



LUNDS
UNIVERSITET
Campus Helsingborg

Status quo in the queue

- en studie om interna faktorer
som påverkar köer i vården

Kristina Berglund

Pia Catanzaro

Sofie Jönsson

Handledare:

Mikael Bergmsth

Gustaf Kastberg

Kandidatuppsats

VT 2009

SAMMANFATTNING

Vad: Kandidatuppsats, Campus Helsingborg, Lunds Universitet, VT – 2009

Författare: Kristina Berglund, Pia Catanzaro och Sofie Jönsson

Titel: Status quo in the queue – en studie om interna faktorer som påverkar köer i vården

Handledare: Mikael Bergmash och Gustaf Kastberg

Syfte: Syftet med vår uppsats är att identifiera och analysera vilka organisationsinterna faktorer som inverkar på tillgänglighet inom hälso- och sjukvården.

Frågeställning: Vilka organisationsinterna faktorer påverkar tillgänglighet och vårdköer inom hälso- och sjukvården?

Metod: Fallstudier genom kvalitativa intervjuer och observation.

Nyckelbegrepp: Lean, offentlig sektor, patienter, processer, produktion, styrning, vårdkö.

Slutsatser: Hälso- och sjukvården ska bedrivas med god ekonomi och god kvalitet. Kvaliteten kan utgå ur två perspektiv, det medicinska och det patientupplevda och dessa två kan, men behöver inte vara desamma. De förändringar som sker på grund av signaler uppifrån, nationellt och regionalt, politiskt och administrativt, innebär just nu en kraftig fokusering på köerna och på att verksamheterna ska vara säkra på att endast ”rätt” patienter redovisas i sin väntan på vård. Vi har upplevt att det i vissa verksamheter finns en brist på tydlighet och menar att det är viktigt att ha en tydlig strategi med mätbara mål som alla är involverade i och känner till. I undersökningen finns goda exempel där man har förändrat sina verksamhetsprocesser och det visar att det finns möjligheter till förändring även inom en offentlig organisation och att benchmarking bör användas. Det arbete som nu pågår med körevisioner innebär att patienter som inte ska finnas i kön gallras ut, men till slut nås en punkt då det inte går att gallra mer och om det då fortfarande finns väntetider *måste* man vända sig inåt och analysera sin verksamhet och de processer som finns. Inställningen angående produktionen är olika i verksamheterna, några är förutseende och ser långt framåt medan andra endast tycks titta i backspeglarna, vilket inte gagnar en ökad produktion som är nödvändigt för att bli av med sina köer. Vid förändringar är det viktigt att ledningen visar sitt stöd, men också att målen kommuniceras ut så att alla förstår dem och vad som krävs för att dessa ska uppnås. Vi är medvetna om att verksamheterna har olika förutsättningar men menar ändå att alla kan göra små förbättringar med befintliga resurser. Uppföljning och feedback är också oerhört viktigt för att se hur bra man har lyckats med sitt arbete och om ytterligare förändringar behöver göras.

FÖRORD

Vi vill tacka alla er som vi har intervjuat, både namngivna och anonyma, eftersom ni har hjälpt oss att få en inblick och stor förståelse för hälso- och sjukvården och det arbete som bedrivs för att minska vårdköerna och samtidigt öka tillgänglighet och kvalitet. Vi vill också tacka våra handledare Mikael Bergmash och Gustaf Kastberg för all den hjälp och vägledning vi fått under arbetets gång.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

1. INLEDNING	6
1.1 Problembeskrivning	6
1.2 Syfte och frågeställning	8
1.3 Disposition	8
2. ORGANISATION	9
2.1 Organisationen	9
2.1.1 Olika samarbetskonstellationer	11
2.2 Processtänkandet i vårkedjan	12
2.3 Det tredelade ledarskapet inom hälso- och sjukvården	13
2.3.1 Politisk – strategisk ledning	13
2.3.2 Administrativ ledning	14
2.3.3 Professionell – operativ ledning	15
2.4 En förändrad verksamhetsstyrning	16
3. STYRNING MOT UPPSATTA MÅL	18
3.1 Effektivitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården	18
3.2 Kvalitet ur hälso- och sjukvårdens perspektiv	19
3.3 Uppdragsstyrning	20
3.4 Kvalitetsförbättringar	20
3.4.1 Pokayoke	21
3.5 Lean production	22
3.5.1 OPE – overall professional efficiency	23
3.6 Målstyrning	25
3.7 Summering av teorkapitlen	27
4. METOD	29
4.1 Tillvägagångssätt	29
4.2 Urval och anonymisering	30
4.3 Primär data	31
4.3.1 Fallstudie	31
4.3.2 Intervjuer	31
4.3.3 Intervjuerna verifieras	32
4.3.4 Observationen - vårt kompletterande händelseförlopp	33

4.4 Sekundär data	34
4.5 Källkritik	34
5. SKÅNSKA SJUKHUS SEDDA MED UNIVERSITETSÖGON	36
5.1 Politik-problematiken	36
5.1.1 Nya ersättningsmodellen 40/60	39
5.2 Patienter	40
5.2.1 Står rätt patient i kön?	40
5.2.2 Frivilligt eller ofrivilligt väntande?	41
5.3 Produktionsplanering	42
5.3.1 Uppdragen	42
5.3.2 Fördelning av resurser	43
5.3.4 Produktionsplanering á la CSK	44
5.4 Processer	47
5.4.1 En avvikelse i arbetet	47
5.4.2 Små förändringar – stora resultat	49
5.4.3 Sunt förnuft på ortopedden	51
5.5 Styrning i verksamheten	53
5.5.1 Hur sätts målen upp?	53
5.6.2 Hur mäts målpuppfyllnad och kvalitet?	56
6. AVSLUTNING	57
6.1 Slutsatser och diskussion	57
7. KÄLLFÖRTECKNING	60
7.1 Tryckta källor	60
7.1.1 Rapporter	62
7.1.2 Tidningsartiklar	62
7.2 Elektroniska källor	62
7.3 Muntliga källor	63

1. INLEDNING

1.1 Problembeskrivning

”Sjukvårdsköerna i Skåne kan minskas genom bättre planering” skriver Helsingborgs Dagblad den 23 mars 2009. Region Skånes revisorer har i en granskning kritiserat de långa väntetiderna i vården och att vårdgarantin inte kan hållas. ”För att påskynda arbetet med att minska vårdköerna lockar regeringen med belöningsspengar.”¹

Väntetider inom vården är en kvalitetsfråga som, enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL), har funnits i den hälsopolitiska debatten sedan slutet av 1980-talet.² År 2004 slöt regeringen och Landstingsförbundet (numera SKL) en överenskommelse om mer radikala åtgärder. Från 1 november 2005 gäller därför en *vårdgaranti*, vars mål brukar uttryckas med talen *0-7-90-90*, vilket innebär att man ska kunna komma i kontakt med primärvården samma dag och, om det behövs, få en tid för läkarbesök inom högst sju dagar. Om ett beslut om remiss/vårdbegäran görs ska ett besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum och inom ytterligare högst 90 dagar ska en beslutad behandling kunna ske.³

Kvalitet inom vården kan mätas i olika dimensioner. Det finns Nationella Kvalitetsregister som innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. De omfattar medicinsk, funktionell och patientupplevd kvalitet.⁴ Ur patientens synvinkel är *tillgänglighet* en kvalitetsaspekt.⁵ Enligt den etiska plattform som tillämpas inom hälso- och sjukvården finns tre huvudprinciper som tillämpas vid prioriteringar, nämligen *människovärdeprincipen*, *behovs- och solidaritetsprincipen* och *kostnadseffektivitetsprincipen*.⁶ Det innebär att den som är i akut behov av vård oftast tas om hand före de andra väntande patienterna och därför anses inte *väntetid* vara ett bra mått på tillgänglighet menar Jane

¹ Helsingborgs Dagblad 2009-03-23, *Revisorskritik mot långa vårdköer*, s. A12

² <http://www.skl.se/varddgaranti>

³ *ibid.*

⁴ <http://www.kvalitetsregister.se/> samt http://www.kvalitetsregister.se/images/stories/documents/vision_ml.pdf

⁵ Cederqvist Jane och Hjortendal Hellman, Eva. Ds 2005:7 *Iakttagelser om landsting*. Finansdepartementet. Stockholm: Fritzes. s. 30

⁶ Rönnberg, Lena. (2007). *Hälso- och sjukvårdsrätt*. Upplaga 2:2. Lund: Studentlitteratur. s. 80

Cederqvist och Eva Hjortendal Hellman i ”Ds 2005:7 Iakttagelser om landsting”⁷ och lämnar exempel på där köerna blivit längre trots att antalet operationer också ökat. Ett bättre mått menar Socialstyrelsen är hur stor del av befolkningen, med olika slags behov, som erbjuds vård.⁸ Eftersom vårdresurserna inte är oändliga innebär det att prioriteringarna ovan leder till väntetider för patienterna. Det vi i vår uppsats menar med vårdkö är den som uppstår när vårdgarantins tidsmål inte uppnås och vi fokuserar på väntetiden om 90+90 dagar i den specialiserade vården.

När regeringen i januari 2009 träffade en överenskommelse med SKL om en prestationsbaserad ersättningsmodell och avsätter en miljard kronor årligen de närmsta åren till de landsting som klarar av sina uppdrag inom ramen för vårdgarantin⁹, belyste det ytterligare vikten av patientens rättighet att få rätt vård i rätt tid.

I samband med sjuksköterskestrejken sommaren 2008 tvingades Region Skåne att ställa in operationer på de skånska sjukhusen, vilket införde en ökad väntetid för patienterna. Vid en gästföreläsning på kursen *Människonäratjänster inom hälsosektorn (SMAX07)* hösten 2008 fick vi av Åsa Berling, vårdstrateg vid Region Skåne, veta att Hässleholms sjukhus hade varit mest effektiva när det gäller att hämta in den ökade väntetid för patienterna som uppstod i samband med strejken. I tidningsartikeln ovan i Helsingborgs Dagblad framhåller hon ”Hässleholms sjukhus som ett föredöme där man håller sig inom vårdgarantin” och fortsätter ”de har erkänt bra produktionsplanering av sin verksamhet och matchar sina resurser utifrån de behov som finns”.¹⁰ I Region Skåne finansieras verksamheten inom hälso- och sjukvården från och med 2009 med 40 % i ett i förväg fastställt belopp och resterande 60 % betalas ut efter det att åtgärden är utförd. Det är en förändring mot tidigare år, då procentförhållandet var det motsatta. Intentionen med förändringen är att få varje enhet att arbeta mer aktivt för att klara sina volymmål, då den tidigare finansieringsmodellen kunde innebära att enheten klarade sin budget trots att målen inte nåddes.¹¹ De ekonomiska grundförutsättningarna ska därmed vara likvärdiga mellan enheter och detta gör att vi vill undersöka om det finns lokala

⁷ Cederqvist och Hjortendal Hellman (2007). s. 30

⁸ ibid.

⁹ <http://www.regeringen.se/sb/d/11870/a/124534> läst 2009-04-24

¹⁰ Helsingborgs Dagblad 2009-03-23, *Revisorskritik mot långa vårdköer*, s. A12

¹¹ intervju med Åsa Berling 2009-04-17

skillnader i organiseringen av arbetssätt eller andra faktorer som leder till att vissa enheter är mer effektiva än andra, exempelvis genom en bättre tillgänglighet och uppnådd vårdgaranti.

Detta sammantaget gjorde oss intresserade av att jämföra vilka faktorer som kan påverka tillgängligheten inom vården och därmed också varför vissa enheter klarar tiden för vårdgarantin och andra inte gör det. Med tillgänglighet menar vi att patienter vid behov ska få vård inom rimlig tid.

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med vår uppsats är att identifiera och analysera vilka organisationsinterna faktorer som inverkar på tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Det innebär att vi inte kommer att beröra köer som ett fenomen i sig själv utan kommer att undersöka de interna faktorer som bidrar till att köer skapas. Vår frågeställning är: *Vilka organisationsinterna faktorer påverkar tillgänglighet och vårdköer inom hälso- och sjukvården?*

1.3 Disposition

För att göra teoriavsnitten tydliga har vi valt att börja kapitlen med ingresser som beskriver innehållet. I det första teoriavsnittet beskrivs hälso- och sjukvårdens organisation med vårdprocesser, det tre-delade ledarskapet och en förändrad verksamhetsstyrning. Det andra teoriavsnittet handlar om styrning mot mål, där kvalitets- och effektivitetsbegreppet problematiseras. Vi presenterar också teorier om hur kvalitetsförbättringar kan införas i verksamheten, bland annat med inslag från den industriella världen, som Lean management. Teoridelen avslutas med en summering där vi pekar på de rubriker som dessa avsnitt möter i den kommande empirin. Därefter följer ett metodavsnitt och detta följs av ett kombinerat empiri- och analysavsnitt *Skånska sjukhus sedda med universitetsögon* där våra studieobjekt presenteras och diskuteras under rubrikerna *Politik-problematik*, *Patienter*, *Produktionsplanering*, *Processer* och *Styrning i verksamheten*. I avsnittet finns tre berättelser: *Produktionsplanering á la CSK* visar ett gott exempel ur ett producentperspektiv, *En avvikelse i arbetet* är en deltagande observation som lyfter fram en dålig vårdprocess ur ett patientperspektiv samt *Sunt förnuft på ortopedien* som visar en god vårdkedja ur ett kundperspektiv. Uppsatsen avslutas med våra slutsatser.

2. ORGANISATION

I följande avsnitt behandlas teori som berör hälso- och sjukvårdens organisation och den förändring i verksamhetsstyrning som har uppstått de senaste decennierna på grund av såväl yttre som inre krav på decentralisering. Vi tror att det delade ledarskapet har stor betydelse för hur verksamheterna organiseras och hur effektivt dessa kan bedrivas och har förståelse för att det inom den offentliga förvaltningen kan finnas problematik som inte uppstår inom det privata näringslivet.

2.1 Organisationen

I det första avsnittet av teoriavsnittet vänder vi blicken inåt i organisationen för att förstå och resonera kring hur ledarskapet, organisationens kultur och professionernas olika värderingar samt sättet att organisera verksamheten kan påverka tillgänglighet och vårdköer inom hälso- och sjukvården.

En organisation kan struktureras på olika sätt och Amitai Etzioni beskriver den ”som ett socialt system som är medvetet konstruerat för att uppnå bestämda mål”.¹² När man undersöker en organisation framstår den inte som något konstant, eftersom relationerna inom den, det sociala systemet, förändras kontinuerligt. Med detta synsätt kan det vara mer tillämpligt att tala om organisering än organisation, eftersom medarbetare slutar och tillkommer. Dessutom förflyttar sig personal mellan enheter i en organisation.¹³ Denna definition av en organisation tydliggör att det konstant sker förändringar i en organisation vilket i sin tur kan leda till en påverkan på tillgänglighet och vårdköer. Bo Hallin och Sven Siverbo skildrar samarbetet inom organisationen i ”*Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*” som en pågående process som förändras efter hand som organisationen gör det.¹⁴

Bo Anderson och Konstatin Lampou ser i stället i ”*Studier i sjukvårdsorganisation*” att varje organisation kan beskrivas med en femuddig stjärna bestående av *uppgift, organisation, teknik, historia* och *kultur* som de benämner organisationsmodellen. De menar att alla bitarna

¹² Etzioni (1972). I Hallin, Bo och Siverbo, Sven. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. s. 35

¹³ Hallin och Siverbo (2003). s. 35

¹⁴ *ibid.*

har med varandra att göra och påverkar varandra inom en organisation¹⁵. Det som är mest relevant för vår uppsats är kulturen och Anderson och Lampou visar vilka föreställningar, bilder och färgningar som en organisation har. Den bildar också olika grundläggande regler och förväntningar om hur arbetet ska se ut.¹⁶ Om organisationskulturen skriver också Ewa Nilsson, Eva Norén-Winsell och Sigbritt Djärv i ”*Administration och arbetsledning i vård och omsorg*” och menar att det kan finnas fler kulturer eftersom olika yrkesgrupper kan ha olika synsätt.¹⁷ De menar också att ”dessa olika kulturer inom en organisation påverkar samarbete och kommunikation mellan grupperna. Risken är att de också påverkar patientarbetet”¹⁸. Dessa olika kulturskillnader visar på att det är många värderingar och synsätt att ta hänsyn till när arbetsprocesser och rutiner planeras samt när förändringsarbete inom hälso- och sjukvården ska ske. Olika värderingar och synsätt i olika domäner kan antingen främja eller försvåra för verksamheten. Mats Alvesson menar i boken ”*Organisationskultur och ledning*” att ledaren i en organisationskultur har stort inflytande på att fastställa eller förändra idéer, värderingar och uppfattningar¹⁹ och påtalar problematiken att vara chef i en mellanposition då denne befinner sig mellan över- och underordnades värderingar och normer, vilket leder till att chefen tvingas in i en förhandlingssituation.²⁰ Nutek (verket för näringslivsutveckling) menar i sin rapport ”*Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential*” att den starka betoningen på självständighet inom hälso- och sjukvårdens organisationskultur inte alltid underlättar spridningen av organisatoriska innovationer. ”En anledning till detta har också varit den medicinska kompetensens dominans över organisations- och managementkompetens. Kombinerar dessa med varandra kan sjukvården utvecklas och nå goda resultat både för producent och för patient” menar man i sin rapport.²¹

Förändringsinitiativ inom hälso- och sjukvården lyckas sällan om de planeras storskaligt uppifrån och ner menar Nutek.²² I rapporten visas ”goda exempel” i införande av nya produktionslogiker och för dessa var det helt avgörande att idéerna fick växa nedifrån och upp

¹⁵ Anderson, Bo och Lampou, Konstantin (red.). (1999). *Studier i sjukvårdsorganisation - om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. Uppsala: Editorial Office. s. 12-13

¹⁶ *ibid.*

¹⁷ Nilsson, Ewa, Norén-Winsell, Eva och Djärv, Sigbritt. (1999). *Administration och arbetsledning i vård och omsorg*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur. s. 53

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ Alvesson, Mats. (2005). *Organisationskultur och ledning*. Upplaga 1:2. Malmö: Liber Ekonomi s. 164

²⁰ *ibid.* s 167-168

²¹ Nutekrappport R 2007:13 *Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential*. s. 54

²² *ibid.*

samt drivs av eldsjäljar med förankring och legitimitet bland de professionella i verksamheten. Ledningens roll var snarast att undanröja hinder än att styra och det är rimligt att anta att den stora innovationskraften finns hos dem som arbetar ute i verksamheten och ser förbättringsmöjligheterna. ”Beroende på organisationskulturen kan dessa initiativ stanna vid enstaka experiment eller växa och sprida sig” menar man också.²³

2.1.1 Olika samarbetskonstellationer

Två modeller som kan användas inom hälso- och sjukvården är *nätverk* och *team*. Enligt Hallin och Siverbo är *nätverk* en modell för att samordna eller styra utbyte mellan olika aktörer.²⁴ Ett nätverks uppbyggnad är utformat på ett enkelt sätt så att enheterna utgörs av noder, som i nätverket kallas för aktörer. Dessa noder/aktörer är förenade med länkar till en struktur som kallas nätverk. K. Borell och R. Johansson menar enligt Hallin och Siverbo att det är mönstret av sociala relationer som bildar nätverket.²⁵ Sedan fortsätter R.S. Burt (också i Hallin och Siverbo) med att tydliggöra att aktörerna i ett nätverk kan bestå av individer, organisationer eller enheter inom organisationer. Det är genom olika aktiviteter och gemensamt beroende aktörerna mellan som formar aktörernas relationer. Styrkan av relationerna kan variera mellan de olika aktörerna då graden av beroende kan variera mellan aktörerna samt att alla aktiviteter inte är gemensamma för alla aktörer.²⁶

Ett annat sätt att organisera verksamheten är att arbeta i *team*. Ingela Thylefors menar i boken ”*Arbetsgrupper – från gränslösa team till slutna rum*” att team ofta är tvärfunktionella eller tvärprofessionella²⁷ vilket innebär att olika yrkesgrupper med olika kompetenser kompletterar varandra. En fördel är att det leder till ett ökat lärande eftersom kunskaper och metoder sprids i teamet²⁸ samtidigt som medarbetarna kan bli mer delaktiga när det gäller att utveckla arbetsmetoder.²⁹

²³ ibid.

²⁴ Hallin och Siverbo (2003). s. 83

²⁵ Borell, K. och Johansson, R. (1996). I Hallin och Siverbo (2003) s. 83

²⁶ Burt R.S. (1982). I Hallin och Siverbo (2003). s. 84

²⁷ Thylefors, Ingela (red). (2007). *Arbetsgrupper - från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och Kultur. s.23

²⁸ Spratley, T A. (1989). *A multidisciplinary and team approach*..British Journal of addiction, 84, 259-266. I Thylefors.(2007). s. 90

²⁹ Gardell, B.(1976). *Arbetsinnehåll och livskvalitet*. Stockholm: Prisma och Gustavsen, B och Engelstad, P.H. (1986). *The design of confesences and envolving role of democratic dialogue working life*. Human Relations, 39, 2, 11-116. I Thylefors (2007). s. 32

2.2 Processtänkandet i vårdkedjan

”Ingen kedja är starkare än den svagaste länken!”, skriver Inger S. Dahl och Ann Mari Hasselgren i *”Kvalitet i vården”*.³⁰ De menar att det därför är viktigt att få en överblick över alla aktiviteter som berör en patient, och beskriver vårdkedjan som ”en planerad, individuell vårdprocess”.³¹ Här kopplas utvecklings-, behandlings- och vårdbehov till diagnos och social situation.³² Det finns enligt Dahl och Hasselgren flera processer och flöden inom hälso- och sjukvården som kan studeras ur kvalitetssynpunkt och de anser bland annat att vårdkvalitet kan omfatta effektivitet i vårdprocessen, liksom ändamålsenlighet, rationalitet och tillgänglighet.³³ Anders Anell skriver i *”Strukturer Resurser Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar”* om produktionsfaktorer och när dessa kombineras på olika sätt uppstår produktion av specifika tjänster, exempelvis en höftledsoperation.³⁴ Nutek menar att det är viktigt att man organiserar sin verksamhet så att minimalt resursslöseri uppstår. Värdet för en producent i vårdkedjan som endast ansvarar för ett moment är att arbetsinsatsen utförs så snabbt och effektivt som möjligt. Om denne istället ansvarar för flera steg uppstår nöjdhet om alla dessa moment tillsammans har utförts snabbt och effektivt. Det senare är dock ganska ovanligt i vården, säger man också, då producentansvaret oftast begränsas till ett moment i vårdkedjan. För patienterna är det däremot viktigt att flera moment som hänger ihop också genomförs på ett snabbt och effektivt sätt, då varje moment kan vara effektivt i sig men med långa ledtider mellan momenten kan det innebära en totalt sett ineffektiv process. Nutek menar att resursslöseriet inte bara tar resurser från patienterna och samhället utan även från vårdproducenterna, då de kan få göra mer insatser än om de utfört vårdinsatserna på ett effektiv, snabbt och sammanhängande sätt.³⁵

För att säkerställa att man får ”rätt” patienter och kan bemöta dessa på en mer individanpassad nivå måste dessa identifieras. Enligt Dahl och Hasselgren är frågor man bör ställa sig

³⁰ Dahl, Inger S. och Hasselgren, Ann Mari. (1991). *Kvalitet i vården*. Lund: Studentlitteratur. s. 24

³¹ *ibid.*

³² *ibid.*

³³ *ibid.* s. 59

³⁴ Anell, Anders. (2004). *Strukturer Resurser Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur. s. 22

³⁵ Nutekrapport s 31-32

exempelvis: Vilka är våra vårdtagare och vilka behov har de? Det är viktigt att se hela människan bakom diagnosen och inte bara utgå från sjukdomen.³⁶

2.3 Det tredelade ledarskapet inom hälso- och sjukvården

Det finns tre väsentliga grupper eller domäner som deltar i verksamhetsstyrningen av hälso- och sjukvården. James S. Kouzes och Paul R. Mico³⁷ kallar dessa domäner den politiska-, administrativa- och professionella domänen. Dessa domäner opererar med motsatta värderingar och principer. Dessutom har de gett upphov till sina egna legitimerade normer vilka står i kontrast till varandra vilka påverkar hälso- och sjukvårdens sätt att fungera och dess utveckling. Att det kan finnas svårigheter med detta tredelade ledarskap framgår i Anells resonemang där han anser att ”det finns så gott som alltid anledning att skilja mellan det som sägs, det som beslutas och de förändringar som faktiskt genomförs i hälso- och sjukvården”, en beskrivningsmodell som han har lånat från Nils Brunsson.³⁸ Anell anser att det ofta finns en stor diskrepans mellan de reformer som diskuteras, de beslut som fattas och de förändringar som faktiskt genomförs³⁹ och menar att det ur ett politiskt perspektiv kan vara rationellt att tala på ett sätt och agera på ett annat för att på det sättet få flest antal röster både bland kritiker och bland dem som inte vill ha någon förändring.⁴⁰

2.3.1 Politisk – strategisk ledning

Den politiska styrningen av hälso- och sjukvård förekommer på flera nivåer, men framför allt på nationell, regional och lokal nivå. *Nationellt* är det en primär uppgift att genom lagstiftning ge formella ramar och regler, exempelvis mellan läkare och patient. Andra styrmedel är ekonomiska bidrag och uppföljning.

Regionalt beslutas om mål och direktiv för hälso- och sjukvården. På denna nivå sker resursfördelningen till sjukvården inom områdena för primärvård, länssjukvård och

³⁶ Dahl och Hasselgren (1991). s. 38

³⁷ Kouzes, James M och Mico, Paul R. (1979). *Domain Theory: An Introduction to Organizational Behavior in Human Service Organizations*. Journal of applied behavioral science nr. 15. s. 456

³⁸ Brunsson, Nils (1986). *Politik och handling*. I Brunsson, N. redaktör. *Politik och ekonomi*. Lund: Doxa.

I Anell (2004). s. 12

³⁹ Anell (2004). s. 12

⁴⁰ *ibid.* s.13

regionsjukvård.⁴¹ Enligt 3 § i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska varje landsting ”erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget” och i kommunallagen (1991:900) finns bland annat bestämmelser om hur ett landsting ska vara organiserat och vilka befogenheter som finns. I Skåne har landstinget utökade befogenheter och där styr regionfullmäktige Region Skåne.⁴² Hallin och Siverbo menar därför att den politiska styrningen av hälso- och sjukvården huvudsakligen sker ”genom beslut om lagar, mål och riktlinjer, prioriteringar, resursfördelning och strukturella förändringar”⁴³ och konstaterar att det i stor utsträckning är en ”styrning på distans, det vill säga utan nära och omfattande kontakter med verksamheten.”⁴⁴

2.3.2 Administrativ ledning

Administratörens roll i en professionell organisation är att vara mellanhand mellan politikerna och kärnverksamheten menar Viking Falk och Kerstin Nilsson i ”*Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*”.⁴⁵ En central uppgift enligt Hallin och Siverbo är att utarbeta olika sorters beslutsunderlag och att sätta politiska och administrativa beslut i verket. I och med att tjänstemännen utarbetar olika sorters beslutsunderlag och för diskussioner med politiker påverkas den politiska processen. En annan huvuduppgift för den administrativa ledningen är att styra de administrativa processerna i organisationen, exempelvis budgetprocessen.⁴⁶ Falk och Nilsson tillägger att den ökade decentraliseringen och konkurrens och marknadstänkande inom hälso- och sjukvården har lett till förändringar inom framför allt styrsystem och ledarskap.⁴⁷ Exempel på detta är att styrningen har gått från detaljstyrning till mål- och ramstyrning och att man numera har ett koncerntänkande istället för en hierarki.⁴⁸

⁴¹ Calltorp, J. (1989). *Prioritering och beslutsprocess i sjukvårdsfrågor: Några drag i de senaste decenniernas hälsopolitik*, Uppsala: Uppsala universitet. I Hallin och Siverbo (2003) s. 64

⁴² <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=137507> läst 2009-04-22

⁴³ Hallin och Siverbo (2003). s. 64

⁴⁴ ibid.

⁴⁵ Falk, Viking och Nilsson, Kerstin. (1999). *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur. s. 87

⁴⁶ Hallin och Siverbo (2003). s. 64

⁴⁷ Falk och Nilsson (1999). s. 87

⁴⁸ ibid. s. 87-88

2.3.3 Professionell – operativ ledning

Produktionen av hälso- och sjukvård bedrivs av de professionella utförarna och enligt Falk och Nilsson kan organisationen som helhet beskrivas som en professionell organisation.⁴⁹ Organisationen är uppbyggd kring specialiserad kunskap om verksamheten och Henry Mintzberg anser att ”den enskilde individens kunskaper, normer och värderingar är mycket styrande för verksamheten.”⁵⁰ Det är i första hand läkarna och andra yrkesgrupper som styr vårdprocesserna, verksamhetens kärnprocesser och Hallin och Siverbo menar att det är här beslut fattas om när, hur och av vem som patienterna undersöks och behandlas. Det är genom personalens tidsanvändning och deras olika beslut genom vårdkedjan som resursfördelningen inom hälso- och sjukvården blir verklighet i verksamheten.⁵¹

Anell menar att ur politikens och administrationens synvinkel ”är det mesta av makten och inflytandet över sjukvården samlat hos läkarna”⁵² och en ”förankring av beslut hos övriga 90 procent anställda”⁵³ anses i praktiken vara mindre betydelsefullt. Hallin och Siverbo anser att den professionella styrningen i första hand bygger på kunskapsauktoritet och de medlemmar av professionen som uppfattas ha de bästa kunskaperna inom ett område får på detta sätt auktoritet och påverkar kollegorna och verksamhetens utveckling.⁵⁴ Denna auktoritet kan användas både mot den politiska och administrativa styrningen och därmed har den stort inflytande över verksamhetens innehåll och resultat.⁵⁵ Det kollektiva inflytandet blir stort, anser Anell, särskilt när det handlar om att använda sig av nya metoder och teknologier. Ofta kräver inte detta större investeringar utan nyheter sprids mellan läkarna via kollegor, tidskrifter och konferenser, vilket leder till att innovationer introduceras utan formella beslut från politiker eller administration, ”som formellt har det yttersta ansvaret för hur resurserna ska fördelas och administreras”.⁵⁶ Anell menar därför att det växer fram strukturer under ytan av de formella ramar som angetts.⁵⁷

⁴⁹ *ibid.* s. 90

⁵⁰ Mintzberg, Henry. (1983). *Structure in Fives, designing effective organizations*. New Jersey: Prentice-Hall. I Falk och Nilsson (1999). s. 91

⁵¹ Hallin och Siverbo (2003). s. 65

⁵² Anell (2004). s. 14

⁵³ *ibid.*

⁵⁴ Hallin och Siverbo (2003). s. 65

⁵⁵ *ibid.*

⁵⁶ Anell (2004). s. 15

⁵⁷ *ibid.*

Varje domän har en berättigad och viktig roll att spela i vårt samhälle och är konstruerade för att fullfölja sitt syfte. Var och en av domänerna anser att de själva bäst vet hur verksamheten ska styras, vilket inte alltid fungerar så bra eftersom de styrs av olika normer, värderingar och principer. Eftersom varje beslut inom en domän påverkar de andra domänerna på ett eller annat sätt kämpar dessa för att vara oberoende och söker efter balans av makten i systemet. Istället för att se sig själva som samarbetspartners som arbetar för att uppnå gemensamma mål befinner sig många gånger domänerna sig i en maktkamp om kontroll över verksamheten.⁵⁸ Det tredelade ledarskapet är komplext eftersom att det ständigt måste ske förhandlingar av olika intressen och de tre olika grupperna alla är angelägna att få sin röst hörd. I och med detta identifieras ”*Politik-problematiken*” som senare utvecklas mer i empirin.

2.4 En förändrad verksamhetsstyrning

Björn Brorström beskriver i ”*Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer*” att stora förändringar ägde rum inom stat och landsting under 1980-1990 talen gällande organisations- och styrmodeller. I samband med den dåvarande ekonomiska krisen förväntades kommuner och landsting att använda tilldelade resurser på ett effektivt sätt.⁵⁹ Falk och Nilsson skriver om hur man från en traditionell anslagsstyrning har gått till en mer marknadsorienterad prestationsstyrning och grunden ligger dels i förändrade ekonomiska förhållanden men krav kommer också inifrån organisationen för att skapa en ökad decentralisering.⁶⁰

En modell för detta var *beställare/utföraremodellen* som sedan har vidareutvecklats och enligt Falk och Nilsson är en form där intäkterna direkt kopplas till utförda prestationer. Avsikten är en tydligare fokusering på ekonomi och förutom ett större intresse för intäkter skapas också en kostnadsmedvetenhet. Brorström skriver att det är nödvändigt med en omfördelning av roller inom organisationen för att uppnå en styrning som är mer resultatorienterad.⁶¹ Denna betydande ekonomisering förändring i bl. a sjukvårdsorganisationer har bidragit till bättre prestationer och följderna har blivit bättre produktivitet.⁶²

⁵⁸ Kouzes och Mico (1979). s. 449-469

⁵⁹ Brorström, Björn. (1995). *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer*. Lund: Studentlitteratur. s. 7-9

⁶⁰ Falk och Nilsson (1999). s. 74-75

⁶¹ Brorström (1995). s. 9

⁶² *ibid.* s. 72

Även i den politiska organisationen har förändringar skett, menar Falk och Nilsson, exempelvis genom ett beställarkansli, där kraven på verksamheten tydligt definieras genom beställningar från medborgarna/brukarna.⁶³ I en styrmodell för en mer resultatorienterad styrning tydliggörs rollerna av finansiären, beställaren och utföraren.⁶⁴

Politiker tar på sig rollen som *finansiär* och bestämmer totalnivån på finansiella resurser samt utvecklar och formulerar övergripande mål och strategier. *Beställarna* består av politiker och administratörer och deras uppgift är att köpa tjänster utifrån medborgarnas förmodade behov och få ut bästa möjliga verksamhet för de resurser som finns. *Utförarna* i form av administratörer och professionell sjukvårdspersonal ska sedan genomföra den verksamhet som överenskommit med beställarna. Verksamheten ska bedrivas så effektivt som möjligt och i enlighet med de övergripande riktlinjerna som finansiären beslutat om.⁶⁵

Uppdelningen mellan en beställar- och utförarfunktion innebär en dialog mellan parterna och har lett till en förändrad maktstruktur då finansieringen kopplas till prestationer, kvalitet och krav på service och tillgänglighet, menar Falk och Nilsson.⁶⁶

⁶³ Falk och Nilsson (1999), s. 77

⁶⁴ *ibid.*

⁶⁵ *ibid.* s. 78

⁶⁶ *ibid.* s. 80

3. STYRNING MOT UPPSATTA MÅL

Här följer en teoretisk diskussion ur ett service managementperspektiv om effektivitet, produktivitet och kvalitet och hur dessa begrepp kan användas inom hälso- och sjukvården, bland annat i sammanhang som tidigare användes inom tillverkningsindustrin men som även i viss mån kan appliceras på tjänsteverksamheter. Kapitlet avslutas med ett avsnitt om målstyrning och varför problem kan uppstå med sådan styrning i offentlig verksamhet samt en summering av detta och föregående teorikapitel.

3.1 Effektivitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården

Per Borg tar i sin bok *”Effektivitet i offentlig sektor”* upp hur tjänstesektorn är den största arbetsgivaren i Sverige och ställer frågan om denna kan effektiviseras på samma sätt som jordbruket och industrin gjort och fortfarande gör.⁶⁷ Nutek menar att det inom hälso- och sjukvården är nödvändigt med en hög produktivitet för att också få en hög effektivitet och ett sätt att mäta effektiviteten kan vara att se hur de insatta resurserna bidrar till bättre hälsa och återhämtning hos patienterna⁶⁸. Produktiviteten mäts enligt Brorström genom att relatera den totala kostnaden för en viss verksamhet till det antal prestationer som utförs och för att göra en produktivetsförbättring krävs att kostnaden för att producera en enhet, vara eller tjänst minskar.⁶⁹ Nutek menar att det inte handlar om ”att springa snabbare i korridorerna utan om systemfrågor, organisation, vårdprocesser, styrning, ledning och samverkan på ett effektivt sätt. Idéer från tillverkningssektorns kvalitets- och effektivitetsrörelse har även inspirerat förändringsarbetet i vården”⁷⁰ och skriver att ”det avgörande är att se till att ha mätsystem som säkerställer att det är rätt saker som görs”.⁷¹ Hallin och Siverbo hävdar att effektivitet innebär att hälso- och sjukvård kan tillgodoses med ”god kvalitet och låg resursförbrukning”⁷² och tillägger att effektivitet handlar om hur väl resurserna omvandlas till efterfrågat resultat.⁷³ Brorström beskriver en möjlig definition som att ”en effektiv organisation har förmågan att kombinera ett effektivt resursutnyttjande i den pågående verksamheten med förmåga till

⁶⁷ Borg, Per. (1996). *Effektivitet i offentlig sektor. Ökad effektivitet - en fråga om vilja*. Uppsala: Publishing House AB. s.15

⁶⁸ Nutekrapport s. 3-4

⁶⁹ Brorström (1995). s. 23

⁷⁰ Nutekrapport s. 1

⁷¹ *ibid.* s. 4

⁷² Hallin och Siverbo (2003). s. 69

⁷³ *ibid.* s. 70

anpassning av verksamheten till förändrade förutsättningar”⁷⁴ och menar vidare att det är viktigt att organisationerna har beredskap som vid behov kan ändra i organisationen beroende på nya förutsättningar och förväntningar.⁷⁵

3.2 Kvalitet ur hälso- och sjukvårdens perspektiv

I och med att hälso- och sjukvården är skyldiga att kvalitetssäkra sitt arbete har även betydelsen av kvalitetsbegreppet diskuterats där. Den diskussionen kan enkelt summeras enligt Lena Rönnberg i ”*Hälso- och sjukvårdsrätt*” till att ge begreppet kvalitet definitionen ”att göra rätt saker och att göra saker rätt redan från början och varje gång.”⁷⁶ Därmed kan man även säga att kvalitetssäkringsarbetet innebär ett arbete för att säkerställa att rätt saker utförs på rätt sätt varje gång.⁷⁷

I Björn Rombachs bok ”*Kvalitet i offentlig sektor*” beskrivs svårigheterna med att definiera kvalitet inom sjukvården då begreppet har olika innebörd för medborgare, patienter, läkare och politiker.⁷⁸ Detta resonemang stödjer Rönnberg som menar att nästan samtliga aktörer har sin egen definition av begreppet kvalitet, vilket då är kopplat till den yrkesutövningen man själv utövar.⁷⁹ Även Nutek anser att man i stället för att fokusera på hur mycket *aktiviteter* som utförs så kan man övergå till att mäta hur mycket *värde* som skapas av de insatta resurserna.⁸⁰

En del av landstingen ansåg, enligt Rombach, att mötet med patienten var det som blev viktigt för vårdens kvalitet, i andra fall var det bl.a. närheten (geografisk spridning), tillgänglighet och snabbhet (korta köer samt kort väntetid i telefon och väntrum), medicinsk kvalitet, billig vård, kontinuitet, omtanke och trygghet på vårdinrättningarna med mera.⁸¹

Från dessa olika teorier blir det tydligt att ”*Processer*” blir ett gemensamt samlingsnamn i analysen som beroende på hur väl de fungerar påverkar tillgänglighet och vårdköer inom

⁷⁴ Brorström (1995). s. 21-22

⁷⁵ *ibid.* s. 22

⁷⁶ Rönnberg (2007). s. 269

⁷⁷ *ibid.*

⁷⁸ Rombach, Björn. (1991a). *Kvalitet i offentlig sektor*. Stockholm: Nordstedts juridikförlag. s. 18-20

⁷⁹ Rönnberg (2007). s. 269

⁸⁰ Nutekrappport s. 29

⁸¹ Rombach (1991a). s. 19-20

hälso- och sjukvården. Gör saker rätt direkt blir organisationens processer bättre och vården hinner då med fler patienter.

3.3 Uppdragsstyrning

Borg menar att huvudsyftet med uppdragsstyrning är att ett resultat beställs.⁸² Det innebär att det är resultatmål som är i fokus och det är väldigt viktigt att uppdrag och beställningar innehåller specifika sådana som dessutom kan följas upp.⁸³ Exempel på specifika resultatmål är att ange vad uppdraget får kosta, hur lång tid det får ta osv.⁸⁴ Den svåraste delen med uppdragsstyrning är att hitta mål som går att mäta, men det är alltid möjligt att hitta meningsfulla resultatmål. Ofta handlar det om att uppdragsgivare och uppdragstagare ska komma fram till ett gemensamt mål som ska uppnås.⁸⁵ Det finns invändningar mot att uppdragsstyrning innebär mer byråkrati och att det kräver dubbelkompetens och på det sättet också för med sig höga administrationskostnader.⁸⁶ Borg framhåller att uppdragsstyrning kräver mer tid och resurser eftersom det kräver att uppdragsgivare och uppdragstagare kommer överens om rätt resultatmål men också för att arbetet måste följas upp. Vidare menar Borg att kostnaderna för denna administration kommer att leda till ett bättre resultat till en lägre kostnad.⁸⁷ En annan viktig aspekt inom uppdragsstyrning är att man inte ska gå för snabbt fram utan gå stegvis framåt och samtidigt ha tålamod med arbetet mot de resultatmål som är uppsatta.⁸⁸ Risken om arbetet går för snabbt fram är att medarbetare inte hinner med.⁸⁹ Detta kan jämföras med ”Produktionsplanering” inom hälso- och sjukvården.

3.4 Kvalitetsförbättringar

När en organisation ska förbättra sitt kvalitetsarbete menar Martin C Hinckley i John Bicheno, Pia Anhede och Joakim Hillbergs ”*Lean Handbok för Service och Tjänster*” att det finns tre sätt att möta problemen: minskning av *komplexitet* av serviceprocessen, minskning av *variation* och förhindrande och minskning av *fel* och *misstag*.⁹⁰

⁸² Borg (1996). s. 34

⁸³ *ibid.*

⁸⁴ *ibid.*

⁸⁵ *ibid.* s. 35

⁸⁶ *ibid.* s. 39

⁸⁷ *ibid.*

⁸⁸ *ibid.* s. 40

⁸⁹ *ibid.* s. 40-41

⁹⁰ Hinckley, Martin C. (2001). *Make No Mistake*. Portland: Productivity Press. I Bicheno, John, Anhede, Pia och Hillberg Joakim, (2008). *Lean för service och tjänster*. Göteborg: Revere AB. s. 94

Komplexitet har både *produkten* och *processen* i centrum och fokuserar både på kundens synvinkel och på serviceutförarens. Det handlar bland annat om de delar i processen som kunden måste gå igenom för att få servicen och för utföraren handlar det mer om vilken utbildning som behövs för att kunna leverera en tjänst som kunden anser tillfredställande. Det handlar också om alla aktiviteter, överlämningar och problem som finns vid varje funktion.⁹¹

Design for Six Sigma är ett verktyg som används för att minska komplexiteten. Modellen använder sig av ett antal steg för att *identifiera, definiera, utveckla, optimera* och *kontrollera*. Stegen innebär att se vem kunden är och vad dennes behov är och modellen fokuserar på att förebygga brister och maximera kundfördelar men även att se vilka kunskapsnivåer som krävs.⁹²

3.4.1 Pokayoke

På sjukhus i USA dör 98 000 människor om året på grund av **misstag**⁹³. För att förebygga att det blir fel finns det olika modeller som kan vara till hjälp. Shigeo Shingo⁹⁴ har utvecklat en modell i felsäkring inom service. Grundtanken i pokayoke, som betyder felsäkring på japanska, är att människor gör misstag och det är naturligt men man måste försöka säkra i processen och på så vis förhindra att det leder till fel. Begreppet är från början utvecklat för tillverkning men har på senare tid också utvecklats inom service.

Ett annat sammanhang där pokayoke också är användbart är när misstag ska förutses, att analysera ett ”nästan misstag”. Exempel på detta enligt Bicheno, Anhede och Hillberg är när personal på ett sjukhus antog att en procedur redan var utförd men fick reda på att den inte var det. Om de inte fått reda på det skulle de varit tvungna att skjuta fram operationen på grund av upptäckt att läkemedlet passerat sitt ”bäst före datum”.⁹⁵

⁹¹ *ibid.*

⁹² *ibid.* s. 94-95

⁹³ Stephen Sear. I Bicheno, Anhede och Hillberg (2008). s. 95

⁹⁴ Shingo, Shiego. (1986). *Zero Quality Control: Source Inspection and the Pokayoke System*, Produktivity Press. I Bicheno, Anhede och Hillberg (2008). s. 95-96

⁹⁵ Bicheno, Anhede och Hillberg (2008). s. 97

3.5 Lean production

Enligt Wikipedia är ”*Lean production*” en filosofi om hur man hanterar resurser. Syftet med Lean är att identifiera och eliminera alla faktorer i en produktionsprocess som inte skapar värde för slutkunden”⁹⁶. Bicheno, Anhede och Hillberg beskriver hur Lean-systemet påverkar ledningen och menar att det tydligt märks om cheferna i en organisation koncentrerar sig på att tillfredställa deras chefer eller om de fokuserar på kunden. Som exempel nämner de att många sjukhus ofta fokuserar på att uppfylla målsättningarna och då glömmer kunden.⁹⁷ Kritik mot Lean i tjänsteprocessen kan vara att det är ett verktyg för tillverkning som nu ska användas i serviceproduktion.⁹⁸

Ursprungligen var Taiichi Ohnos⁹⁹ sju slöserier¹⁰⁰ avsedda för tillverkning, men kan också, enligt Bicheno, Anhede och Hillberg, användas inom många typer av service¹⁰¹. Några av dessa slöserier är *överproduktion*, vilket Ohno menar är det allvarligaste slöseriet eftersom det är grunden till andra problem och slöseri. När Ohno diskuterar överproduktion menar han att tillverka för mycket, för tidigt eller ”ifall att”. Att överproducera innebär att flödet blir ryckigt och det påverkar både kvaliteten och produktiviteten negativt. *Väntan* är ett annat slöseri som enligt Ohno är en direkt fiende till smidigt flöde samtidigt som det påverkar ledtiden som i sin tur spelar stor roll gällande konkurrensfördel och kundtillfredsställelse. Ett annat kostsamt slöseri är *defekter* som innebär defekter eller omarbete. De kan delas in i två olika grupper, interna och externa fel. Interna fel är bland annat omarbetning och förseningar medan externa fel är garanti, reparationer, fältservice och framtida förlorade kunder. Vidare beskriver Ohno också slöseri med *outnyttjad mänsklig potential* som syftar på att det finns fördelar med att använda alla de anställdas hjärnor men att man ska vara uppmärksam på att det kräver tydlig kommunikation, både från ledning och till ledning, samtidigt som det också fordras engagemang och support eftersom all den kunskap och potential som frigöra kan ses som ett

⁹⁶ http://sv.wikipedia.org/wiki/Lean_production läst 2009-04-22

⁹⁷ Bicheno, Anhede och Hillberg (2008). s. 13

⁹⁸ *ibid.* s. 3

⁹⁹ skaparen av Toyota Production Systems (TPS), JIT och ”patriarken för Lean”

¹⁰⁰ Bicheno, Anhede och Hillberg (2008). s. 18

¹⁰¹ *ibid.* s. 20

hot mot olika nivåchefer. Kulturen spelar också stor roll och det kräver att alla litar på varandra och att alla visar intresse och engagemang på arbetsplatsen.¹⁰²

Ur dessa teorier framhävs ”Patienten” och vikten av att förebygga brister. Eftersom patienterna har en stor del i vårt arbete blir det en rubrik som utvecklas mer i analysavsnittet.

3.5.1 OPE – overall professional efficiency

Nära integrerat med Lean är Totalt produktivt underhåll (TPU) vilket innebär att man ”med hjälp av planerade aktiviteter ska se till att maskiner är tillgängliga när de behövs”¹⁰³. Även inom serviceyrken som läkare kan denna modell användas eftersom dessa också utsätts för förluster men de uppfattar sällan hur mycket effektiv tid som försvinner och var den tar vägen.¹⁰⁴ För TPU finns det speciell fokus på:

- *Tillgänglighet* som delas in två former av ”förluster”: stopp och avbrott, samt ställtid och justeringar.
- *Operationseffektivitet* handlar om småstopp (oplanerade stopp under 10 min) och reducerad hastighet.
- *Kvalitetsutfall* handlar om att se vilka defekter som blir från processfel och från omarbete.

Beräknar man produkten av dessa fokusområden (tillgänglighet % x operationseffektivitet % x kvalitetsutfall % = x %) får man ett tal som betonar det största förlust-området vilket då visar vad som behöver prioriteras. Olika verksamheter kan ha liknande OPE-siffror, men orsaken till förlorad effektivitet kan vara mycket olika. Ett exempel skulle kunna vara en person som arbetar 8 timmar netto med en planerad tid på 15 minuter per patient. Om denne blir försenad en halvtimme innebär det att tillgängligheten blir 7,5/8 h, vilket innebär 0,937 i tillgänglighetstal. Denne har inga avbrott vilket gör att operationseffektiviteten blir 1,0, men behöver återbesöka 1/3 av alla patienter vilket innebär en kvalitet på 0,666. Sammantaget innebär det 62 %, som också kan läsas ut som en effektivitetsförlust på 38 %. När de tre

¹⁰² Ohno, Taiichi. (1985). *Kanban: Just-in-Time at Toyota*, Japan Management Association, Produktivty Press. I Bicheno, Anhede och Hillberg (2008). s. 22

¹⁰³ ibid. s. 83

¹⁰⁴ ibid.

fokusområden som är uppställda ovan används inom serviceyrken kan kategorierna ändras för att passa gällande organisation¹⁰⁵. Exempel på hur en tabell kan se ut:

OPE-element	De 6 stora serviceförlusterna	Exempel
Tillgänglighet	Fel och avbrott, tid som försvinner från värdeladdade aktiviteter.	Internet fungerar inte, datorfel, avbrott som är längre än 15 minuter.
	Uppstartsförluster och väntan, ställtid mellan uppgifter.	Kunder, patienter, arbetsinstruktioner som inte anländer i tid, väntan på kollegor, försenad start i början av dagen, sluta tidigt, vänta på andra personer eller annan information, väntan på maskiner, söka efter fel-placerade dokument eller datorfiler.
Operationseffektivitet	Småstopp	Alla oplanerade avbrott under dagen, telefonsamtal som inte hör till arbetet, skvaller med kollegor, rökpauser, hämta kaffe.
	Kunskapsförluster: ineffektiv metod eller fel person som utför uppgiften	Allt arbete som inte borde utföras alls eller som vore bättre att någon annan utförde (någon som har högre eller lägre kompetens).
Kvalitetsutfall	Bearbeta fel, ta itu med klagomål.	Falskt behov i allmänhet, alla former

¹⁰⁵ ibid. s. 83-85

Verkligt och falskt behov		av omarbete, fel vid datainsamling.
	Kundfel.	Kundfel (både interna och externa) som leder till omarbete eller förseningar.

Tabellen är hämtad från Taiichi Ohno *Kanban: Just-in-Time at Toyota*¹⁰⁶

När man använder sig av OPE finns det något som kallas ”det bästa av det bästa-analysen” som kan användas som en intern benchmarking. Det innebär att man jämför vad olika personer/grupper är bäst på och ser vad personers/gruppens höga prestationssiffror inom respektive kategorier kan bero på och därefter se vad man kan lära av varandra. Fördelen med denna analys är att de bästa metoderna redan finns inom organisationen och på så sätt krävs inga konsulter eller specialister utan det handlar bara om att kommunicera den kompetens och de metoder som redan finns i organisationen och integrera dem.¹⁰⁷

3.6 Målstyrning

Enligt Rombach i ”*Det går inte att styra med mål*” anser flera författare (Steers och Porter, Arvey et al.) att produktiviteten höjs när det finns klara mål uppställda.¹⁰⁸ Vidare menar Wikstrom enligt samma källa, att människor tycker arbetet blir positivt när det finns klara mål att arbeta mot.¹⁰⁹ Nutek menar att verksamheters förändringsarbete tenderar att fokusera på det som kan mätas och därför är de mått man använder också styrande för utvecklingen.¹¹⁰

I Rombachs bok ovan från 1991 framgår det att författare har svårt att definiera målstyrning och menar istället att det finns många olika definitioner i litteraturen.¹¹¹ En definition som dock många författare är överens om är att målstyrning innebär att mätbara och specifika mål

¹⁰⁶ *ibid.* s. 84

¹⁰⁷ *ibid.* s. 85

¹⁰⁸ Steers R M och Porter, L W. (1974). *The role of task-goal attributes in employee performance*. Psychological Bulletin, vol 81, nr 7, s. 434-452, Arvey, R D, Dewhirst, H D och Brown, E M. (1978). *A longitudinal study of the impact of changes in goalsetting on employee satisfaction*, Personnel Psychology, vol 31, s. 595-608. I Rombach, Björn. (1991b). *Det går inte att styra med mål*, Studentlitteratur, Lund, s. 39

¹⁰⁹ Wikstrom, W S. (1968). *Managing by – and with – objectives*. *Studies in Personnel Policy*, nr 212, New York: National Industrial Conference Board. I Rombach (1991b). s.39

¹¹⁰ Nutekrappport s.10

¹¹¹ Rombach (1991b). s. 15-19

ska tas fram. Andra viktiga delar med målstyrning är att det ska visa sig när målen är nådda och att måluppfyllelsen ska följas upp regelbundet.¹¹² Enligt målstyrningslitteraturen är förutsättningarna för framgång inom målstyrning att ställa upp specifika och mätbara mål, att anställda som ska uppfylla målen ska vara med och utforma dem, att resultaten återförs, att måluppfyllelsen belönas och att ledningen stödjer målstyrningen¹¹³. Dahl och Hasselgren anser också att det för kvalitetsarbetet är viktigt att uppge *kvalitetsmål* för verksamheten.¹¹⁴

Rombachs litteraturgenomgång visar att dessa förutsättningar för framgång inte finns i den offentliga sektorn. Inom den offentliga sektorn är det svårt att definiera klara och mätbara mål, det är också komplicerat att mäta resultaten och därför blir det också svårt att återföra dem, belöningsystemen anses stela och personalinflytandet i målformuleringsprocessen står till viss del i konflikt med kravet på demokrati. Det är inte heller en självklarhet att ledare inom den offentliga sektorn stödjer målstyrning.¹¹⁵ Nutek menar att det är svårt att mäta värdet på de prestationer som sjukvården utför eftersom dessa inte omsätts på en vanlig marknad. Mått som konstruerats bygger på hur många olika aktiviteter som utförs, exempelvis i form av läkarbesök eller vårddygn. Med detta sätt att mäta är det dock svårt att visa när det sker förbättringar i produktiviteten, eftersom värdet av varje aktivitet varierar och två läkarbesök kan skilja sig mycket åt beroende på vad som behandlas. Om läkarna behandlar mer och mer komplicerade diagnoser leder det till en ökad produktivitet utan att antalet utförda aktiviteter ökar.¹¹⁶

Målstyrning ses ofta i den offentliga sektorn som en lösning på problemet hur organisationen ska styras. Däremot blir det ofta missnöje eftersom styrsystemet inte fungerar som tänkt och Rombach skriver att ”missnöjet med styrningen tycks åtminstone till en del bero på att de formella styrsystemen med budgeten i spetsen inte fungerat som de ska”.¹¹⁷ Tjänstemännen anser att de system som politiker istället använder för att påverka verksamheten är ett problem. De menar att politikerna blandar sig i verksamheten för mycket genom att

¹¹² *ibid.* s. 19

¹¹³ *ibid.* s. 55

¹¹⁴ Dahl och Hasselgren (1991). s. 42

¹¹⁵ Rombach (1991b). s. 55

¹¹⁶ Nutekrapport s. 12

¹¹⁷ Rombach (1991b). s. 107

exempelvis fatta detaljbeslut. Dessutom går inte de styrtekniker som politiken använder sig av att kombinera med målstyrning.¹¹⁸

Ett verktyg för att mäta verksamhetens mål är balanserat styrkort. Bo Hallin och Gustav Kastberg beskriver i boken ”*Balanced scorecard i teori och praktik- en flerdimensionell styrmodell i hälso- och sjukvården*” de svårigheter som finns när en organisation ska utveckla och implementera strategier¹¹⁹. Thomas Ericsson menar enligt Hallin och Kastberg, att olika empiriska studier som gjorts inom hälso- och sjukvården har visat att ”strategier och visioner både tilldelas olika betydelser och värderas på olika sätt av olika individer och grupper inom organisationen”¹²⁰. Hallin och Kastberg skriver att det då är viktigt att uppmärksamma att den fastslagna strategi som kommuniceras ut inte alltid uppfattas med samma innebörd och mening för alla i organisationen. De visar också att de finns aktörer verksamma inom olika område inom hälso- och sjukvården som tyder strategier på varierande sätt. Exempel är politiker, administratörer och vårdpersonal.¹²¹ Här kan vi identifiera ”*Styrning i verksamheter*” som kommer att utvecklas i analysen.

3.7 Summering av teorikapitlen

I avsnittet *Organisation* har vi diskuterat politikens påverkan på främst den professionella organisationen i form av direktiv och finansieringsformer samt vilken betydelse ledning och styrning har för införandet av nya arbetsmetoder och processtänkande inom hälso- och sjukvården. I *Styrning mot uppsatta mål* finns teorier kring hur man kan ha en produktionsplanering i hälso- och sjukvården likt den som finns inom varuproduktionen och vilken betydelse denna har för fördelningen av såväl personella som ekonomiska resurser. Vi presenterar också hur verksamheter arbetar med mål och kvalitetsuppföljning. Utifrån dessa teorier har vi funnit fem fokusområden som ofta hänger ihop och därför var svåra att skilja åt. Dessa lyfter vi fram i empiri- och analysavsnittet och kallar för ***Politik-problematik, Patienter, Produktionsplanering, Processer*** och ***Styrning i verksamheter***.

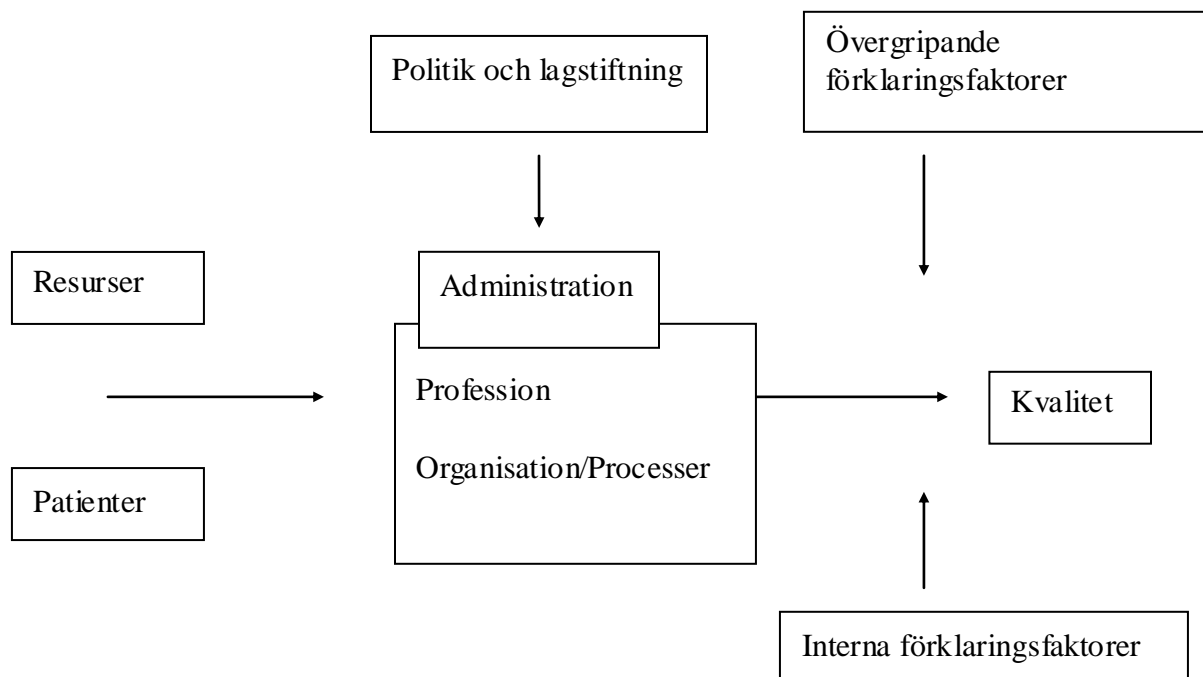
¹¹⁸ ibid. s. 107-108

¹¹⁹ Hallin, Bo och Kastberg, Gustaf. (2002). *Balanced scorecard i teori och praktik- en flerdimensionell styrmodell i hälso- och sjukvården*. Andra upplagan. Göteborg: Förvaltningshögskolan. s.19

¹²⁰ Ericsson, Thomas. (1999). *Meningsskapande i förändringsprocesser*. Strategiarbete i ett universitetssjukhus. Kommunal ekonomi och politik, vol 3 nr 1. I Hallin och Kastberg (2002). s. 19

¹²¹ Hallin och Kastberg (2002). s. 19-20

Detta är en modell som tydliggör hur teorierna hänger samman och påverkar verksamheterna, både övergripande och internt.



4. METOD

4.1 Tillvägagångssätt

En av många frågor som uppstod vid uppsatsstarten och som skulle besvaras var bland annat om vår undersökningsmetod skulle vara kvantitativ eller kvalitativ. Denna diskussion om vilken typ av undersökning det är frågan om är en sak Jan Trost anser i ”*Enkätboken*” är viktigt att gå igenom innan man bestämmer vilken metod som ska användas. I en kvantitativ undersökning används siffror eller jämförelser som ”*längre, fler eller mer*”, medan en kvalitativ undersökning helt lyckas undvika sådana jämförelser.¹²² Syftet med vår uppsats är att identifiera och analysera organisationsinterna faktorer som kan inverka på tillgänglighet inom hälso- och sjukvården och för att uppfylla vårt syfte blev frågeställningen; *Vilka organisationsinterna faktorer påverkar tillgänglighet och vårdköer inom hälso- och sjukvården?* Denna gör att vi använder oss av en kvalitativ metod, då Trost menar att om frågeställningen gäller att förstå eller hitta mönster så ska man göra en sådan studie¹²³. Alan Bryman beskriver i ”*Samhällsvetenskapliga metoder*” att fallstudier ofta är en tillämpning av både kvalitativa och kvantitativa metoder och att det som skiljer fallstudien från andra tillvägagångssätt är forskarens intresse av att belysa unika drag för ett specifikt fall¹²⁴. Vår forskning innebär att vi ska försöka få fram skillnader som kan förklara olikheter i de verksamheter som vi undersökt, vilket stämmer överens med det som Bryman benämner som en komparativ design.¹²⁵ Den komparativa designen förutsätter att vi får en bättre förståelse om vi jämför en viss social företeelse utifrån två eller fler olikartade fall eller situationer.¹²⁶

Den metod vi har valt är intervju. Enligt Steinar Kvale i ”*Den kvalitativa forskningsintervjun*” är samtalet ett sätt att komma över kunskap¹²⁷. För att kunna formulera så bra intervjufrågor som möjligt och för att kunna erhålla den empiri som passar vårt syfte i uppsatsen, har vi funnit ett antal teorier och begrepp i litteratur om organisering och styrning. Genom att ha teorier som utgångspunkt och koppla empirin till innebär det ett deduktivt arbetssätt. Men att beskriva vårt arbetssätt som enbart deduktivt kan vara svårt då vi under

¹²² Trost, Jan. (2008). *Enkätboken*. Upplaga 3:2. Lund: Studentlitteratur. s. 18

¹²³ *ibid.* s. 23

¹²⁴ Bryman, Alan. (2007). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 1:4. Malmö: Liber. s. 65 ff

¹²⁵ *ibid.* s. 69

¹²⁶ *ibid.*

¹²⁷ Kvale, Steinar. (2007). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Upplaga 1:16. Lund. Studentlitteratur. s.15

arbetets gång när vi analyserat vår empiri hittat nya teorier att lägga till och andra att ta bort för att vi tycker att de passar vårt syfte bättre. Därmed får vårt arbetssätt även inslag av ett mer induktivt arbetssätt¹²⁸ trots att vi initialt utgått från ett deduktivt arbetssätt. En fallstudie kan därför vara både en teorigenerering och en teori prövning¹²⁹. Denna kombination av deduktivt och induktivt arbetssätt är vad Runa Patel och Bo Davidson i ”*Forskningsmetodikens grunder*” kallar abduktion. Denna metod innebär att man utifrån ett enskilt fall försöker utforma ett hypotetiskt mönster som kan förklara fallet.¹³⁰

4.2 Urval och anonymisering

Vi har valt att avgränsa oss till att undersöka vårdenheter på sjukhus inom Region Skåne och dess offentliga verksamhet men vi tror att de faktorer vi undersöker gäller generellt inom hälso- och sjukvården i Sverige. Det finns tio sjukhus i regionen och även här har det skett ett aktivt urval från vår sida, då olika omständigheter gör att det dels kan vara svårt för oss att få access till verksamheten, dels finnas andra orsaker som påverkar vårt undersökningsområde på ett inte helt jämförbart sätt. Ett exempel på detta är Proluma¹³¹ som den 1 april 2009 trädde i kraft och av den anledningen undersöker vi inte några enheter på sjukhusen i Lund och Malmö. Vi är medvetna om att de enheter vi valt att undersöka inte är av exakt samma karaktär, men då det är de organisationsinterna faktorerna som vi vill komma åt anser vi att det inte spelar någon roll vilken typ av verksamhet som bedrivs eftersom vi anser att det handlar om samma faktorer, oavsett om det gäller akut eller planerad vård. När det gäller anonymisering anser vi att faktorerna i undersökningen är mer intressanta än att diskutera vilka enheter som besökts och därför har vi inte för avsikt att här gå in på vilka enheter och sjukhus i Skåne som vi har gjort våra intervjuer eller med vilka personer vi gjort dessa intervjuer. Vi tror att resultatet av vår undersökning kan bli mer generaliserat och användbart på det viset. Däremot har vi genom att intervjua Åsa Berling, Pia Lundbom och Ami Hommel fått en övergripande syn på den verksamhet som vi sedan gått djupare in i på enhetsnivå och granskat.

¹²⁸ Bryman (2007). s. 20-25

¹²⁹ ibid. s. 68

¹³⁰ Patel, Runa och Davidson, Bo. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Upplaga 3. Lund: Studentlitteratur. s. 24

¹³¹ Står för ”*profilering och samordning av universitetssjukhusen i Lund och Malmö*”

<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=245781> ”Vad är Proluma?” läst 2009-04-13

4.3 Primärdata

4.3.1 Fallstudie

En fallstudie är enligt Bryman¹³² en ingående analys av ett fenomen, exempelvis en individ eller en grupp men kan användas även vid undersökningar av exempelvis en organisation eller ett samhälle. I större forskningsområden används även fallstudie för att ge nyanser, fördjupa och utveckla teorier och begrepp.¹³³ Eftersom vår forskning grundar sig på processer och sociala relationer och dess komplexitet ansåg vi att detta passade som metod. Vårt urval av respondenter bidrog alla med att ge kunskap om sin enhets processer och sociala relationer utifrån sitt kunskapsområde så att vi på detta sätt kunnat komma fram till faktorer som orsakar olikheter i vårdköer utifrån deras sätt att organisera. Bryman nämner att kritik som riktas mot fallstudie som metod är att vissa forskare inte tycker att kriterierna reliabilitet, generalisering och validitet är tillämpliga,¹³⁴ men andra forskare som exempelvis R.K.Yin talar för metoden och anser att den är det.¹³⁵ Nackdelar med fallstudie som metod är fallstudieforskningens generaliserbarhet. Vad man menar är hur ett enda fall allmänt sett vara representativt, hur kan det ge resultat som kan appliceras på även andra fall?¹³⁶ Vi kan inte säga om resultaten från vår studie kan generaliseras till hela hälso- och sjukvårdssverige, men vi anser att de faktorer som identifierats kan förmedla en kunskap och därmed ge exempel på vad som skulle kunna leda till en mer effektiv verksamhet.

4.3.2 Intervjuer

Vi valde att använda oss av en intervjuguide istället för en strukturerad/standardiserad intervju och anledningen är att undersökningen är av kvalitativ karaktär och Kvale menar att många analyser av metodologiska avgöranden fattas under genomförandet av en intervju¹³⁷. Då vi valde att genomföra semistrukturerade intervjuer så innebär användandet av en intervjuguide¹³⁸ enligt Kvale att den som intervjuar kan välja att strikt följa guiden eller ändra

¹³² Bryman (2007). s. 65

¹³³ <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/1% C3% A5ng/fallstudie 2009-04-21>

¹³⁴ Bryman (2007). s. 67

¹³⁵ Yin (1984). I Bryman (2007). s.67

¹³⁶ Bryman (2007). s. 67

¹³⁷ Kvale (2007). s. 19

¹³⁸ *ibid.* s 121

lydelse och ordningsföljd på frågorna beroende på respondentens svar.¹³⁹ Det innebär ett aktivt lyssnande men också deltagande från oss som intervjuat och i de fall som något verkat oklart i respondentens svar, så har vi ställt följdfrågor som inte på förhand funnits i vår intervjuguide.

Intervjuguiden innehöll frågor inom de ämnesområden vi hade för avsikt att täcka upp i intervjuerna samt i vilken ordning de skulle behandlas under intervjuens gång. Vi använde oss dock inte av identiska intervjuguides till alla respondenter. De fyra verksamheterna fick samma frågor, medan de tre namngivna personerna har fått varierande frågor. Detta för att få övergripande information och en bättre helhetsförståelse. Det är på enhetsnivån vi främst kommer att undersöka orsaker till varför det finns olikheter i tillgänglighet och vårdköer. Till respondenterna skickade vi sedan i förväg våra intervjufrågor per mail, för att de skulle kunna förbereda sig och om det visade sig att vi inte fått tag på ”rätt” person att intervjua inom enheten så skulle vi ändå ha möjlighet att få svar på våra frågor. De respondenter som vi kallar för V1, V2, V3 och V4 är tre verksamhetschefer (med läkarbakgrund) och en innehar en administrativ tjänst, men har fått stöd från sin verksamhetschef i vissa av frågorna. De tre namngivna personerna vi intervjuat har samtliga lång bakgrund som sjuksköterskor innan de nått de positioner de i dag har. I och med detta kommer vår uppsats att ha ett ledarperspektiv och detta leder till ett snävare fokus. Vi är medvetna om att anledningen till att man använder strukturerade intervjuer är för att det insamlade materialet då kan ordnas på ett jämförbart sätt. Bryman säger att detta är något som bara kan ske på ett reliabelt sätt om svaren varit reaktioner på identiska frågor.¹⁴⁰ Av den anledningen är vår intervjuguide identisk till de respondenter som arbetar på enhetsnivå.

4.3.3 Intervjuerna verifieras

Kvaliteten på vår undersökning är något vi har haft i åtanke under hela arbetsprocessen. Vid planering av intervjuerna uppmärksammade vi de kvalitetskriterier¹⁴¹ som Kvale tar upp och nämner som viktiga. Vi anser att våra intervju svar till större delen uppfyller dessa krav, då vi fick relevanta, specifika och spontana svar från respondenterna. Frågorna som ställdes var ganska korta, men fick oftast desto längre svar. Dessutom styrks kvaliteten genom att vi som

¹³⁹ *ibid.*

¹⁴⁰ Bryman (2007). s. 123

¹⁴¹ Kvale (2007). s. 134

intervjuare försöker bekräfta tolkningen av respondenternas svar under intervjuens förlopp genom att bland annat ställa lämpliga följdfrågor för att säkerställa att vi förstått varandra.¹⁴² Samtliga intervjuer har ägt rum på den intervjuades arbetsplats och har varit mellan 45 minuter och 90 minuter långa, fem av dem tog ungefär 55 minuter per styck. Vi har även reflekterat och diskuterat vår egen roll som intervjuare. De egenskaper som vi strävade efter var bland annat att vara stringenta, tydliga och uppmärksamma, vilket enligt Kvale är några kvalifikationskriterier för den som intervjuar.¹⁴³ Ytterligare en faktor som höjer kvaliteten på vårt råmaterial är att vi har spelat in intervjuerna och dessa ljudfiler finns digitalt förvarade, vilket ger oss ett pålitligt underlag för analysen.

När det gäller transkribering innebär det att bokstavliga intervjuutskrifter skapar mellanformer, sökta strukturer som inte passar sig vare sig för det verkligt levda muntliga samtalet varken den skrivna textens formella stil¹⁴⁴, menar Kvale. Det är en sak som vi författare till denna uppsats diskuterat samt hur intervjusamtalet ska ordnas i skrift på ett lämpligt sätt. En annan faktor som påverkat strukturen på utskrift av intervjun är tidsfaktorn. Att transkribera är ytterst tidskrävande och av den anledningen har vi valt att nästan ordagrant sammanfatta de flesta intervjuer vi gjort, utom då rena citat använts, och då Kvale anser att det är viktigt att ange hur utskrifterna har gjorts och att det görs på ett liknande sätt om flera som skriver¹⁴⁵ har vi försäkrat oss om att göra detta.

4.3.4 Observationen - vårt kompletterande händelseförlopp

När vi började arbeta med uppsatsen hade vi inte som avsikt att göra någon observation men omständigheterna gjorde att en i gruppen fick närkontakt med vården under 3,5 dag. Detta oplanerade möte mellan patient och sjukvård har visat sig passa bra in i vårt arbete, då det gav oss (genom henne) en ”inträdesbiljett” till de miljöer vi undersöker och på så sätt fick hon möjlighet att observera som fullt deltagande observatör. Enligt Katrine Fangen i ”*Deltagande Observation*” är ett syfte med att vara fullt deltagande observatör att utveckla ett insiderperspektiv på det som sker¹⁴⁶. Under vistelsen på enheten fick hon möjlighet att känna och uppleva vårdprocessen ur ett patientperspektiv. Detta är vad Fangen ytterligare anser vara

¹⁴² ibid. s. 134

¹⁴³ ibid. s. 138

¹⁴⁴ ibid. s. 152-153

¹⁴⁵ Kvale (2007) . s. 155-156

¹⁴⁶ Fangen, Katrine. (2005). *Deltagande Observation*. Upplaga 1:1 Malmö: Liber Ekonomi AB. s. 143

syften med att vara fullt deltagande observatör att uppleva, känna och få förståelse för det man observerar.¹⁴⁷ Trots att hennes vistelse på enheten var relativt kort tycker vi att den är tillräcklig för att kunna tolka och dra slutsatser som för vårt arbete framåt. Fangen anser dock att det är en nackdel med kortvariga fältarbeten¹⁴⁸, vilket vi har förståelse för, men kom fram till slutsatsen att hennes upplevelse av vistelsen på sjukhuset kommer att höja kvaliteten på vår empiri. Observationen är i högsta grad självupplevd av en av uppsatsförfattarna och upplevelsen kan ha färgats av patient- eller kundperspektivet och kan betraktas som subjektiv.

4.4 Sekundärdata

Enligt Bryman innebär en sekundäranalys att fokus sätts på data som forskaren själv inte samlat in och med ett syfte inte är helt känt för dem som ursprungligen samlat informationen.¹⁴⁹ Då den verksamhet som vi valt att undersöka ingår i en politiskt styrd organisation innebär det att det finns god tillgång till öppen information, inte minst när det gäller uppföljning av verksamheten. Vi har läst granskningsrapporter som genomförts på uppdrag från Region Skånes revisorer under 2008 inom områdena *Vårdgaranti och tillgänglighet* (nr 27), *Produktivitet, kvalitet och styrmodell* (nr 25) och *Kvalitetsstyrning utifrån externa och interna jämförelser* (nr 13)¹⁵⁰. Som underlag för dessa rapporter har revisorerna bland annat genomfört djupintervjuer med nyckelpersoner samt analyserat relevanta dokument. Med hjälp av dessa rapporter har vi kunnat ställa mer djupgående frågor som vi anser höjer kvaliteten i vårt arbete. Fördelar med att använda sig av sekundärdata är enligt Bryman bland annat en möjlighet för forskaren att få tillgång till kvalitativt sett bra data utan att för den skull behöva lägga ner mycket tid och pengar för att samla in ny information.¹⁵¹

4.5 Källkritik

Vi är medvetna om att Per Borgs bok inte är vetenskaplig i liknande mening som annan litteratur vi använder oss av, men anser att hans bakgrund och erfarenheter gör att det ändå är tillförlitlig information som ges och därför väljer vi att använda oss av den. Vi är också

¹⁴⁷ ibid.

¹⁴⁸ ibid. s. 117

¹⁴⁹ Bryman (2007). s. 208

¹⁵⁰ tillgängliga på <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=207437>

¹⁵¹ Bryman (2007). s. 207-208

medvetna om att Wikipedia inte är så tillförlitlig källa som man skulle kunna önska, men menar ändå att den är pålitlig för den definition som vi använt den för.

5. SKÅNSKA SJUKHUS SEDDA MED UNIVERSITETSÖGON

Vi har undersökt fyra verksamheter som vi för enkelhetens skull kallar V1, V2, V3 och V4. Förutom dessa har vi intervjuat tre namngivna kvinnor som genom sina perspektiv och kunskaper har gett oss viktig och användbar information.

V1 är en liten enhet med få läkarresurser. De arbetar endast med planerad verksamhet och klarar enligt uppgift tiden för vårdgarantin.

V2 arbetar inom samma verksamhetsområde som V1, men är betydligt större. De har förutom planerad också akut verksamhet. Verksamheten har läkarbrist och upplever svårigheter med att hinna med de planerade uppdragen i tid, trots att dessa blivit färre i år.

V3 är en stor enhet med akut och planerad verksamhet som menar att man hinner med sina uppdrag men att det ibland finns trånga sektorer i form av för få vårdplatser efteråt. Man arbetar med balanserad styrning i verksamheten.

V4 är liksom V3 en stor enhet med både akut och planerad verksamhet. Man har ingen kö, men för några år sedan förekom det tillgänglighetsproblem även inom denna verksamhet och man ändrade då sitt sätt att arbeta, vilket framkommer i vår undersökning. Verksamheten arbetar med balanserad styrning.

5.1 Politik-problematiken

Åsa Berling berättar att Region Skåne drivs som en koncern men säger att alla tycks känna att det är de som bestämmer: ”Verksamheten eftersom det är de som gör jobbet, tjänstemännen eftersom de tycker att de vet vad som behövs och politikerna för att det är faktiskt de som bestämmer.” Avståndet mellan politiker och tjänstemän är litet eftersom vi arbetar direkt på uppdrag om vad de beslutar, men samtidigt är arbetet ganska nära verksamheten där vi ser oss som ett stöd för dem. Som politiker lovar man väljarna något och då 2010 är ett valår brukar vi säga att ”nu är det handbromsen i två år innan det händer något igen”. Det får man lära sig att leva med i en politiskt styrd och offentligt finansierad verksamhet. Sedan har tillgänglighet funnits i fokus oavsett ”sittande färg”, men då är det nog extra viktigt att det inte finns måltal

och uppdrag i budgeten som man på förhand vet kommer bli svårt att nå, då det blir en inlaga i debatten till oppositionens fördel, fortsätter hon.¹⁵²

V3 tar också upp problematiken med det politiska ledarskapet och menar att det är ”katastrof för sjukvården att man har politiken så nära inpå sjukvården”. Den egentliga uppdragsgivaren är patienterna och de har två vägar in, dels som patient och dels som väljare. När det nu snart bara är ett år kvar till nästa val, menar vår intervjuperson att det kommer ”ett förlorat år”, då man tidigare under mandatperioden har försökt få ordning på ekonomin, rinner det nu ut pengar och ”fattas beslut som inte gagnar sjukvården i det långa loppet”. Sker det sedan ett majoritetsskifte i regionen har den nya majoriteten ganska svårt att sätta sig in i arbetet och så är det ytterligare ett år som ”är förlorat”. Sedan kommer två år när den nya majoriteten försöker styra upp och styra på sitt sätt och driver på och sedan upprepas samma sak igen och sen är det bara ett år kvar till val och ”då tar man inga obekväma beslut, populism gör att man gör det som man tidigare snålat och sagt att man inte ska göra”. Vår intervjuperson säger apropå målstyrning som vi återkommer till längre fram att ”fokus sveper över oss och stannar till, då är det viktigt att som chef sitta still i båten och inse att det är fokus på det här men vi gör ungefär som vi brukar, för nästa vecka, nästa månad är fokus på något annat och då ligger vi alldeles rätt till”.¹⁵³

Pia Lundbom, biträdande sjukhuschef i Kristianstad, tycker att kö-miljarden är det värsta som kunnat hända och menar att det är förödande att regeringen gör på det här sättet eftersom det blir ett falskt incitament för personalen att jobba hårdare och bättre bara för att verksamheten kan få 20 miljoner. Hon menar att sjukvården ska klara sig ändå, eftersom hon menar att det finns risk för att det senare visar sig att folk bara pressade produktionen för att det fanns en miljard och inte tänker på kvaliteten.¹⁵⁴

Det finns tre väsentliga domäner som deltar i verksamhetsstyrningen av hälso- och sjukvården. Dessa domäner opererar enligt Kouzes och Mico med motsatta normer, värderingar och principer. Dessutom pekar Anell på den problematik som uppstår när politiker ska balansera mellan potentiella väljares olika åsikter, vilket bekräftas i de två

¹⁵² Intervju Åsa Berling, vårdstrateg Region Skåne, 2009-04-17

¹⁵³ Intervjuer V1-V4

¹⁵⁴ Intervju Pia Lundbom, biträdande sjukhuschef Kristianstad, 2009-04-29

intervjuerna ovan, där Berling och V3 talar om handbroms och förlorade år i verksamheten. Detta är något som rimligtvis påverkar effektiviteten inom verksamheten. Intressant är dock att medan Hallin och Siverbo menar att den politiska styrningen sker på distans, säger V3 att politikerna finns för nära verksamheten. Vad kan detta bero på? En av förklaringarna kan vara den förändrade verksamhetsstyrningen där politikerna vill se resultat medan det tidigare handlade om att lämna ett anslag som verksamheten själva fick ansvara för. Detta kan upplevas som att politikerna närmat sig verksamhetens arbete istället för att agera på avstånd. Vi uppfattade att respondenten med ”för nära” menade ur ett kontrollerande eller negativt perspektiv men vi diskuterade inte frågan närmare och kan därför bara tolka vad respondenten menade. Falk och Nilsson talar om den administrativa ledningens funktion och menar bland annat att ökat marknadstänkande har lett till förändringar som marknads- och koncerntänkande och målstyrning. Region Skåne drivs som en koncern, men enligt Lundboms resonemang tycks det finnas en lång väg kvar innan alla förvaltningar arbetar efter ett marknadstänkande.

När det gäller den professionella styrningen säger Mintzberg att den enskilde individen är mycket styrande i en sådan verksamhet och Anell talar om läkarnas stora inflytande sett ur politisk och administrativ synvinkel och Hallin och Siverbo pekar på kunskapsauktoriteten som en viktig faktor. V3 är tydlig i sin åsikt om att det är bäst att ”sitta still i båten” då denne tror sig veta att det så småningom kommer andra signaler uppifrån som kanske motsäger tidigare beslut. Detta är exempel på problem som kan uppstå i en offentligt finansierad verksamhet med tre beslutande grupper. Men för detta finns ingen enkel lösning, inser vi, då resurser som utgår från skattemedel är begränsad och den svenska demokratin består av perioder om fyra år mellan varje val. I samband med ett marknadstänkande inom hälso- och sjukvården är det viktigt att det anställs personal som har förmågan att införa verksamhetsprocesser som bättre kan möta detta behov. Nutek pekar på den medicinska kompetensens övertag över organisation och management och säger också att en kombination av dessa kan leda till goda resultat för både producent och patient. Vi anser att det är viktigt med förnyelse och människor som kan fungera som broar mellan politikerna, administratörerna och de professionella.

5.1.1 Nya ersättningsmodellen 40/60

Respondenterna menar att det är för tidigt att säga hur Skånes nya ersättningsmodell har påverkat verksamheterna.¹⁵⁵ Berling förklarar att styrmodellen fram till och med 2008 innebar att verksamheten fick 60 procent som fast ersättning och 40 procent i rörlig, det vill säga efter det att uppdraget var utfört. Nu har man vänt på det så att det är tvärtom och det är dels för att stimulera att uppdragen utförs, då det tidigare kunde vara möjligt att klara verksamhetens finansiering på de 60 procenten, men också ett incitament för kunna klara fler uppdrag än de som satts ut.¹⁵⁶ Lundbom berättar om hur den nya ersättningsmodellen har påverkat deras sätt att arbeta, vidare säger hon att det är klart att ledningen följer intäkterna, och planerar intäktsbilden strategiskt. Samtidigt är de medvetna om att detta kan förändras i ett kort tidsperspektiv. Det intressanta är att det endast verkar vara CSK som har förstått möjligheterna med ersättningsmodellen, ”för produktionen går ju ner på de andra ställena”, säger hon.¹⁵⁷

Anderson och Lampou liksom Nilsson, Norén-Winsell och Djärv talar om organisationens kultur och vad som påverkar denna. Deras resonemang visar att det kan finnas ytterligare kulturskillnader i verksamheten utöver det tredelade ledarskapet och detta måste man ta hänsyn till i ett förändringsarbete inom hälso- och sjukvården. Den modell som finns i dag med finansiär, beställare och utförare och som Falk och Nilsson samt Brorström beskriver har lett till en ökat fokus på ekonomi, vilket också kan kopplas till att resurserna inte längre är mer eller mindre obegränsade utan ska kopplas samman med utförda prestationer. Utifrån vår undersökning verkar det dock som om det ekonomiska tänkandet och processutvecklingen ibland står långt ifrån varandra och istället för att förstå helheten och att dessa faktorer är beroende av varandra, koncentrerar man sig i huvudsak på ekonomin.

¹⁵⁵ Intervjuer V1-V4

¹⁵⁶ Intervju Åsa Berling

¹⁵⁷ Intervju Pia Lundbom

5.2 Patienter

5.2.1 Står rätt patient i kön?

Hög tillgänglighet är ett av Region Skånes strategiska mål inom sektorn för vård och hälsa.¹⁵⁸ I intervjuerna frågade vi hur det i respondenternas verksamheter säkerställs att det endast finns ”rätt” patienter i inflödet, för att på det sättet vara säker på att de som står i kö också är de som har verkligt behov av vård. Berling tar upp problematiken kring slentrianmässiga beteenden som ibland leder till att ”fel” patienter hamnar i en vårdkö och menar att det ibland handlar om lathet då läkaren skickar en remiss till nästa vårdinstans och gör patienten nöjd för tillfället, istället för att ta ett svårt beslut och tala om för patienten att det inte finns något mer rent medicinskt att göra.¹⁵⁹ Lundbom menar att säkerställandet ska ske redan i det första mötet mellan läkare och patient för att fungera optimalt men påpekar samtidigt att så inte alltid är fallet och därför är det nödvändigt att ha duktigt folk som kontrollerar systemet och ifrågasätter när något inte ser rätt ut i inflödet.¹⁶⁰

Denna problematik kan jämföras med Dahls och Hasselgrens teorier om vikten av individuellt bemötande men också med Lean där syftet är att identifiera och eliminera faktorerna som inte skapar värde för slutkunden. Ett sätt att minska komplexiteten är att använda Six Sigma och Nutek är inne på samma linje när de menar att det är viktigt att organisera verksamheten så att minimalt resursslöseri uppstår. Redan när en onödig remiss skrivs går det åt onödiga resurser från såväl patient- och verksamhetsperspektiv, vilket vi menar inte gynnar någon. Enbart misstanken om att det oönskade beteendet finns gör att extra resurser sätts in för att kontrollera detta vilket är onödigt utnyttjande av resurser. En ”onödig remiss” kan också leda till fler klagomål från patienterna eftersom de förväntar sig att få sina problem åtgärdade med god kvalitet när det kanske inte är medicinskt möjligt. Ytterligare ett problem är att tillgängligheten för samtliga försämras då alla initialt hamnar i samma kö.

För att säkerställa att rätt patienter står i kön har några av verksamheterna telefonrådgivning för att där kunna sortera patienterna rätt. Alla verksamheterna ingår också i ett samarbete som

¹⁵⁸ Revisionsrapport nr 27, 2008. s. 7

¹⁵⁹ Intervju Åsa Berling

¹⁶⁰ Intervju Pia Lundbom

kallas SPESAK¹⁶¹, vilket kan liknas vid ett nätverk, där alla kliniker inom samma specialismråde i Skåne träffas på uppdrag av regionledningen. Deras uppdrag är att likrikta vården och på detta sätt se till att patienterna får samma information och hjälp oavsett var någonstans i Skåne de vänder sig.¹⁶² Under arbetets gång har vi förstått att verksamheterna anser att SPESAK är ett positivt och användbart samarbete och det kan liknas med ett teamarbete inom nätverket. SPESAK tycks vara ett bra sätt att implementera strategier i verksamheterna samtidigt som gruppens sammansättning bidrar till fler synsätt och kunskaper. Även Anell pekar på fördelar med kunskapsöverföring mellan kollegor. Ett liknande sätt att utnyttja gruppens kompetens är använda sig av ”det bästa av det bästa-analysen” som kan jämföras med intern benchmarking. Ohno menar att det är en fördel att använda sig av personalens kompetens men att man dock ska vara uppmärksam på att arbetssättet kräver tydlig kommunikation eftersom kunskapen annars kan ses som ett hot mot olika chefer och detta har vi sett hos V3. Denne berättade om ett gott samarbete inom SPESAK, men talade om att chefer högre upp i linjeorganisationen tyckte uppleva dessa som ett hot, då gruppen mer verkade som en matrisorganisation och därmed riskerade verksamheten få en decentraliserad form av makt, vilket inte tycktes önskvärt uppfifrån.¹⁶³

Detta visar på ett beteende på ledningsnivå där det verkar vara viktigare att känna full kontroll i stället för att se till helhetens bästa och därmed uppmuntra till förbättringar i verksamheten. Det står därmed i strid mot Hallin och Siverbo när de skriver att läkarnas kunskap bidrar till verksamhetens utveckling vilket i detta fall inte uppmuntrades, men bekräftar Anells resonemang om strukturer och formella ramar som växer upp under ytan.

5.2.2 Frivilligt eller ofrivilligt väntande?

Regeringens utlovade kö-miljard till de landsting som visar goda tillgänglighetssiffror där vårdgarantin uppfylls har lett till ett intensivt arbete med att revidera i de köer som finns. Berling berättar att verksamheten måste se till att väntelistorna är aktuella. Detta sker bland annat genom att informera patienterna om deras rättigheter och valmöjligheter gällande vårdgarantin och därigenom utkristalliseras två grupper väntande, de som efter vårdgarantins tidsramar kallas ”frivilligt väntande” och de som åberopar vårdgarantin. V3 bekräftar att det

¹⁶¹ ”Specialist sakkunniga”, rådgivande grupper till Hälso- och Sjukvårdsledningen i Region Skåne

¹⁶² Intervjuer V1-V4

¹⁶³ *ibid.*

med anledning av kö-miljarden blivit starkt fokus på vårdgarantin och menar att det inte går att undgå att arbeta med detta varje dag.¹⁶⁴ Det måste också säkerställas att det som rapporteras som kötid längre än 90 dagar i den nationella databasen endast omfattar de *ofrivilligt* väntande patienterna. Berling visade oss siffror som visade att denna revision gav stor utdelning, då det uppstod en klar minskning av antalet köande under det första kvartalet 2009, från att ha haft fler än 12 200 väntande i februari, så blev det i mars färre än 7 500.¹⁶⁵ Några av dessa patienter kan ha tillhört dem som enligt V1 menar ”helgarderar sig” och som söker vård på flera ställen eller sådana som har fått ”onödiga remisser” av en eller annan anledning. Det gör att minskningen av antalet vårdbehövande på pappret är större än i verkligheten.

Väntans negativa effekter bekräftar Ohno i sin teori om slöserier. De som står i kö utan att det finns ett behov visar att Shingos pokayoke är viktig och att ett gemensamt larmsystem inom hälso- och sjukvården skulle vara bra, exempelvis i fall med helgarderande patienter. Detta är dock svårt ur såväl integritetssynpunkt som det faktum att hantering sker både manuellt och automatiskt.

5.3 Produktionsplanering

5.3.1 Uppdragen

V1 och V2 säger att de planerar sin verksamhet utifrån sina uppdrag och V2 berättar att de varje månad stämmer av hur mycket back de är inom olika områden. Respondenten berättar också att de själva får plocka fram statistik som visar hur de ligger till i produktionen och hur mycket de ska hinna med varje månad för att klara uppdragen. Vidare förklarar respondenten att personalbrist har gjort att de några gånger tvingats dra ner antalet operationer vilket i sin tur lett till att de just nu valt att ta in stafettläkare¹⁶⁶. Eftersom dessa inom verksamheten inte ägnar sig åt något pappersarbete så används deras tid effektivt, menar intervjupersonen.

Att inte se framåt utan endast bakåt går helt emot vad Borg menar vara det bästa sättet för att nå verksamhetens mål. I jämförelse med de andra verksamheterna verkar inte V2 ha tydliga

¹⁶⁴ Intervjuer V1-V4

¹⁶⁵ Intervju Åsa Berling, siffrorna avser väntande ”de första 90 dagarna”

¹⁶⁶ Tillfälligt anställd läkare som tas in för att fylla vakanser

mål vilket enligt flera författare skulle vara en nackdel eftersom de anser att produktiviteten höjs när det finns klara mål samtidigt som de också menar att personal anser det vara positivt att arbeta mot mål. Utifrån V2:s information upplever vi att respondenten känner ett bristande stöd uppifrån och denna problematik om chefers mellanpositioner talar Alvesson om. Vi anser att det är rimligt att anta att respondentens agerande påverkas av detta. Om de slapp att ta fram produktionsstatistiken själva och istället fick den serverad, som i exemplet *Produktionsplanering á la CSK* längre fram, kanske verksamheten hade känt större stöd från ledningen vilket i sin tur kan leda till mer inspiration och engagemang hos personalen. Det kan ge verksamheten större förutsättningar att klara sina uppdragsmål, vilket de inte gör i dagsläget. Något som framkommer i intervjuerna är att verksamheterna beräknar årsproduktionen olika. Från CSK:s 38 veckor, till V1 42 veckor och där emellan V4 40 veckor.¹⁶⁷ Det innebär att den ena verksamheten har fyra veckor ”mer” än en annan och därmed tror vi har större marginal för att klara sin årsproduktion. Med detta menar vi att den verksamhet som planerar för 38 veckor har bättre förutsättningar att hämta upp ett eventuellt produktionsunderskott innan året är slut än den som planerat för 42 veckor. Detta påverkar också möjligheten att få fler uppdrag och därmed ökade intäkter.

5.3.2 Fördelning av resurser

Personalsituationen ser olika ut hos verksamheterna. V1 och V2 har stor brist på både sjuksköterskor och läkare och det är svårt att rekrytera ny personal samt få vikarier. V2 har för tillfället 25 procent vakanta läkartjänster och menar att det inte är något annat att göra än att gå till jobbet och ta en patient åt gången. De har också läkare under specialistutbildning (ST) och kliniken avsätter en stor del till handledning i början för att kunna stötta dem när de är helt nya. Intervjupersonen menar att ST-läkarna är duktiga och att arbetet kommer ge resultat senare men att det just nu är ytterligare en belastning för verksamheten.

Etzionis definition på en organisation tydliggör fenomenet att det sker förändringar inom en organisation och Hallin och Siverbo menar att samarbetet inom den förändras efter hand som organisationen gör det. V1 och V2 dilemma med personalbrist tycks i detta fall dock inte lett till ett förändrat arbetssätt eller några andra förändringar och det tror vi kan vara ogynnsamt för dess framtid. Vi kan jämföra detta med avsnittet *Små förändringar – stora resultat* där V4

¹⁶⁷ Intervjuer V1-V4

ändrade arbetssätt och uppmärksammade de problem som bidrog till tröghet i det dagliga arbetet och därmed vände en negativ trend till en positiv.

V3 påtalar att det av och till finns brist på specialister, vilket gör att det är känsligt när någon slutar. Även de har många ST-läkare och ser det som ett bra sätt att underlätta för sig gällande rekrytering och utbildning. Respondenten menar att efter den första tidens upplärningsfas är ST-läkarna sedan ute i produktionen inom de basala verksamheterna.¹⁶⁸

Det stämmer överens med teorierna om teamarbete där ett team har stor potential att fungera som en lärande organisation. De olika synsätten angående ST-läkarna ovan tyder på olika kulturer som kan ha betydelse efter utbildningens slut då viljan att fortsätta arbeta inom organisationen kan påverkas av känslan att ha varit en tillgång eller belastning för verksamheten. På grund av den personalbrist som råder tror vi att verksamheterna har stor fördel om de engagerar sig i att knyta ST-läkarna till sig och försöka bli en attraktiv arbetsplats.

Hos V4 har det tidigare varit problem med uteblivna patienter, då 25 procent ur en viss patientkategori uteblev. Detta ledde till ett ändrat arbetssätt, vilket innebär att de nu skickar brev till patienten med en uppmaning om att ringa mottagningen och i samråd boka in en tid som passar. De har också börjat skicka SMS-påminnelser till patienterna.

Nutek menar att produktivetsförbättring handlar om systemfrågor, organisation, vårdprocesser, styrning, ledning och samverkan och exemplet ovan anser vi talar för att det även fungerar i mindre skala, då V4 endast gjorde små förändringar.

5.3.4 Produktionsplanering á la CSK

Pia Lundbom är biträdande sjukhuschef i Kristianstad sedan två år, efter att tidigare ha varit utvecklingschef för sjukhuset sedan 2005.¹⁶⁹ Det ekonomiska resultatet för sjukhuset i Kristianstad får anses vara bra, år 2008 blev det 49,9 miljoner minus, men det ska ses i förhållandet till att sjukhuset hade ”godkänt” att få minus 66 miljoner i resultat.¹⁷⁰ Hon kom

¹⁶⁸ *ibid.*

¹⁶⁹ Intervju Pia Lundbom

¹⁷⁰ Ur ledarartikel i *Vi på CSK* nr 1 2009

till sjukhuset med kunskaper och idéer om att införa ett arbetssätt med processer och kvalitetsutveckling, vilket hon arbetat som konsult med tidigare. Hon anser att arbete i projektform är en bra form och att de som blir berörda ska vara med i dessa projekt, för ”jag tror aldrig på att ledningen ska styra, om inte verksamheten vet varför vi styr och är med”¹⁷¹ och säger också att management by walking är ett bra sätt att få reda på vad som händer ute i verksamheten. Tillsammans med sjukhuschefen och ekonomichefen arbetar hon med produktionsplanering, uppföljning och dialog. Varje år identifieras riskverksamheter som kan vara att man inte håller budget, har problem med rekrytering eller kompetens eller inte klarar sina uppdrag. Lundbom anser att det mest effektiva i ledarskapet är kommunikation, vilket visar sig i regelbundna möten med verksamhetsledningarna. Det är hennes uppdrag att se till att de har uppföljningssiffror så att de kan diskutera varför verksamheten har dessa problem, säger hon och menar att det inte är meningen att de ska sitta på verksamhetsnivån och ta fram de siffror som redan finns på ledningsnivån.¹⁷²

När Region Skåne började tilldela sjukhusen volymer 2006 kände hon att det var något som var jämförbart med hur man gjorde i den privata verksamheten. Det var svårt att tro att någon i Regionen skulle kunna se hur mycket som skulle göras, men det är väldigt statistiskt och det är inte alls någon variation mellan akut och planerad verksamhet. ”Det brukar man skylla på hela tiden, men det existerar inte, det styr man själv” säger Lundbom. Arbetet lades upp så att de tre verksamhetschefer som hade opererande verksamhet tillsammans med anestesikliniken fick ut ett förslag på årsproduktion, som visade på hur man skulle kunna göra ”om man vill ha en bra verksamhet och nå slutresultatet” och det stöd som utlovades från hennes sida var att varje månad ge dem deras siffror, ”det här har ni gjort och så ser det ut den månaden”, vilket vi började med jättetidigt, men det är fortfarande så att alla sjukhus inte jobbar på detta viset., säger hon. Det har också lett till att vi blivit rätt tigha och vi styr om uppdrag. Visar det sig att kvinnokliniken har gjort sina volymer kan kirurgen få några salar istället och sedan tänker vi till igen. Detta ledde till en 30 % ökning på dagkirurgin utan några ytterligare resurser. ”Jag tror inte på resurser”, säger Lundbom, ”man ska ha de resurser man behöver, men det är inte de som löser problem, det handlar om arbetssätt.” Dialogen mellan sjukhusledningen och verksamheten gör också att det blir möjligt för personalen att få ett resultat på vad man gjort,

¹⁷¹ Intervju Pia Lundbom

¹⁷² *ibid.*

det är ett sammelsurium att gå omkring och inte veta om det man gjort är bra eller dåligt. Hon menar också att de har varit framgångsrika i dialogen med Regionen om operationsuppdrag, genom att kunna ta fler sådana, men säger också att de valt att ta bort en stor post som de ansåg att det inte hade god kvalitet på vilket hon anser vara sin och sjukhuschefens skyldighet. ”Vår uppdragsgivare är Regionen, men till största delen kunden och kan vi inte leverera den kvaliteten ska vi inte göra det. Det finns annat man kan göra, men man ska inte göra det man inte är bra på, då får man tänka till: hur ska det bli bra?” fortsätter hon.¹⁷³

Sedan 2009 har man också infört ett nytt arbetssätt, vilket inleddes med ”bräck-veckor” i mars. Bakgrunden var en stor kö för ljumskbräck och trots många operationer så minskade inte kön nämnvärt. Det innebär att det är samma personal som jobbar en hel vecka, både på operation, narkos och kirurg. Kravet från Lundbom var att det skulle utföras 24 stycken operationer under veckan, då skulle 180 stycken vara avklarade till sommaren och kön därmed i stort sett försvinna. Hon sa: ”jag bryr mig inte om när ni gör dessa 24 operationer, men ni ska göra dem i team och när ni är klara går ni hem.” Några extra pengar utlovades inte, däremot skulle personalen kunna få tid. Det fanns ett visst motstånd, så det här gick inte att bestämma i samförstånd, utan det ”fick pressas in”, säger Lundbom, men menar att det blev otroligt bra. Under sådana här veckor ändras arbetssättet så att resultatet blir att man gör dubbelt så mycket. Personalen lämnar inte operationssalen och bytena mellan patienterna är så korta som möjligt, bara 7-8 minuter. Det innebär att de bara finns där och gör samma sak hela tiden och en ny och ung ST-läkare får en fantastisk träning, på onsdagen kan man operera bräck då denne gör 7-8 stycken varje dag, berättar hon. Tanken är ett ”standardiserat arbetssätt, göra samma sak, bli duktig, höja produktionen.” Det är för att visa att ett nytt arbetssätt är bra, det ger också möjlighet att göra så när vi får andra köer, fortsätter hon. Om det uppstår kö på kvinnokliniken, så kan detta införas även där. Det kommer från den erfarenhet som finns från den privata sjukvården, där fokuserar man på det man gör, menar hon och berättar att en privat entreprenad opererade fetmapatienter under 7 veckor i höstas och då gjorde 150 stycken operationer där teamen jobbade på samma sätt som nu gjorts på sjukhuset och menade att ett skäl att ta in dem var att ”lära oss detta och sen tvinga in det, för det var ju det vi fick göra. Och nu kan vi fortsätta, det kanske är prostata om ett par veckor. Men det var segt, segt och bråkigt”.

¹⁷³ ibid.

Genom denna variant av benchmarking vände man sig mot den privata marknaden för att lära sig av deras arbetssätt. Det ledde så småningom till att man även inom organisationen började snegla på varandra, vilket för oss tillbaka till resonemanget om OPE och ”det bästa av det bästa-analysen”. Dessutom visar berättelsen ovan på flera fördelar med att arbeta i team, så som ökat lärande och kunskapsspridning inom organisationen. Vår uppfattning är också att arbetssättet har lett till större delaktighet och engagemang bland medarbetarna, då de nu får snabb feedback på sin produktion. Exemplet visar också på en verksamhet som hela tiden har viljan att bli bättre och inför därför arbetssätt i organisationen som leder till förbättring i produktivitet, effektivitet och kvalitet.

5.4 Processer

Som vi tidigare nämnt ingick det inte i planerna för uppsatsen att ha med en deltagande observation men något inträffade som gjorde att planerna förändrades och vi valde att ta med vår deltagande observation i arbetet.

5.4.1 En avvikelse i arbetet

Plötsligt hände något som gjorde måndagsförmiddagen mindre vardaglig. Jag hämtades av ambulans och blev körd till akuten på ett av Skånes sjukhus. När jag så småningom kom upp på avdelningen placerades jag på grund av platsbrist i ett förvaringsrum, men fick senare ett eget rum. Under eftermiddagen blev jag undersökt av många olika personer. Jag låg inne i 3,5 dag och fick vara med om mycket som, med universitetsglasögonen på, fick mig att ifrågasätta arbetssätt och metoder.¹⁷⁴

En morgon tog en sköterska blodprover på mig och några minuter senare kom en annan och ville göra samma sak, vilket gjorde att jag som patient undrade över deras interna kommunikation. Vid ett annat tillfälle skulle en sjuksköterska sätta i en kanyl. Jag hade redan en i vänster arm, vilket gjorde att hon valde höger att placera den nya i. Sköterskan svor rakt ut och berättade att hon spräckt blodkärlet. Vidare sa hon att nålen var så grov och stor så att hon inte visste riktigt hur hon skulle få in den i min arm. Min första tanke var något ironiskt ”tack för den informationen, nu känner jag mig mycket lugnare” och kände att jag hade

¹⁷⁴ Observation

kunnat klara mig utan den informationen. Vid ytterligare ett tillfälle berättade en sköterska som skulle ta prover på mig att hon inte gjort det på länge och hoppades att hon skulle minnas rätt så att det inte blev fel.¹⁷⁵

När jag frågade personalen om de hittat vad som var fel, visste ingen, men berättade vad läkarna hade för hypoteser och menade att det bästa var att fråga läkaren dagen därpå för att få fullständig information eftersom denne då också hade svaren på röntgen och annat. Nästa dag dök inte läkaren upp förrän senare på kvällen, då denne kom inrusande med telefonen i hand och verkade väldigt stressad. Läkaren lämnade kortfattad information om mitt hälsotillstånd och ville göra en magnetröntgen dagen därpå. När läkaren gått satt jag i sängen och undrade vad läkaren egentligen sagt. Informationen var väldigt knapp och jag blev nästan mer förvirrad av den.

Jag fick tid för röntgen på eftermiddagen, men tiden ändrades plötsligt då de hade fått en lucka på förmiddagen. Efter röntgen följde ytterligare flera timmars väntan på svar eftersom läkaren inte fått besked om att tiden för undersökningen var tidigarelagd. Besked fick därför vänta till dagen därpå och jag fick permission över natten. Nästa dag återkom jag på avtalad tid och läkaren sa då att jag skulle på ytterligare en röntgenundersökning senare samma eftermiddag. När jag är på väg ut kommer en sköterska springande och berättar att eftersom jag inte tål bistic så kan inte kontrastvätska användas vid röntgen om jag inte ätit kortison i några dagar i förväg och av den anledningen kan jag inte röntgas samma eftermiddag utan ska återkomma efter helgen istället. Jag frågade läkaren hur jag skulle dosera och denne svarade att jag skulle få den informationen på apoteket. Väl på apoteket berättade farmaceuten hur mycket medicin jag skulle ta men hon visste naturligtvis inte när jag skulle börja äta dem. På ordinationen stod nämligen ”ta 10 tabletter om dagen fram till och med 2009-05-xx”, men ingen startdag. Detta gjorde att jag fick ringa tillbaka till avdelningen, söka två personer och fråga vad de trodde.¹⁷⁶

Hela denna berättelse visar på en motsats till det som Dahl och Hasselgren pekar på som viktigt, nämligen vikten av att få en överblick över alla aktiviteter kring en patient. Hinckley

¹⁷⁵ *ibid.*

¹⁷⁶ *ibid.*

säger att det finns olika sätt att möta problem i serviceprocessen. I mötet ovan mellan patient och personal lyckades serviceutförarna inte att förmedla förtroende eftersom det tycktes sakna intern kommunikation, tekniska kunskaper och social kompetens. Ett exempel på Ohnos *överproduktion* skulle kunna vara de fyra röntgenundersökningar som patienten genomgick, där åtminstone den sista hade kunnat undvikas om kontrastvätska använts vid det första magnetrontgentillfället. Ett annat slöseri, *väntan*, innebar ökade ledtider som om tidsresurserna utnyttjats bättre kunnat leda till kortare vårdtid på sjukhuset och därmed besparingar av olika slag. Ytterligare ett slöseri är *defekter* och även här finns flera exempel i berättelsen. Ett fel var när otydligheter kring den sista röntgenundersökningen så när gjorde att patienten utsattes för ett medicinskt misstag, ett annat när det saknades fullständiga doseringsföreskrifter på läkemedlet. Det är samtidigt ett exempel på ”nästan-misstag” enligt pokayoke.

Slutligen tror vi att den bristande kommunikationen personal emellan och mellan personal och patient leder till ineffektiv resursanvändning som drabbar båda parter, men också riskerar att drabba patientsäkerheten när arbetsuppgifter som redan är utförda görs igen. Ur kvalitetssynpunkt menar Rombach att det finns olika faktorer som spelar in, en av dessa är mötet med patienten. I exemplet ovan brast detta och därför upplevdes inte heller kvalitet för patienten.

5.4.2 Små förändringar – stora resultat

V4 insåg för fyra år sedan att de precis klarade vårdgarantin på tre månader, men att detta skedde på bekostnad av en annan patientgrupp som därmed inte kunde komma till mottagningen i rätt tid. Då bestämde man sig för att förändra arbetssättet inom verksamheten, vilket har inneburit massor av små förändringar. Det centrala i detta var att personalen som arbetar med patientkontakt tillfrågades om vad det var som de upplevde inte fungerade och vad som kunde effektiviseras i verksamheten. Genom att ta bort onödiga moment, som exempelvis att sjuksköterskorna fick sitta och svara i telefon för att läkarna inte lämnat provsvar, effektiviserades verksamheten, vilket har resulterat i att de sedan 2008 inte har någon kö, utan med en veckas varsel kan ta emot inremitterade patienter. Denna respondent menar att *Flödesmodellen*¹⁷⁷ är ett hjälpmedel och anser att de på grund av den har bättre koll

¹⁷⁷ Verktyg att följa patientprocessen i vården

än tidigare och kan agera snabbare eftersom de tydligt ser om något annorlunda händer, exempelvis om en vårdcentral börjar skicka väldigt många remisser eller om det blir en plötslig ökning på en viss medicinsk indikation. Intervjupersonen berättar också att det är inflödet av patienter som styr hur bemanningen sker. Under januari till april är det infektionssäsong, vilket leder både till ökat patientinflöde och personalfrånvaro och detta leder till att verksamheten under denna period är på pappret överbemannad, för att på detta sätt samtidigt klara av det ökade inflödet och personalbrist. ¹⁷⁸

Detta är ett exempel på när Lean fungerar inom en serviceorganisation. Genom att göra små förändringar i arbetssättet lyckades intervjupersonen höja sin enhets effektivitet och därmed mer eller mindre eliminera sin vårdkö. På detta sätt skapas också värde för patienten då tillgängligheten till vården ökar då inremitterade patienter kan tas emot med kort varsel. ¹⁷⁹ Att verksamheten frågade personalen om vad som behövde ändras är ett exempel som Nutek menar ökar förbättringsmöjligheterna då det kommer förankras nedifrån och upp i organisationen.

Något man måste ta hänsyn till i vårdprocessen är alla dess beståndsdelar som är beroende av varandra. I vår undersökning hade V2, V3 och V4 akutsjukvård vilket gör att denna måste planeras i första hand och detta menar V3 kräver mycket tid och kraft på bemanning men är ett måste. Detta då de akutinlagda patienterna annars kommer att konsumera ännu fler vårdtillfällen/vård dagar och då finns inte plats för den planerade verksamheten. Respondenten menar att det är eftervården som är en trång sektor i dennes produktion. ¹⁸⁰

Ovanstående exempel kan alla kopplas till Dahl och Hasselgrens resonemang om vårdkedjan och Nutek menar att patienten blir nöjd först om alla momenten i processen tillsammans upplevs som snabba och effektiva, inte var och en för sig. En problematik är dock att det sällan endast är en aktör i vårdkedjan. Då vårdkedjan är en komplex process menar vi att de inblandade måste ha ett fågelperspektiv och försöka se till helhetens bästa, men också se sin egen påverkan på denna helhet. Det går inte enbart att se inåt i sin organisation utan det är nödvändigt att ha ett utåtriktat perspektiv för att se den egna verksamhetens brister och

¹⁷⁸ Intervjuer V1-V4

¹⁷⁹ *ibid.*

¹⁸⁰ *ibid.*

förtjänster och kunna jämföra sig med andra. I avsnittet nedan redovisas ett gott exempel på hur man genom ett Lean-tänkande och sunt förnuft lyckats korta ner vårdtiden för höftfrakturpatienter med två dygn.

5.4.3 Sunt förnuft på ortopedern

”Höftfrakturer utgör den grupp av alla typer av kirurgiska sjukdomar, som konsumerar mest vård genom hela vårdkedjan”¹⁸¹ och dessa kostar, inklusive rehabilitering, ”2,3 miljarder årligen i Sverige.”¹⁸² Uppgifterna kommer från RIKSHÖFT, det nationella kvalitetsregistret för höftfrakturpatienter och deras behandling. På Lunds universitetssjukhus har sjuksköterskan Ami Hommel forskat på omhändertagandet av höftfrakturpatienter och i sin avhandling kunde hon visa att patienter som inte opererades inom 24 timmar hade två dagars längre vårdtid. Även i de fall patienten var medicinskt frisk men inte blev opererad inom ett dygn på grund av det man kallar administrativa förseningar, exempelvis genom att det saknas narkosläkare och man därför inte kan operera, hade dessa patienter en högre dödlighet efter fyra månader.¹⁸³

Tidigare var det så att patienterna kom till akutmottagningen och blev liggandes där några timmar innan läkaren kom och skrev en remiss till röntgen. Efter det att de röntgats blev de nedskickade till akuten igen och efter konstaterande om att det rörde sig om en höftfraktur kunde de få ligga kvar på akuten i sammanlagt 7-8 timmar, eftersom det fanns andra patienter med högre prioritet som gick före. Många gånger hade dessa patienter väldigt ont efter det att de kom ner från röntgenavdelningen¹⁸⁴ Den nya behandling som infördes skedde i flera steg. Man inledde med ett förbättrat omhändertagande redan i ambulansen genom att personalen gav dropp, syrgas och smärtlindring. Sedan satte man också in näringsdrycker i det postoperativa förloppet. Många patienter som kommer in har urinvägsinfektion och det är därför de ramlar, de blir lite snurriga och oftast har de ätit och druckit dåligt under några dagar innan de kommer in. När de sedan kom in på akuten skulle en sjuksköterska titta på dem inom fem minuter och en läkare inom 30 minuter och skriva in patienten så att de kunde

¹⁸¹ http://www.rikshoft.se/se/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=27 läst 2009-05-07

¹⁸² *ibid.*

¹⁸³ Intervju med Ami Hommel 2009-04-27

¹⁸⁴ *ibid.*

komma upp på röntgen direkt och sedan direkt till vårdavdelning. ”Där tog vi bort flera timmars väntan för patienten”, säger Hommel.¹⁸⁵

Det som nu ytterligare har utvecklats i omhändertagandet är att ambulanspersonalen även tar EKG och blodprover på väg in till sjukhuset och patienten kommer inte in via akuten, utan ambulansen larmar in och tar patienten direkt upp på röntgen och sedan till vårdavdelningen. Patienten läggs heller nästan aldrig in på någon annan klinik, utan blir överbeläggningspatienter på ortopedien. Hommels avhandling visade också att patienter som lades på andra kliniker än ortopedien fick längre vårdtid och mer komplikationer.¹⁸⁶

Leanarbetet inleddes med en stor kartläggning över hur processerna såg ut, det var ett 18-sidigt Excelark där alla aktiviteter registrerades. Där konstaterades att det var röntgen som var den egentliga flaskhalsen med väntan att få komma dit och sedan väntan på svar. Ortopedläkarna var också lite motsträviga i början och ville ha tillbaka patienten till akuten för att läkaren där skulle kunna berätta för patienten om frakturen, men som Hommel säger: ”Jag har jobbat här sedan 1976 och har inte träffat en enda patient som varit intresserad av att veta vilka av de här sex ställen på höftleden som är bruten” – efteråt vill de veta hur de bröt sig och hur de opererades, men inte innan. Hur löstes då arbetet med flaskhalsen röntgen? Man lämnade mycket information om hur bra det var för patienten med ett snabbt omhändertagande, men de fick också fler resurser i och med att ambulanspersonalen följer med patienten upp till röntgen. Patienten är smärtstillad och det är tre eller fyra stycken som lyfter, tidigare var dessa patienter ofta nerkissade efter lång väntan på akuten och smärtan gjorde att de kunde klösa efter personalen. Många är förvirrade och dementa i denna patientgrupp och en sådan här händelse är förskräckligt förvirrande för dem.¹⁸⁷

Detta arbetssätt kommer under 2009 att införas på alla de sjukhus i Skåne som tar emot denna kategori av patienter. Hommel säger så här om Lean: ”I dag heter väldigt mycket Lean. Jag skulle vilja kalla det sunt förnuft eller att man tar bort alla onödiga moment.” Det har lett till att höftfrakturpatienterna har fått fokus och bara genom att kalla det för Leanprojekt så har det fått ett jätteuppsving. Hade jag i stället sagt att ”jag skulle vilja göra ytterligare förbättringar

¹⁸⁵ ibid.

¹⁸⁶ ibid.

¹⁸⁷ ibid.

och att det inte var ett Leanprojekt, då hade det varit mycket svårare.” Hon avslutar med: ”Tar vi bort alla onödiga moment så får vi plats på akuten till fler patienter.”¹⁸⁸

Använder vi oss av OPE i detta fall bör talet att närma sig 1,0, eftersom man lyckats eliminera förluster, i jämförelse mot patientobservationen, där samtliga OPE-element visade brister. Då detta arbetssätt sätter både kunden och serviceutföraren i centrum är det jämförbart med diskussionen om komplexitet inom kvalitetsförbättringar. Att göra rätt saker från början varje gång är också exempel på vad Rönnberg menar är kvalitet inom hälso- och sjukvården och pekar också på vikten att kvalitetssäkra sitt arbete. Det är också ett exempel på hur värde skapas av insatta resurser, som enligt Nutek är ett kvalitetsmått. Vi anser att Lean för höftfrakturpatienterna innebar både en ökad vårdkvalitet i form av snabbt, säkert och smärtfritt omhändertagande samt en ekonomisk vinst för vårdgivaren, då vårdtiden blivit kortare. Exemplet visar på svårigheter inom organisationen där olika grupper och kulturer ska samarbeta, vilket var svårt då läkarna är en auktoritet och från början visade misstro. Det är som Anell påpekar att det mesta av makten och inflytandet finns hos läkarna inom hälso- och sjukvården och att annan personals kunskap kan verka mindre betydelsefull. Ett motsatsexempel på detta är den verksamhet som vi tidigare nämnt där den patientnära personalen var högst delaktig i förändringsarbetet och detta visar att det finns andra synsätt även i den värld som styrs av läkare.

5.5 Styrning i verksamheten

5.5.1 Hur sätts målen upp?

Region Skåne har en balanserad styrning av verksamheten ur medborgar-, verksamhets-, medarbetar- och ekonomiperspektiv. På grund av den ekonomiska situationen låg tyngdpunkten 2008 på ekonomiperspektivet.¹⁸⁹ Sjukhusen i Skåne arbetar med olika styrmodeller för att klara de mål Region Skåne sätter upp.¹⁹⁰ I hälften av verksamheterna som vi intervjuat använder man sig av balanserat styrkort, den andra hälften har andra

¹⁸⁸ *ibid.*

¹⁸⁹ Revisionsrapport nr 25, s. 7

¹⁹⁰ *ibid.* s. 9

styrmodeller, dock finns det åtminstone i en av dem samma perspektiv som mäts i styrkortet.¹⁹¹

Vi är medvetna om att svaren på våra frågor gällande styrmodellen också till viss del kan bero på hur stor påverkan intervjupersonen själv känner att denne har över verksamhetens styrning och planering.

V1 säger att det ständigt talas om ekonomi och sparbetning, men att det minskat något nu, även om andan är att de måste fortsätta på samma sätt som tidigare. V2 menar att det i dennes verksamhet är enormt ekonomifokuserat, vilket bland annat visar sig genom att det görs vakansprövningar. En tredje respondent, V3, menar att sjukhusledningen och regionen fokuserar väldigt olika över ett år och kortare perioder, vilket kan leda till att man ena stunden är helt inriktad på produktion, ”gasa” och nästa månad hamnar fokus på ekonomin och då ser man att det kostar pengar att producera, ”bromsa”. När man sedan flyttar över till kundperspektivet ser man att tillgängligheten blir bedrövlig, då måste det produceras igen. Vår intervjuperson kallar det för ”gasa-bromsa syndromet”. Intervjupersonen säger också att ekonomiperspektivet är en grundförutsättning eller överordnat, beroende på hur man ser det, eftersom en ekonomi i balans krävs för att de andra perspektiven ska fungera. Finns inte pengar ”kan vi inte producera, då kan vi inte ha en bra arbetsmiljö, kunderna är missnöjda och vi kan inte bedriva forskning och utveckling”. Det är lätt att räkna i plus och minus, men att mäta och se vad man får för pengarna är oerhört svårt.¹⁹²

I revisionsrapport nr 25 2008 undersöks vilka åtgärder som ska vidtas för att styrmodellen ska främja produktivitet och kvalitet och vilka skillnader i redovisning som finns mellan organisatoriska enheter inom området vård och hälsa. Man menar att det finns för många mål och uppdrag.¹⁹³ Lundbom menar att ”det som inte kan mätas ska inte stå där” och menar att kritiken är, att det för stort och önskar att man kunde minimera det. Egentligen, menar Lundbom, skulle sjukhusets balanserade styrkort kunnat se ut så här: ”vi ska ge rätt vård till våra nöjda patienter, vi ska ha glada medarbetare som ger en vård med kvalitet med rätt ekonomi.” Hon fortsätter och säger att ”det är väldigt svårt att inte ha med nöjda och korrekt

¹⁹¹ Intervjuer V1-V4

¹⁹² ibid.

¹⁹³ Revisionsrapport nr 25

behandlade patienter” som målsättning.¹⁹⁴ När det gäller processer, så finns det egentligen bara två strategiska mål för det, ”rätt vård vid rätt tidpunkt, varje gång för varje patient”. Till det kommer att CSK vill uppnå ett ledande resultat jämfört med andra jämförbara sjukhus och då är, säger Lundbom, ”våra framgångsfaktorer tydliga prioriteringar från sjukhusledningen”.¹⁹⁵ V3 säger så här om det balanserade styrkortet: Det som finns på sjukhusnivå är ganska diffust och man har helt tappat bort grundprincipen, ”det står faktiskt kort, styrkort”, men snart är det en bok, blir det för stort är det ingen som bryr sig. V2 menar att målen sätts från ledningen och att vissa är enkla att mäta, medan det i andra fall är svårt att veta hur man ska arbeta för att komma fram till målen. V4 berättar också att det finns 30 mål för kliniken, vilket är alldeles för många, då det är svårt att kommunicera ut och få personalen att greppa om. Varje yrkeskategori eller avdelning har därför var sitt mål, vilket gör det lättare att ta till sig. Målen är också satta tillsammans med personalen och i och med att de känner igen sig i målen är det lättare att kommunicera dem och arbeta med dem. Exempel på mål är att antalet förbättringsförslag ska vara lika många som antalet anställda eller behålla avdelningens låga sjukskrivningstal vilka är enkla att mäta. Andra kan vara att behålla vårt bemanningsmål av läkare och då kan det handla mer om uppskattning om att man når målet.¹⁹⁶

Rombach med flera menar att produktiviteten höjs när det finns klara mål uppställda och att människor känner mer engagemang och att det känns meningsfullt att arbeta när det finns klara mål att arbeta mot. Ericsson, Hallin och Kastberg menar att det finns olika betydelser och värderingar hos olika individer och grupper inom en organisation när det gäller strategier och visioner. Rombach sammanställning visar att det finns problem att sätta klara och tydliga mål inom den offentliga sektorn och menar också att det inte är självklart att målstyrning stöds av ledarna inom en sådan organisation. Om en verksamhet har beslutat att använda sig av målstyrning anser vi att det är väldigt viktigt att det också genomförs i hela organisationen och att cheferna stöder detta, annars uppstår oklarheter och verktyget blir bara tidskrävande. V2 är den verksamhet som menade att det var stort ekonomiskt fokus vilket tycks vara påfrestande för dem samtidigt som verksamheten inte tycks ha några tydliga mål. Detta anser vi står i motsatsförhållande då det ansträngda ekonomiska läget gör att det är desto viktigare

¹⁹⁴ Intervju Pia Lundbom

¹⁹⁵ ibid.

¹⁹⁶ Intervjuer V1-V4

att ha specifika och mätbara mål med noggrann uppföljning. Vi anser också att det är viktigt att alla känner till vilka mål som organisationen har och oavsett hur dessa värderas eller prioriteras av individen är det viktigt att alla arbetar för att nå dem.

5.6.2 Hur mäts måluppfyllnad och kvalitet?

Lundbom säger att det enligt regiondirektören finns två prioriteter, nämligen ekonomi och kvalitet och att de har lika hög prioritet. Hon menar också att man inte kan ha en bra budget om man levererar en dålig vård, ”komplikationer kostar tid, för långa vårdtider kostar tid, missnöjda patienter kostar tid och patienter i kö kostar tid.”¹⁹⁷ Det innebär att kvalitetsarbetet är prioriterat som Dahl och Hasselgren framhåller är viktigt.

Lundbom berättar att ”man inte bara kan räkna antalet utförda operationer i förhållande till pengar,” utan att man också vill se vilken kvalitet som produceras.¹⁹⁸ Gemensamt för alla verksamheter är att de har som mål att ha hög kvalitet på det arbete som utförs, men ibland kan man tvingas dela på kvalitetsbegreppet i medicinsk kvalitet och patientnöjdhet. V2 menar att även patientklagomål är en typ av kvalitetssäkring, som visar på om det finns brister i exempelvis tillgängligheten. I de olika kvalitetsregistren som finns på lokal, regional och nationell nivå, jämförs sedan resultaten mot andra kliniker. V3 menar att problemet med registren är att en del sjukdomar exempelvis cancer mäter överlevnad som kvalitet och det innebär att de siffror som finns idag handlar om behandlingar som ägde rum för flera år sedan medan HIA (hjärtinfarktregister) mäter i nutid. Denne menar vidare att dagens kvalitet är därför svår att mäta när den syns i registren först om några år. I fråga om patientenkäter förekommer dessa regelbundet på samtliga verksamheter som vi besökt.¹⁹⁹

Vår uppfattning är att de verksamheter som arbetar med balanserat styrkort har god kunskap om detta och om de mål som är satta, medan de övriga verksamheterna tycktes ha huvudsakligt fokus på uppdragen och ekonomin. Detta visade sig också i olikheter med uppföljning där dessa verksamheter mer tycks snegla bakåt än sträva framåt.

¹⁹⁷ Intervju Pia Lundbom

¹⁹⁸ ibid.

¹⁹⁹ Intervjuer V1-V4

6. AVSLUTNING

6.1 Slutsatser och diskussion

Sammanfattningsvis ska hälso- och sjukvården i Region Skåne bedrivas med god ekonomi och god kvalitet. Produktivitet inom hälso- och sjukvården spelar inte någon roll om det inte sker med god kvalitet, eftersom det först då blir effektivt. Kvaliteten kan utgå ur två perspektiv, det medicinska och det patientupplevda och dessa två kan, men behöver inte, vara desamma. De förändringar som sker på grund av signaler uppifrån, nationellt och regionalt, politiskt och administrativt, innebär just nu en kraftig fokusering på köerna och på att verksamheterna ska vara säkra på att endast ”rätt” patienter redovisas i sin väntan på vård. Samtliga av de undersökta verksamheterna arbetar med detta, utom den som saknar kö i dag, men som tidigare haft det.

Resultatet av den nya ersättningsmodellen är ännu för tidigt att utvärdera, men vi tycker oss kunna se tendenser att vissa verksamheter har insett potentialen med högre intäkter i samband med ökad produktion. Samtidigt finns det verksamheter som är precis på gränsen att klara sina uppdrag och för dessa blir det en ond, neråtgående spiral där brist på resurser i form av personal leder till färre uppdrag som i sin tur leder till mindre intäkter och detta gör det ännu svårare för dem att ta del av ersättningssystemets 60 procent. För dessa är det därför ännu viktigare att se över strukturen i sin organisation och ha en tydlig strategi med mätbara mål som alla är involverade i och känner till. I undersökningen finns goda exempel där man har förändrat sina verksamhetsprocesser och det visar att det finns möjligheter att förändra även inom en offentlig organisation och att benchmarking bör användas.

Det arbete som nu pågår med körevisioner innebär att patienter som inte ska finnas i kön gallras ut, men till slut nås en punkt då det inte går att gallra mer och om det då fortfarande finns väntetider, vilket är högst troligt anser vi, *måste* man vända sig inåt och analysera sin verksamhet och de processer som finns. Då gäller det att förändra sitt arbetssätt och se till att processerna fungerar mer effektivt. En viktig del är produktionsplaneringen där verksamheterna arbetar olika och vi har kunnat se att vissa lyckas bättre än andra och dessa har också förståelsen för hur mycket produktionen påverkas av en god styrning. Inställningen angående produktionen är olika i verksamheterna, några är förutseende och ser långt framåt

medan andra endast tycks titta i backspeglarna, vilket inte gagnar en ökad produktion som är nödvändigt för att bli av med sina köer. En anledning till att de ser bakåt tror vi beror på bristen på stöd från ledningen där de inte lyckats kommunicera ut strategi och mål ner till verksamheten. Oavsett hur ledaren uppfattas i organisationen är inflytandet stort och medan en inspirerande och processinriktad chef kan ha förmågan att engagera och entusiasmera sin personal samtidigt som en oengagerad och uppgiven chef kan generera motsatt resultat.

Vi tror att det krävs en tydlighet och viljeinriktning från sjukhusledningen när nya arbetssätt ska implementeras men vi kan också se exempel på att förändringsarbetet inte behöver inledas i största samförstånd. I de fall någon i verksamheten har känt sig tveksam innan så visar resultatet i bland annat form av kortare ledtider eller fler antal utförda operationer att det var en god förändring ur patientperspektiv och därmed får också arbetsmetoden en legitimitet inom organisationen. Vid förändringar är det viktigt att ledningen visar sitt stöd, men också att målen kommuniceras ut så att alla förstår dem och vad som krävs för att dessa ska uppnås.

Ett gott exempel i vår undersökning visar en verksamhet som hela tiden har viljan att bli bättre och som inför ett arbetssätt i organisationen som påminner om Lean-tänkandet där alla onödiga moment tas bort. Detta leder till förbättringar i produktivitet, effektivitet och kvalitet. Efter att ha sett detta goda exempel där de arbetar med många små förändringar som i sin tur leder till förbättringar ställer vi oss frågande till varför inte alla arbetar på det viset. Är de inte medvetna om problemen eller tror de att det är för resurskrävande så att de skjuter det framför sig? Vi är medvetna om att verksamheterna har olika förutsättningar men menar ändå att alla kan göra små förbättringar med befintliga resurser. Uppföljning och feedback är också oerhört viktigt för att se hur bra man har lyckats med sitt arbete och om ytterligare förändringar behöver göras. Det kan också vara svårt i en verksamhet att se ett helhetsperspektiv av vårdkedjan och då leder uppföljningen till att klargöra hur processerna ser ut. Det krävs dock styrka och mod att genomföra förändringar som går emot verksamhetens vilja, men uppdraget för hälso- och sjukvården innebär god kvalitet till bästa möjliga pris och det kräver nya tankesätt.

Slutsatserna ovan anser vi besvarar syftet med vår uppsats och frågeställningen som är: *Vilka organisationsinterna faktorer påverkar tillgänglighet och vårdköer inom hälso- och sjukvården?* och dessa summeras här för att synliggöras ytterligare. Det är viktigt att:

- ha ledningens stöd i alla verksamhetsnivåer,
- ha en tydlig kommunikation genom hela vårdkedjan,
- ha en effektiv produktionsplanering, samt
- ha väl fungerande processer, inspirerade av Lean, både ur ett patient/kund- och producentperspektiv.

Vi tror att hälso- och sjukvården behöver mer influenser från service management som öppnar för nya tankesätt och perspektiv för hur verksamheten ska bedrivas på ett produktivt, effektivt och kvalitativt sätt som sätter patienten i ett kundfokus.

Vi tycker att vår metod har varit lämplig för uppsatsen, men även utan den sent tillkomna observationen tror vi att vi hade kunnat besvara på vår frågeställning. Vi tyckte dock att observationen tillförde något till arbetet och valde därför att ha med den. Ett problem som vi stött på under intervjuerna är att vår okunskap inom det medicinska området gör att vissa termer blir svårförståeliga. Det var ett naturligt språk för intervjupersonerna och dessa reflekterade inte över att vi eventuellt inte hade full kunskap om detta. Efter att ha gjort denna studie ser vi att uppsatsen hade kunnat få ett större djup om tidsperspektivet hade tillåtit att vi också hade kunnat intervjua personer även från politiken och medarbetare i verksamheterna. Vi är också medvetna om att de faktorer som vi har kommit fram till inte är de enda som påverkar tillgänglighet och vårdköer, men undersökningen visade att dessa är centrala i verksamheterna. Det hade varit intressant att undersöka även externa faktorer, men detta får lämnas för framtida forskning.

7. KÄLLFÖRTECKNING

7.1 Tryckta källor

Alvesson, Mats. (2005). *Organisationskultur och ledning*. Upplaga 1:2. Malmö: Liber Ekonomi.

Anderson, Bo & Lampou, Konstantin (red.). (1999). *Studier i sjukvårdsorganisation - om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. Uppsala: Editorial Office.

Anell, Anders. (2004). *Strukturer Resurser Drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.

Bicheno, John, Anhede, Pia & Hillberg Joakim, (2008), *Lean för service och tjänster*. Göteborg: Revere AB.

Borg, Per. (1996). *Effektivitet i offentlig sektor. Ökad effektivitet - en fråga om vilja*. Uppsala: Författaren och konsultförlaget.

Brorström, Björn. (1995). *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, Alan. (2007). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 1:4. Malmö: Liber.

Dahl, Inger S. & Hasselgren, Ann Mari (1991). *Kvalitet i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Falk, Viking & Nilsson, Kerstin. (1999). *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Fangen, Katrine.(2005). *Deltagande Observation*. Upplaga 1:1 Malmö: Liber Ekonomi AB

Hallin, Bo & Kastberg, Gustaf. (2002). *Balanced scorecard i teori och praktik- en flerdimensionell styrmodell i hälso- och sjukvården*. Andra upplagan. Göteborg: Förvaltningshögskolan.

Hallin, Bo & Siverbo, Sven. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Kommunallag (1991:900)

Kouzes, James M & Mico, Paul R. (1979). *Domain Theory: An Introduction to Organizational Behavior in Human Service Organizations*. Journal of applied behavioral science nr.15 s. 449- 469

Kvale, Steinar. (2007). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Upplaga 1:16. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, Ewa, Norén-Winsell, Eva & Djärv, Sigbritt (1999). *Administration och arbetsledning i vård och omsorg*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Patel, Runa. & Davidson, Bo. (2003) *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Upplaga 3. Lund. Studentlitteratur.

Rombach, Björn. (1991b), *Det går inte att styra med mål*. Lund: Studentlitteratur.

Rombach, Björn. (1991a). *Kvalitet i offentlig sektor*. Stockholm: Nordstedts juridikförlag.

Rönnerberg, Lena. (2007). *Hälso- och sjukvårdsrätt*. Upplaga 2:2. Lund: Studentlitteratur.

Thylefors, Ingela (red). (2007). *Arbetsgrupper - från gränslösa team till slutna rum*. Stockholm: Natur och Kultur.

Trost, Jan. (2008). *Enkätboken*. Upplaga 3:2. Lund: Studentlitteratur.

7.1.1 Rapporter

Cederqvist Jane & Hjortendal Hellman, Eva. Ds 2005:7. *Iakttagelser om landsting*. Finansdepartementet. Stockholm: Fritzes

Granskning av kvalitetsstyrning utifrån externa och interna jämförelser. Region Skåne granskningsrapport nr 13, sept 2008. Ernst & Young.

Granskning av produktivitet, kvalitet och styrmodell. Region Skåne granskningsrapport nr 25, aug 2008. Micartur AB.

Granskning av vårdgaranti och tillgänglighet. Region Skåne granskningsrapport nr 27, dec 2008. Micartur AB.

Nutekrapport R 2007:13 *Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential*.

7.1.2 Tidningsartiklar

Helsingborgs Dagblad 2009-03-23, *Revisorskritik mot långa vårdköer*.

Vi på CSK, nr 1, 2009

7.2 Elektroniska källor

Regeringen, Socialdepartementet, Vårdgaranti - Kömiljarden, *Ny överenskommelse 2009*
<http://www.regeringen.se/sb/d/11870/a/124534> läst 2009-04-22

Region Skåne/*Om region Skåne*
<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=137507> läst 2009-04-22

Region Skåne, *Vad är Proluma?*
<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=245781> läst 2009-04-13

Rikshöft

http://www.rikshoft.se/se/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=27

läst 2009-05-07

Sveriges Kommuner och Landsting, *Nationella Kvalitetsregister*

<http://www.kvalitetsregister.se/> läst 2009-04-13

Sveriges Kommuner och Landsting, *Vårdgaranti/Vård i rimlig tid*

<http://www.sk1.se/artikel.asp?C=3657&A=13616> (www.sk1.se/vardgaranti) läst 2009-04-13

Wikipedia

http://sv.wikipedia.org/wiki/Lean_production läst 2009-04-22

7.3 Muntliga källor

Berling, Åsa, vårdstrateg Region Skåne, 2009-04-17

Hommel, Ami, sjuksköterska, fil. doktor i vårdvetenskap med avhandlingen *Improved safety and quality of care for patients with a hip - Audit by the national quality register Rikshöft*, 2009-04-27

Lundbom, Pia, biträdande sjukhuschef CSK, Kristianstad, 2009-04-29

Verksamhet 1 (V1), 2009-04-23

Verksamhet 2 (V2), 2009-04-30

Verksamhet 3 (V3), 2009-05-06

Verksamhet 4 (V4), 2009-05-07