar flödet i arbetsprocessen och bidrar till förseningar i form av fördröjning eftersom personalen måste lägga energi på detta istället för sina arbetsuppgifter.

I arbetsprocessen finns olika former av slöseri som skapar problem för patienten och kan leda till förlängd väntetid. Om vi återkopplar till exemplet med den brutna handleden kommer problemen för patienten att visas på följande ställen:



Figur 4. Figuren visar var i processen det kan skapas slöseri för patienten.

1. Kölapp
2. Skyltning
3. Prioritering och förväntningar
4. Datahaveri
5. Utrymmesbrist
6. Samarbete mellan avdelningar

Utöver ovanstående inslag fanns det övergripande problem för hela arbetsprocessen: mål, belöning och motivation, effektivitetsutbildning, logistik.

7. Avslutning

Kapitlet inleds med en diskussion kring våra slutsatser, för att sedan övergå till funderingar kring vårt arbete och dess tillvägagångssätt. Vi kommer därefter att ge förslag på framtida forskning som kan vara av intresse att undersöka vidare. Kapitlet avslutas med en summering av uppsatsen. I detta kapitel kommer vi dessutom att återknyta till vårt syfte och våra frågeställningar.

7.1 Diskussion

Sjuksköterskornas bemanning varierade inte med patientflödet, något som läkarna gjorde. Vi tycker att akutmottagningen bör tänka på denna variation i patienter, men inser att det är svårt att veta när plötsliga skillnader uppstår. Vi tycker dock samtidigt att om akutmottagningen statistiskt sett känner till när det generellt brukar komma fler patienter, bör de anpassa bemanningen efter detta.

Målen som akutmottagningen hade vid undersökningstidpunkten var stundtals orimliga när patienttillströmningen blev för stor. Målen var utformade för 150 patienter per dag men det hände att det kom uppemot 200. Vi tycker att målen bör uppdateras till den rådande verkligheten, så att personalen vet vad som gäller även vid större patientflöden.

Vad gäller information om prioriteringsordningen borde detta vara tydligare. Det verkar vara så att en del patienter inte känner till denna prioritering. Information kring kölappsystemet och den tillhörande skyltningen bör också göras bättre. Patienter tar fel kölapp, något som vi själva fick se under vår observation. Patienter som kommer in på akuten är upprörda och tar från första kölappsautomaten som de ser. Det är därför extra viktigt att detta system är intuitivt utformat för att minimera sådana fel. Att ta om en kölapp och få vänta igen är ett irritationsmoment för patienterna.

Fortsättningsvis var överbelastningen av väntande patienter till andra avdelningar ett påtagligt bekymmer. Eftersom andra avdelningar måste hämta patienterna blir akutmottagningen ett stort "väntrum". Akutmottagningen kan inte lämna patienter till andra avdelningar. Detta skapade också ett logistiskt problem i form av extra översyn. Akutmottagningen bär fortfarande ansvar för väntande patienter och måste övervaka dem. Vi anser att samarbete och planering är viktigt, men det blir i slutändan svårt att minska på antalet patienter. Eftersom patienter i nuläget får vänta på behandling i korridorerna på akutmottagningen, tycker vi att ett extra utrymme för dessa patienter hade varit bra. Vi inser dock att detta inte kommer att lösa problemet utan enbart kringgå det. Slutligen vill vi påpeka

att alla dessa problem kan påverka väntetiden negativt och göra den längre. Något som både personalen och patienten får lida för.

7.2 Reflektioner

Till att börja med anser vi att vårt metodval var passande till att samla in den empiri som vi behövde. Vi kom fram till att det inte hade givit oss lika bra information med exempelvis enkätundersökningar. Med hjälp av utvalda metoder och teorier tycker vi att vårt syfte och våra frågeställningar kunnat besvaras på ett tillfredställande sätt. Det som skapade problem för oss var att vi inte kunde skicka följdfrågor till sjuksköterskorna då det utbröt en strejk, men det har inte drabbat vårt arbete utöver besvarande av följdfrågor. Fortsättningsvis fann vi vissa motstridigheter i empirin. Det gjorde att vi var tvungna att bestämma oss för vem vi skulle lita på. Vi bedömde att det var mest rimligt att välja den källa som bekräftades av en annan respondent. Ett annat inslag som kunde ha påverkat empirin var den ytterliggare respondent som tillkom vid samma intervjutillfälle. Hade vi vetat det skulle vi ha haft chans att ställa några mer ingående frågor till den ”nya” respondenten.

7.3 Framtida forskning

I framtiden hade det varit intressant att undersöka hur väl Lean Management fungerar inom sjukvården. Detta är ett relativt nytt synsätt att se på sjukvården i Sverige. Hur väl kan Lean Management appliceras på en hel sjukvårdsorganisation? Vi har enbart fokuserat på akutmottagningen, men hur väl fungerar synsättet på andra avdelningar? Det hade dessutom varit givande att undersöka relationen mellan värde, kvalitet och effektivitet för patienten. Slutligen hade det även varit av intresse att jämföra flera akutmottagningar med varandra och dra lärdom.

7.4 Summering

Uppsatsen handlar om effektivitet inom sjukvården där vi undersöker arbetsprocessen på en akutmottagning. Syftet med uppsatsen är att identifiera och belysa eventuella problem i sjukvårdens arbetsprocess utifrån ett effektivitetsperspektiv. Frågeställningarna vi utgått från är:

- Hur ser arbetsprocessen ut på Helsingborgs lasarets akutmottagning?
- Vilka faktorer kan påverka effektiviteten i arbetsprocessen?

Det empiriska materialet har blivit insamlat genom kvalitativa undersökningsmetoder där intervjuer och en observation ingick. Uppsatsen bygger på ett deduktivt undersökningssätt.

De teorier som använts i uppsatsen inriktar sig framförallt på Lean Management och då huvudsakligen på People Management, Policy och Strategy, Partnership och Resource samt Process i Excellence modellen. Modellen kompletteras med de fem Lean-principerna och de sju formerna av slöseri.

Vi har kommit fram till att det finns olika former av slöseri som påverkar arbetsprocessen på Helsingborgs akutmottagning. De mest väsentliga problemen vi fann i arbetsprocessen var stundtals orimliga mål, samarbete och planering mellan avdelningar och otydlig informationen kring prioriteringsordningen samt kölapssystemet. Dessa faktorer påverkar väntetiderna negativt för patienten.

Avslutningsvis vill återkoppla till början av uppsatsen där vi ställde frågan: kan uttalande som *”Ursäkta, när är det min tur”*? i stor utsträckning undvikas genom effektivisering? Vårt svar på frågan blir att oavsett hur effektiv arbetsprocessen än blir kommer inte uttalandet att kunna undvikas helt eftersom det är svårt att tillfredställa alla patienter. Det går dock att minska antalet sådana frågor genom en effektivisering av arbetsprocessen.

8. Källförteckning

Litteratur

Anthony N, R. & Govindarajan, V. (2007). *Management Control System*. (Twelfth edition). New York: McGraw-Hill Companies.

Ax, C, Johansson, C & Kullvén, H.(2005). *Den nya Ekonomistyrningen*. Malmö: Liber

Bergström, O. & Sandoff, M.(2000). *Handla med människor – Perspektiv på Human Resource Management*. Lund: Academia Adacta AB

Bicheno, J.(2006) *Ny verktyglåda för Lean – för snabbt och flexibelt flöde*. Göteborg: Revere AB.

Borg , I-M. (1995), *Väntetider på akuten*. Nyköpings lasarett.

Borg, P. (1996). *Effektivitet i offentlig sektor – ökad effektivitet en fråga om vilja*. Uppsala: Konsultföretaget AB.

Bou-Llusar, J. Carlos, Escrig-Tena. Ana B. Roca-Puig Vicente, Beltrán-Martín Inmaculada (2005). *To what extent do enablers explain results in the EFQM Excellence Model*. The International Journal of Quality & Reliability Management. Vol 22. Nr 4-5. Sid 337-353

Bryman, A. (2006). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.

Calvo-Mora, A. Leal, A. & Roldán, J. (2006) *Using enablers of the EFQM model to manage institutions of higher education*. Vol 14, nr 2. Sid. 99-122

Czarniawska, B. (2007). *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Copenhagen Business School press: Liber.

Dahlgaard, J. & Dahlgaard-Park, S. (2006). *Lean production, six sigma quality, TQM and company culture*. The TQM Magazine. Vol. 18, nr 3. Sid. 263-281

Dahlgaard, J. & Dahlgaard-Park, S. (2007). *Excellence – 25 years evolution*. Management History. Vol. 13, nr 4. Sid. 371-393.

Dicander-Alexandersson, M. Alnhem, L. Rönnerberg, K. och Vaggö, B. (1997). *Att lyckas med processledning*. Malmö: Författarna och Liber AB

Ekenberg, Darlin. och Nilsson. (2008). Benchmarking inom sjukvården - en studie med utgångspunkt från en akutmottagningsavdelning.

Enander, Fricke, Grahn. & Örn Torgersson. (2008). *Sunt bondförnuft eller japansk processtyrningsfilosofi? – En jämförande studie om lean i sjukvård respektive tillverkningsindustrin*.

European Foundation for Quality Management (1999). *The EFQM Excellence Model*. Belgium: Brussels Representative Office.

Grant, R. (2005). *Contemporary Strategy Analysis*. (Fifth edition) Oxford: Blackwell Publishing.

Ilhammar. & Svensson. (2006). *Patient tillfredsställelse – en litteraturstudie av faktorer som påverkar upplevelsen av väntetiden på akutmottagningen*.

Jackson, T. & Jones, K. (1996). *Implementing a Lean Management system*. Portland: Productivity press.

Korczynski, M. (2002) *Human Resource Management in Service Work*. Great Britain: Biddles Ltd.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Li M, Yang J B. (2003). *A decision Model for Self-Assessment of business processbased on the EFQM excellence model*. The International Journal of Quality & Reliability Management. Vol 20. Nr.2-3. Sida 163-187

Martín-Castilla Juan Ignacio. Rodríguez-Ruiz Óscar. (2008). *EFQM Model: Knowledge, governance and competitive advantage*. Journal of Intellectual Capital. Vol 9. Nr 1. Sida 133-156

Molander, P. (2005). "Självstyrelse, likvärdighet och effektivitet – ett spänningsfyllt förhållande". I Molander, P (red.) & Stigmark, K. *Självstyrelse, likvärdighet och effektivitet – Målkonflikter i den offentliga sektorn*. Södertälje. Riksbankens Jubileumsfond & Gidlunds förlag.

Murray, R. (2006) "Vad är effektivitet och hur mäta den i kommunal verksamhet?". I Brorström, B, Hagén, H-O, Hagsten, E, Kastberg, G, Magnusson, B, Malmberg, B och Murray, R. *Mått på välfärdens tjänster – en antologi om produktivitet och effektivitet i kommunala verksamheter*. S. 117-156. Stockholm. Rapport till ESS 2006:2

Nordgren, L. (2007). *Vårdmatchning*. Utveckla tjänsteproduktivitet inom sjukvården.

Persson, J-E. Westrup, U. (2006). *Delivering high touch services*. Management system in support in service organizations.

Rentzhog, Olof. (1998). *Processorientering: En grund för morgondagens organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Womack, J. & Jones, D. (2003). *Lean thinking – banish waste and create wealth in your corporation*. London: Simon and Schuster

Wongrassamee, S. Gardiner, P D. Simmons, J E L. (2003). *Performance measurement tools: The balanced scorecard and the EFQM excellence model*. Measuring Business Excellence. Vol 7, nr 1. Sida 14-29

Öhlander, M. (1999). "Deltagande observation". I Kaijser, L & Öhlander, M.(red.). *Etnologiskt fältarbete*. Sid. 73-88. Lund: Studentlitteratur.

Tidningsartiklar

”Att behöva vänta sju timmar är inte bra” (2005, 14 september). Mora tidning. Sida 1.

Insändare angående akutmottagningen. (2007, 15 maj). Helsingborgs Dagblad. Sida 28.

Väntetiderna lika långa som i våras – Inga märkbara förbättringar inom ortopedi. (2007, 24 oktober). Göteborgsposten. Nyheter, sidan 4.

Intervjuer och observation

Intervju med Områdeschef Karina Kvarnerup och Teamchef Margaretha Martinsson klockan 10.00-11.10, 2008-04-01

Intervju och observation med sjuksköterska Jolanta klockan 9.00-11.00, 2008-04-14

Intervju med Överläkare/sektionschef Per Löfdahl klockan 10-10,45, 2008-04-15

Intervju med Ekonom Lisbeth Rosén klockan 9.30-10.20, 2008-04-16

Elektroniska källor

Helsingborgs lasarett. (2007). Väntetider på akutmottagningen.

Tillgänglig

<<http://www.helsingborgslasarett.se/patienterochanhoriga/enhetermottagningar/akutmottagning/vantetiderpaakuten.4.2ac9829d108e7756ad5800011680.html>>. (läst 2008-04-02).

Helsingborgs lasarett. (2008). Fakta om Helsingborgs lasarett.

Tillgängligt:

<<http://www.helsingborgslasarett.se/omoss/faktaomhelsingborgslasarett.4.2ac9829d108e7756ad580008929.html>>. (läst 2008-04-29).

Helsingborgs lasarett. (2006). Hälsofrämjande sjukhus.

Tillgängligt:

<<http://www.helsingborgslasarett.se/omoss/halsoframjandesjukhus.4.14641d2210e43bb8b9680001563.html>>. (läst 2008-04-29).

Bilaga 1

Intervju med Karina Kvarnerup och Margaretha Martinsson

Allmän information/bakgrund

- Om vi har förstått detta rätt så är du områdeschef på akuten vi undrar därför: Vad dina arbetsuppgifter är och information om avdelningen som du arbetar på och så vidare.
- Hur många akutmottagningar finns på lasarettet?
- Ser det olika ut på dagar, kvällar och helger?
- Hur prioriteras patienter på akuten?
- Hur tas emot en patient i akuten?
- Hur länge väntar en patient i akuten?
- Vilken process ska gå genom för att besöka läkare?
- Hur lång är ett läkarbesök på akuten?
- Vilka problem anser du finns på akutmottagning eftersom det ofta är lång väntetid?

Organisation och arbetsrutiner:

- Hur ser arbetsrutinerna ut, kan de göras effektivare så att väntetiderna minskas?
- Hur delas arbetsuppgifter mellan läkarna?
- Hur delas arbetsuppgifter mellan personal (sjuksköterskor) i akuten?
- Samarbetar läkare med varandra för att göra arbetet på akuten mer effektivt?
- Hur löser ni personalbrist?
- Hur fungerar kommunikation mellan läkare och personal (sjuksköterskor) i akuten?
- Hur samarbetar akutmottagningen med andra avdelningar på lasarettet?
- Samarbetar akutmottagningen med andra sjukhus i Skåne-regionen?
- Hur styrs personalen under arbetstid? Hur delar de upp arbetsuppgifterna mellan sig?
- Ställer ledningen för höga krav på läkare och sjuksköterskor?

-
- Hur kommunicerar VD med akutmottagningens chef angående akuten helhet?
 - Hur kommunicerar chefen med personal om ändringar eller förbättringar (helhet)?
 - Vem har ansvaret för ekonomi på akutmottagningen?
 - Finns det belöningssystem för personal och ledning?
 - Hur personal är motiverad att arbeta på bästa sätt?
 - Kan du påverka akutmottagningens ekonomi eller är det ledningen som gör det?

Mål och strategi:

- I nuläget och framtiden vad har akutmottagningen för mål som ni vill uppnå?
- Vem sätter upp målen?
- Utgår ni från en budget?

Bilaga 2

Intervju med Jolanta sjuksköterska

Allmän information/bakgrund:

- Vill du berätta om din arbetsplats och dina uppgifter i arbetet? Hur länge har du arbetat här?
- Hur prioriteras patienter på akuten?
- Hur skriver ni in patienten?
- Hur lång är den genomsnittliga väntetiden för en patient på akuten?
- Vilken process går patienten genom för att besöka läkare?
- Anser du att det finns problem på akutmottagning? Vad?

Organisation och arbetsrutiner:

- Hur ser arbetsrutinerna ut, kan de göras effektivare?
- Får ni någon utbildning på hur arbetet kan effektiviseras?
- På vilket sätt tar du kontakt med en läkare? Hur ofta? telefon? papper?
- Hur samarbetar läkare och sjuksköterskor med varandra?
- Hur delas arbetsuppgifter upp mellan sjuksköterskor på akuten?
- När patienten väntar, vad gör personalen under tiden?
- Vilken dag och tid i veckan har ni flest akutpatienter? Hur hanterar ni det?
- Har ni tydliga mål/riktlinjer från er arbetsgivare? Vad är det för mål?
- Får ni många avvikelser/klagomål från patienter angående väntetider? Hur hanterar ni det?

Bilaga 3

Intervju med Per Löfdahl Överläkare/sektionschef

Allmän information:

- Vad har du för bakgrund i din karriär? Hur länge har du arbetat på Helsingborgs lasarett? Vad har du för arbetsuppgifter? Vad innebär det att vara sektionschef?

Arbetsprocess:

- Det debatteras i tidningar, tv och så vidare om att väntetiderna är ett problem? Anser du att det är problem?
- Anser du att det finns några andra problem på akutmottagningen?
- Hur kommunicerar ni med sjuksköterskorna när det gäller patienter?
- Vad tycker du om arbetsrutinerna på akutmottagningen?
- Hur samarbetar läkare och sjuksköterskor med varandra?
- Får ni delegera till sjuksköterska? I så fall hur delegeras? Muntligt eller skriftligt?
- Hur samarbetar akutmottagningen med andra avdelningar? (Ex. Röntgen)
- Finns det några problem i detta samarbete?
- Hur fördelas arbetsuppgifterna mellan läkarna?
- Får andra parter (ex sjuksköterskor) också vara med och påverka dessa arbetsfördelningar?
- Tar ni hänsyn till sjuksköterskorna när ni beslutar?

Organisation :

- Vad tycker du om organisationen på akutmottagningen? Struktur?
- Känner du av någon form av byråkratisering som motverkar effektiviteten? Vad kan det vara?

Budget:

- Har du befogenheter att kunna påverka budgeten?

Bilaga 4

Intervju med Lisbeth Rosén ekonom

- Vilka arbetsuppgifter har du? Har du hand om hela sjukhuset eller ett område/avdelning?
- Hur budgeterar ni för akutmottagningen? Vad baserar ni era budgetbeslut på?
- Vem kan påverka budgeten?
- Vilka får vara med i budgeteringen?
- Vem eller vilken organ beslutar om budgeten?
- Tar ni hänsyn till förslag från Akutmottagningens personal?
- Har du vetskap om akutmottagningens mål?
- Hur tar ni hänsyn till akutmottagningens mål när ni budgeterar?
- Har ni nyckeltal för att jämföra effektiviteten på akutavdelningen och föregående år?
- Finns det utrymme för oförutsedda utgifter på akutmottagningen? (Med tanke på det varierande patienttillflödet)
- Hjälper ni till att hitta onödiga utgifter i akutavdelningen?
- Ger ni förslag till ekonomiska förbättringar?
- Kan du påverka den summan som du får för att fördela?