



LUNDS UNIVERSITET

Ekonomihögskolan

Företagsekonomiska institutionen

FEKN90 Företagsekonomi

Examensarbete på Civilekonomprogrammet

VT2014

Organisation och styrning av akutkliniker

- *en studie av sex akutkliniker*

Författare

Max Alterot, 870303

Carin Tylén, 891101

Handledare

Per Magnus Andersson

Förord

Denna uppsats, vilken omfattar 30 högskolepoäng skrevs under vårterminen 2014 som ett examnesarbete från Civilekonomprogrammet för Företagsekonomiska institutionen på Eonomihögskolan vid Lunds universitet. Vi vill med detta förord tacka de respondenter som välvilligt ställt upp med kunskap och erfarenheter inom givet ämne och för den tid som lagts ner för att denna studie har blivit genomförbar.

Vi vill också rikta ett stort tack till vår handledare Per Magnus Andersson som tålmodigt har väglett oss genom den här processen med konstruktiv kritik, praktiska tips och goda råd.

Lund 2014-05-16

Max Alterot

Carin Tylén

Sammanfattning

Titel: Organisation & styrning av akutkliniker – *en studie av sex akutkliniker*

Seminariedatum: 2014-05-30

Ämne/Kurs: FEKN90 Examensarbete magisternivå i företagsekonomi, 30hp (ECTS)

Fördjupning: Ekonomistyrning

Författare: Max Alterot & Carin Tylén

Handledare: Per Magnus Andersson

Nyckelord: Akutkliniker, organisation, styrverktyg, patientflöden, patientprocesser

Syfte: Syftet med vår studie är att beskriva och analysera utformning av organisation och styrning av akutkliniker. Det är också att undersöka huruvida specifika arbetssätt utmärker sig och utifrån detta skapa ett underlag för framtida diskussion rörande organisation och styrning av akutsjukvård.

Metod: Uppsatsens metod grundar sig i en kvalitativ undersökningsdesign där multipla fallstudier använts som insamlingsmetod. Genom semi-strukturerade intervjuer samlades empirisk data in från akutklinikerna vid: Universitetssjukhuset i Örebro, Linköpings universitetssjukhus, Karolinska sjukhuset i Solna, Centralsjukhuset i Kristianstad, Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Rigshospitalet i Köpenhamn. Annat empiriskt material har samlats in genom observationer och med hjälp av dokument. Till det teoretiska kapitlet har data samlats in med hjälp av litteratur, vetenskapliga artiklar samt publikationer.

Teoretiska perspektiv: Det teoretiska kapitlet presenterar teori inom ämnesområdena organisation, styrning, styrverktyg och managementfilosofier samt hur dessa är anpassade till svenska vårdorganisationer.

Empiri: Det empiriska materialet har samlats in genom semi-strukturerade intervjuer på de undersökta akutklinikerna. Datan presenteras och analyseras efter organisation, patientflöden, styrverktyg för löpande verksamhet samt styrverktyg för utveckling av verksamhet.

Slutsatser: Det som skiljer studerade akutkliniker åt är i första hand organisationen snarare än vilka styrverktyg som används. Det är också studiens slutsats att det är organisationen som har störst inverkan på patientprocessen, då främst huruvida verksamma läkare även är anställda på kliniken, om det finns ett fungerande system med vårdkoordinatorer samt vilken specialitet läkarna har.

Abstract

Title: Organization & Control at emergency clinics – *a case study of six emergency clinics*

Seminar date: 2014-05-30

Course: FEKN90 Master Thesis in Business Administration, 30 University Credit Points (ECTS)

Major: Management Accounting & Control

Authors: Max Alterot & Carin Tylén

Advisor: Per Magnus Andersson

Key words: Emergency clinics, organization, management & control tools, patient flows, patient process.

Purpose: The purpose of this thesis is to describe and analyze the organization of and control tools used at emergency clinics. Furthermore it aims explore whether any methods are better than others to ease the patients' process through the organization and create a basis for further discussion.

Methodology: The thesis method is based on a qualitative research design where multiple case studies has been used as the collection method. Data has been gathered through semi-structured interviews at: Universitetssjukuset i Örebro, Linköpings universitetssjukhus, Karolinska sjukhuset i Solna, Centralsjukhuset i Kristianstad, Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Rigshospitalet i Köpenhamn.. Other empirical data were collected through observations and the use of documents. For the theoretical chapter, the data was collected through literature, scientific articles and publications.

Theoretical perspective: The theoretical chapter presents theory in the disciplines of organization, governance, management & control tools and management philosophies and how they are adapted to the Swedish health care organizations.

Empirical foundation: The empirical data were collected through semi-structured interviews on the studied emergency clinics. The data is presented and analyzed by organization, patient flows, management tool for ongoing operations and governance tools for development of the business.

Conclusions: What differentiates the clinics from each other is primarily the way they are organized, rather than the control tools used. The study also concludes that it is the organization of the clinics that has the largest impact on the patients' process through the organization. Primarily whether the doctors active at the clinics also are employed there or not, whether there is an operational system with site coordinators and finally which speciality the doctors have.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	8
1.1 Bakgrund.....	8
1.1.1 Processer på akuten, in- och utflöde av patienter.....	9
1.2 Problemdiskussion.....	10
1.2.1 Organisation.....	10
1.2.2 Styrmedel.....	10
1.3 Frågeställning.....	11
1.4 Syfte.....	11
1.5 Avgränsning.....	12
1.6 Disposition.....	12
2. Metod.....	13
2.1 Forskningsstrategi och vetenskapligt förhållningssätt.....	13
2.2 Undersökningsdesign.....	13
2.3 Val av fallorganisationer & respondenter.....	14
2.4 Empirisk datainsamling.....	15
2.4.1 Primärdata.....	15
2.4.2 Sekundärdata.....	17
2.5 Kvalitativ analys av data.....	17
2.6 Validering av metodval.....	17
2.7 Teoretiskt urval.....	18
3. Organisation och styrmedel.....	19
3.1 Organisation och styrning.....	19
3.1.1 Processororienterad verksamhet.....	19
3.1.2 Professional Service Firm (PSF).....	22
3.1.3 Management Control Package.....	22
3.1.4 Styrningens benämningfaktorer.....	23
3.1.5 New Public Management.....	24
3.2 Styrverktyg för löpande verksamhet.....	26
3.2.1 Budget.....	26
3.2.2 Balanced Scorecard (BSC).....	27
3.3 Styrverktyg för utveckling av verksamhet.....	28
3.3.1 Lean.....	28
3.3.2 Total Quality Management (TQM).....	29
3.3.3 Värdebaserad sjukvård.....	31
3.4 Analysschema.....	33
4. Fallstudier.....	34
4.1 Akutkliniken på Universitetssjukhuset i Örebro.....	34
4.1.1 Verksamhetsbeskrivning.....	34
4.1.2 Organisationsstruktur.....	34
4.1.3 Patientflöden.....	35

4.1.4	Styrverktyg för löpande verksamhet	36
4.1.5	Styrverktyg för utveckling av verksamhet	37
4.2	Akutkliniken på Universitetssjukhuset i Linköping	37
4.2.1	Verksamhetsbeskrivning	37
4.2.2	Organisationsstruktur	37
4.2.3	Patientflöden	38
4.2.4	Styrverktyg för löpande verksamhet	38
4.2.5	Styrverktyg för utveckling av verksamhet	39
4.3	Akutkliniken på Karolinska universitetssjukhuset (Solna)	39
4.3.1	Verksamhetsbeskrivning	39
4.3.2	Organisationsstruktur	39
4.3.3	Patientflöden	40
4.3.4	Styrverktyg för löpande verksamhet	41
4.3.5	Styrverktyg för utveckling av verksamhet	41
4.4	Centralsjukhuset i Kristianstad	41
4.4.1	Verksamhetsbeskrivning	41
4.4.2	Organisationsstruktur	42
4.4.3	Patientflöden	42
4.4.4	Styrverktyg för löpande verksamhet	43
4.4.5	Styrverktyg för utveckling av verksamhet	44
4.5	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	44
4.5.1	Verksamhetsbeskrivning	44
4.5.2	Organisationsstruktur	45
4.5.3	Patientflöden	45
4.5.4	Styrverktyg för löpande verksamhet	46
4.5.5	Styrverktyg för utveckling av verksamhet	46
4.6	Rigshospitalet Köpenhamn, traumacenter	47
4.6.1	Verksamhetsbeskrivning	47
4.6.2	Organisationsstruktur	47
4.6.3	Patientflöden	48
4.6.4	Styrverktyg	49
5.	Analys av teori och empiri	53
5.1	Jämförelse mellan akutklinikerna	53
5.1.1	Organisationsstruktur	53
5.1.2	Patientflöden	54
5.1.3	Styrverktyg	54
5.2	Jämförelser av akutklinikerna och befintlig teori	56
5.2.1	Processororienterad sjukvård	56
5.2.2	Värdebaserad sjukvård	57
5.2.3	Verktyg för den löpande verksamheten	58
5.2.4	Verktyg för utveckling av verksamhet	60
5.3	Helhetsanalys och jämförelse av befintlig teori	61
5.3.1	Styrningens benämningsfaktorer	61
5.3.2	Organisation	62

5.3.3 Styrverktyg.....	63
6. Resultat & resultatdiskussion	65
6.1 Organisation och styrning	65
6.2 Styrverktyg för löpande verksamhet.....	66
6.3 Styrverktyg för utveckling av verksamhet	67
6.4 Rekommendationer	68
6.5 Resultatets generaliseringsbarhet	68
6.6 Rekommendationer för vidare forskning	69
Referenslista.....	70
Bilaga 1 – Intervjufrågor	76

1. Inledning

I detta kapitel presenteras ämnesvalet, problemformulering samt frågeställningar och syfte. Kapitlet ämnar också att kort introducera läsaren för akutkliniker och dess verksamhet. Avlustas gör kapitlet med avgränsningar samt uppsatsens fortsatta disposition.

1.1 Bakgrund

Långa väntetider på akutkliniker är ofta något som figurerar i media (hd.se 2014; SvD.se 2013). Det är också ett väldebatterat ämne bland politiker och socialminister Göran Hägglund har som ett av sina viktigaste mål att förbättra tillgängligheten av vården (regeringen.se 2014):

”Ett av mina viktigaste mål är att förbättra tillgängligheten i vården. Jag vill korta vårdköerna och ta bort hinder så att vi kan få fler aktörer inom vård- och omsorgssektorn.”

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) arbetar också med att kontinuerligt förbättra vården och genomförde under 2012-2013 ett omfattande arbete tillsammans med några av Sveriges akutkliniker i syfte att förbättra akutsjukvården genom att: *”Öka kvalitet och patientsäkerhet”, ”Minska slöseri med patientens tid”* samt *”Öka nöjdheten hos medarbetare”* (SKL 2013).

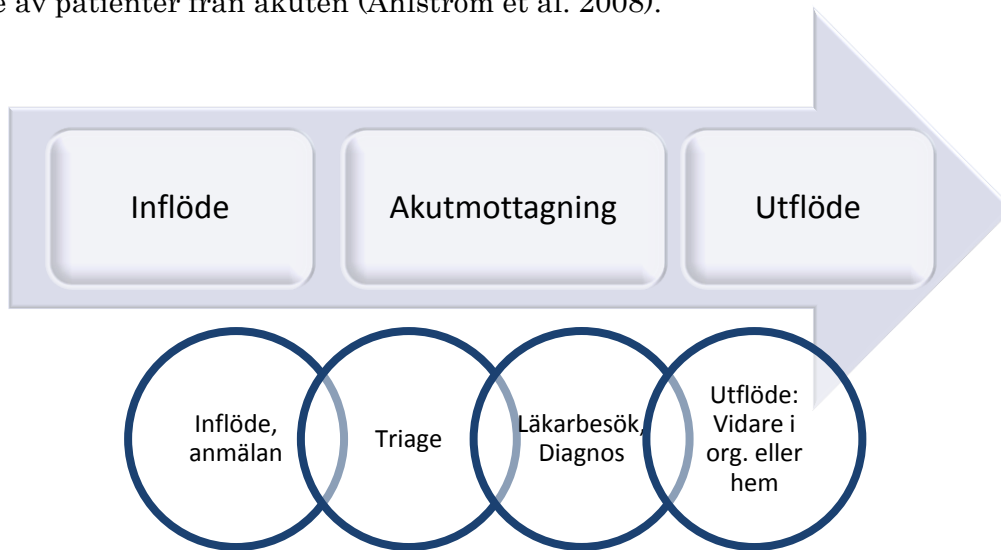
Akutkliniker kan vara stressfulla verksamheter som ständigt måste vara beredda på att möta allvarligt skadade och chockade patienter. Pressen från allmänheten att tillgodose behovet på ett tillfredsställande sätt är stor, och ett misslyckande påverkar patientupplevelsen, vilket kan få konsekvenser för det allmänna förtroendet för sjukvården (McHugh et al. 2011).

Akutkliniker beskrivs emellanåt som sjukhusets mittpunkt och en illa fungerande akutverksamhet tenderar att påverka hela sjukhuset negativt (Asplund et al. 2010a). Det finns inte bara höga krav från allmänheten, det finns också begränsningar rörande i vilken utsträckning verksamhetschefen kan kontrollera sin verksamhet; en akutklinik kan till exempel inte stänga ner sin verksamhet eller avvisa patienter på grund av plats- eller tidsbrist. När en patient ska läggas in på en annan avdelning efter diagnos och denna avdelning är fullbelagd blir det akutens ansvar att ordna en sängplats och vårda patienten – akuten måste då verka som en avdelning vilket leder till ökade väntetider på grund av den ytterligare arbetsbelastningen (Jonsson 2014).

Det har under de senaste decennierna skett ett skifte inom svensk sjukvård där patienten ses mer som en kund och där sjukvården blivit mer marknadsorienterad och tagit in modeller för processer och styrning från industrin; New Public Management, Lean, Total Quality Management, etc. (Åhgren 2010).

1.1.1 Processer på akuten, in- och utflöde av patienter

En akutklinik bygger på ett inflöde av patienter, processerna på akutkliniken samt ett utflöde av patienter från akuten (Åhlström et al. 2008).



Figur 1.1: Patientprocessen på akuten. Baserad på Åhlström et al. (2008).

Patienter kommer till akuten via ambulans eller genom att själva ta sig dit, vilket i branschen benämns som att komma ”gående”. Vid det senare kommer patienten antingen på remiss från primärvården eller på eget initiativ. När patienten registrerats på akuten sker en kategorisering av denne för att möjliggöra en prioritering av patienterna efter angelägenheten av deras hälsotillstånd (Asplund et al. 2010a). När patienten sedan undersöks ställs diagnos och efter eventuell behandling fattas beslut om huruvida inläggning på annan avdelning är aktuellt eller om patienten kan få åka hem.

Tiden en patient behöver spendera på akuten beror dels på faktorer innan inflödet, såsom demografiska faktorer eller patientens sjukdomstillstånd, men också på faktorer under utflödet från akuten. Om utflödet inte fungerar, på grund av exempelvis överbeläggningar på andra avdelningar, kommer det att ha en negativ påverkan på tiden en patient behöver spendera på akuten. Det finns alltså faktorer både under inflödet och utflödet som till stor del ligger utanför akutens kontroll (Asplund et al. 2010a).

Det spekuleras ofta i möjliga förbättringsmöjligheter och något som är ständigt återkommande är flödet av patienter från akutkliniken, vilket är tätt sammankopplat med det nationella målet att väntetiden på akuten inte ska överskrida fyra timmar för 90 % av besökarna (Ström 2013).

I ett projektet som Sveriges Kommuner och Landsting genomförde under 2012-2013 tillsammans med 27 akutkliniker togs flertalet mål fram med syfte att förbättra patientflödet. Fokus låg på att, som tidigare nämnts, ”minska slöseri med patientens tid”, ”Öka kvalitet och patientsäkerhet” samt ”Öka nöjdhet hos medarbetare”. För att

mer konkret arbeta med de övergripande målen var till exempel ett delmål att öka andelen värdeskapande tid i akutprocessen för medicinpatienter med 50 % (Länssjukhuset i Kalmar). På Universitetssjukhuset i Örebro har antalet patienter som samtidigt vistades på medicinakuten minskat med upp till 30 % som resultat av projektet (SKL 2013). Utöver specifikt arbete med mål och måluppföljning finns det även omfattande utvärderingar om hur processtyrning och effektivisering såsom till exempel Lean-management påverkar flödesprocesserna (Asplund et al. 2010a).

1.2 Problemdiskussion

1.2.1 Organisation

När organisationsstruktur och förändringsarbete diskuteras i en sjukhusmiljö är det viktigt att ta hänsyn till vilken typ av organisation som diskuteras och vilka förutsättningar den har. En organisation med många högutbildade individer kan benämnas en *Professional Service Firm* (PSF) och i den typen av organisation finns en risk att ambitioner om förändring och förbättring som inte kommer från professionen skär sig med kulturen som finns på arbetsplatsen, en så kallad "clash of cultures" (Abernethy & Stoelwinder, 1995). Vidare arbetar också ett sjukhus med mål som skiljer sig från dem i mer traditionella organisationer och eftersträvar i regel inte vinst på samma sätt (Anthony & Govindarajan 2007).

Vi har valt att beskriva organisationen eftersom att förutsättningarna för styrning och genomförande av förändringsarbete i en organisation som akuten starkt påverkas av vad för slags organisation det är. För att få en tydlig bild av relationen mellan patientens process och organisationsstrukturen på akuten behövs också en förståelse för varför organisationen ser ut som den gör och vad som är unikt i just den här typen av verksamheter. Det finns många studier gjorda på både organisationsstrukturer och PSF:s, och en del i relation till hur dessa fungerar inom sjukvården. Abernethy & Stoelwinder (1995) lyfter problematiken med att en stark yrkeskår, som läkare, är vana vid att lösa problem själva och att styrning som kommer utifrån yrkeskåren kan få negativa konsekvenser. Vidare tar Anell (2013) upp att just lojaliteten i denna yrkesgrupp ofta är gentemot professionen snarare än organisationen. Dessa två faktorer i kombination kan försvåra arbetet med administrativa kontroller och påverkar de kulturella kontrollerna som finns i en organisation (Malmi & Brown 2008), vilket är varför vi anser att detta är relevant för vår studie. Det finns mycket forskning tillgänglig om processer, förbättringsarbete, etc. på en akutklinik men vi saknar paralleller till vad vi beskriver ovan vilket stärker vårt intresse av att även lyfta denna aspekt.

1.2.2 Styrmedel

När styrmedel från industrin appliceras på en organisation som akuten behöver nya faktorer beaktas; till exempel behöver konsekvensen av att ett läkarbesök går snabbt inte nödvändigtvis vara positivt för patienten (Åhström et al. 2008). Att en patient får frågor om symptom i ambulans, vid ankomst till akuten samt under undersökning kan ses som negativt ur ett effektivitetsperspektiv men uppfyller ett syfte genom att

patienten får tänka igenom sina symptom samt ge behandlande sjuksköterska eller läkare en klar och tydlig överblick över patientens tillstånd (Lexne 2014). Att gå mot en mer marknadsorienterad styrning av sjukvården har kritiserats hårt den senaste tiden och landstingen har bland annat anklagats för att "leka" företag (Zaremba 2013a). Om styrmedel generellt finns gott om material att tillgå, och även om hur de används inom sjukvård och akuten, till exempel Hood (1995) och Lapsley (2013) som båda beskriver de senaste decenniernas utveckling mot New Public Management (NPM). Vi ämnar sammanställa relevant teori samt sätta det i relation till våra empiriska data.

Med hänsyn tagen till den aktuella debatten kring tillgänglighet på akuten samt de krav som finns både politiskt och från samhället i stort ämnar vi undersöka hur akutkliniker arbetar med verktyg som finns tillgängliga: Budget, Balanced Scorecard (BSC), nyckeltal, Lean, etc. Vidare ämnar vi undersöka huruvida det finns några uttalade verksamhetsmål samt vart dessa i sådana fall kommer ifrån, hur de följs upp och vilka incitamentsystem som finns kopplade till dessa.

1.3 Frågeställning

Det finns en rad olika problem kopplade till patientflödena på akutkliniker och hur man arbetar organisatoriskt och styrmässigt med dessa, det är också vår uppfattning att både organisationen samt arbetet med styrverktyg skiljer sig åt mellan olika kliniker. Samtidigt som det även ställs mycket höga krav på akutmottagningarna att inte ha budgetunderskott förväntas de ta emot alla patienter som kommer till akuten. Denna uppsats ämnar därför besvara frågorna:

- 1. Hur är akutkliniker organiserade för att hantera in- och utflöden, samt genomströmning av patienter?*
- 2. Vilka styrmedel används på akutkliniker för att hantera in- och utflöden, samt genomströmning av patienter?*
- 3. Vilka skillnader finns det mellan hur akutkliniker är organiserade samt hur de arbetar med styrmedel?*
- 4. Finns det några arbetssätt som utmärker sig som bättre och mer effektiva för att hantera in- och utflöden, samt genomströmning av patienter?*

1.4 Syfte

Syftet med vår studie är att beskriva och analysera utformning av organisation och styrning av akutkliniker. Det är också att undersöka huruvida specifika arbetssätt utmärker sig och utifrån detta skapa ett underlag för framtida diskussion rörande organisation och styrning av akutsjukvård.

1.5 Avgränsning

Vi har valt att begränsa vår uppsats till det interna arbetet på akutkliniker samt in- och utflödet av patienter. Då syftet är att beskriva och analysera hur akutens struktur hanterar detta kommer vi inte att undersöka primärvården eller andra, till akuten, anslutna kliniker trots att dessa tangerar akutens verksamhet. Att vi valt att göra dessa avgränsningar är framförallt på grund av begränsade tidsresurser.

1.6 Disposition

Det första kapitlet i uppsatsen ämnar att ge läsaren en introduktion till ämnet och problematiken som finns kring organisationen och styrningen av akutkliniker. I detta kapitel definieras också studiens frågeställningar samt syfte. Kapitel 2, metodkapitlet, har för avsikt att presentera de tillvägagångssätt som använts för att genomföra studien.

De teoretiska ramverken presenteras i uppsatsen tredje kapitel där olika aspekter av organisationsteori, verktyg för löpande verksamhet samt verktyg för utveckling av verksamheten beskrivs. I uppsatsens fjärde kapitel sammanställs det empiriska materialet från fallstudierna som genomförts. En jämförelse och analys av det empiriska och teoretiska materialet görs i kapitel fem innan resultatdiskussionen presenteras i kapitel sex.



2. Metod

Detta kapitel beskriver studiens vetenskapliga förhållningssätt, forskningsstrategi och undersökningsdesign. Kapitlet ämnar redogöra för, samt motivera, de val vi gjort rörande utifrån relevant metodlitteratur.

2.1 Forskningsstrategi och vetenskapligt förhållningssätt

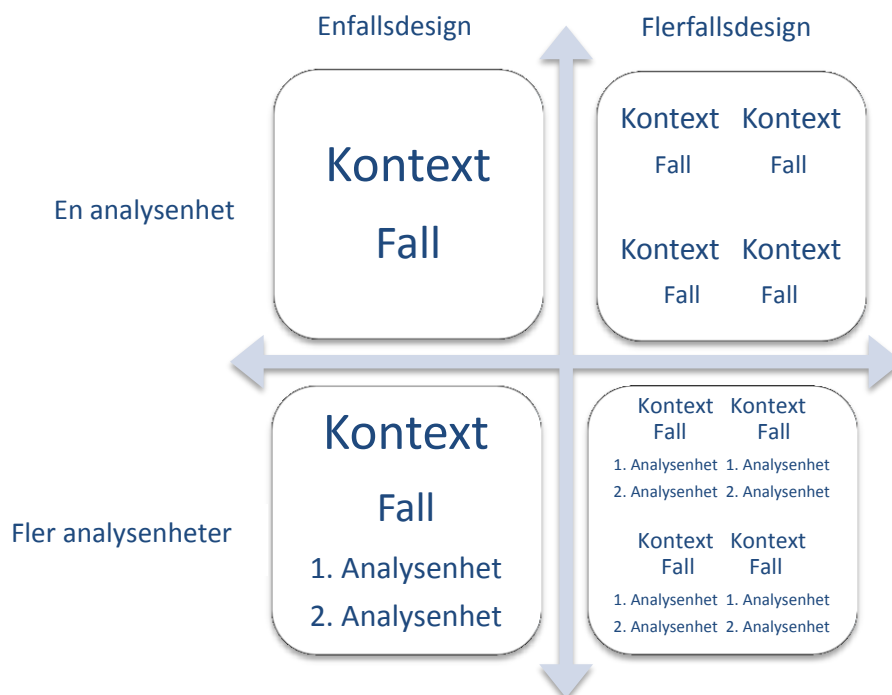
Det vetenskapliga förhållningssätt som varit utgångspunkten för vår uppsats är vad Bryman & Bell (2005) beskriver som konstruktionism. Ett ontologiskt synsätt där kunskap och förståelse anses vara en social konstruktion av människan och där det är samspelet hos individer som ger upphov till sociala egenskaper inom en organisation. Det som motiverar förhållningssättet är att den sociala verkligheten alltid visas upp av forskaren, även om denna kan se olika ut (Bryman & Bell 2005).

För att på ett tillfredsställande sätt kunna uppnå syftet med vår uppsats - att beskriva och analysera organisationen och styrningen av akutkliniker - har vi valt en kvalitativ forskningsstrategi. Då vi söker en förståelse för, snarare än en förklaring av en företeelse, anser vi att den kvalitativa strategin är passande (Stake 1995). Den kvalitativa metoden ger också en holistisk bild av ämnet som studeras och strävar efter att skapa förståelse för hur olika delar samverkar för att bilda en enhet (Merriam 1988; Stake 1995). Detta blir relevant för vår uppsats i och med att den ämnar att analysera hur olika delar av akutkliniken samspelar för att skapa en så effektiv verksamhet som möjligt.

2.2 Undersökningsdesign

Undersökningsdesign utgör enligt Bryman & Bell (2005) en ram för insamling och analys av relevant data. Fallstudien är en kvalitativ forskningsdesign och också den design som vi har valt att använda oss av för att uppfylla syftet med vår studie. Fallstudien är användbar för att bidra till den samlade kunskapen om organisatoriska företeelser (Yin 2007). Den lämpar sig också för att illustrera unika drag inom ett specifikt fall (Bryman & Bell, 2005). En fallstudie är också en lämplig metod att använda om det finns ett fokus på aktuella företeelser, vilket kapitlet beskriver, men också om frågeställningen grundas i ett "hur" eller ett "varför" (Yin 2007).

Yin (2007) presenterar en matris för fallstudiedesign. Utgångspunkten i vår uppsats kommer att vara den holistiska flerfallsdesignen med en analysenhet i och med att målet är att skapa en beskrivande bild av akutkliniker. Vi anser att denna design är bäst lämpad då den möjliggör en bredare insikt i arbetet på ett flertal akutkliniker till skillnad från en enfallsdesign. Dessutom ökar generaliserbarheten om man kommer fram till samma slutsatser även om kontexten för de olika fallen skiljer sig åt.



Figur 2.1: Grundläggande typer av fallstudiedesign (Yin, 2007)

Vad gäller valet av flerfallsdesignen framför enfallsdesignen så har vi grundat det i att flerfallsdesignen alltid är att föredra om man har tillräckliga resurser (Yin 2007).

2.3 Val av fallorganisationer & respondenter

För att skapa en så bred och varierad bild som möjligt av situationen på akutkliniker valde vi att söka respondenter till våra intervjuer från olika landsting. Fokus har legat på att intervjua verksamhetschefen för respektive akutklinik då vi anser att denne innehar mest kunskap och erfarenhet angående vårt valda forskningsämne. Vi valde att inte intervjua andra personer på akutklinikerna eller personer på angränsande avdelningar. Detta hade eventuellt varit att föredra för att skapa en bättre förståelse för patientprocessen vidare ut i organisationen. Men då våra resurser är begränsade ansåg vi det viktigare att få en utförlig bild av arbetet på akutkliniken i och med att detta är fokus för vår uppsats och att det är något som verksamhetschefen är mest lämpad att leverera.

En första kontakt etablerades med verksamhetscheferna för akuten i Helsingborg och Kalmar där vi genomförde pilotintervjuer, den första på plats och den senare över telefon. Syftet med dessa intervjuer var att få en bättre uppfattning om hur styrningen ser ut på en akutklinik, lära oss mer om eventuell problematik, huruvida arbetet skiljer sig åt akutkliniker emellan samt att säkerställa relevansen av vår frågeställning. Utifrån informationen vi fick gjorde vi en kartläggning över vilka akutkliniker som kunde vara aktuella för vår studie.

Utöver pilotintervjun använde vi oss av sekundärkällor så som artiklar och nyligen gjorda undersökningar för att ta fram information rörande vilka akutkliniker som arbetar annorlunda eller ligger i framkant i sitt arbete. Att vi valde Örebro som ett av våra fall att studera beror delvis på att de under en period arbetat med teambedömning av patienter som anländer till akuten, vilket har haft positiva resultat (Ziegler et al. 2014).

Efter kartläggningen kontaktade vi verksamhetschefer på de olika akutklinikerna via mail för att boka intervjuer. Målsättningen var att få en spridning i olika landsting och över sjukhus som enligt verksamhetschefen i Helsingborg jobbade på ett annorlunda sätt eller var mer eller mindre effektiva.

Valet av sjukhus eller akutklinik grundar sig framförallt i information insamlad under de först genomförda pilotintervjuerna men också i information som samlats in under det inledande arbetet med studien. Det har varit viktigt att involvera kliniker där arbetet skiljer sig åt från övriga respondenter varför Linköping och Örebro har studerats. Att vi har valt att inkludera Rigshospitalet i Köpenhamn beror på att den danska modellen för akutsjukvård och framförallt inflödet av patienter skiljer sig åt från den svenska.

De akutkliniker vars verksamhet vi har studerat är Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset i Örebro, Centralsjukhuset i Kristianstad, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Rigshospitalet i Köpenhamn.

2.4 Empirisk datainsamling

När man diskuterar datainsamling finns det två typer av data, primär och sekundär (Björklund & Paulsson 2003). I samband med kvalitativa studier kan insamlingen te sig mer komplex än vid andra forskningsstrategier och för att säkerställa kvaliteten i forskningen bör specifika procedurer följas (Yin, 2007). Yin (2007) tar vidare upp sex källor till kvalitativ data: *Dokument, arkivmaterial, intervjuer, direkt observation, deltagande observation* och *fysiska artefakter*. Ingen av källorna är bättre än den andra, snarare kompletterar de varandra och det är i en fallstudie att föredra om fler än en används (Yin 2007).

Yins (2007) principer för datainsamling är att använda sig av flera informationskällor, skapa en databas för fallstudien och skapa en beläggs- eller beviskedja. Vi har under studien tagit hänsyn till detta då vi dels har använt oss av intervjuer men också relevanta dokument och statistik.

2.4.1 Primärdata

Intervjuer ska, enligt Dexter (1970) som angiven i Merriam (1998), vid fallstudier väljas som huvudsaklig insamlingsmetod om den kan ge bättre eller mer information än andra metoder samtidigt som mindre resurser förbrukas. Då vi vill beskriva akutkliniker och dess verksamhet anser vi att intervjuer är det bästa tillvägagångssättet för att uppnå syftet.

Vi har i så stor utsträckning som det har varit möjligt genomfört intervjuerna för vår studie på plats på respektive akutklinik. Dels för att det ger möjlighet till observationer under tiden, vilket kan skapa en bättre helhetsbild men också för att minimera risken för missuppfattningar eller feltolkningar. I ett fall har telefonintervju genomförts då ingen annan möjlighet fanns. Vi är medvetna om att detta kan ha påverkat studien men är av åsikten att det inte ska ha någon inverkan på resultatet.

Bryman & Bell (2005) beskriver de vanligaste formerna av kvalitativa intervjuer som ostrukturerade respektive semi-strukturerade. Där den sistnämnde är den intervjudesign vi har valt att fokusera på. Den semi-strukturerade intervjun ger den intervjuade stor frihet att prata fritt kring givna ämnen, något som gör intervjuprocessen flexibel (Bryman & Bell 2005). Fokus under en kvalitativ intervju ska ligga på respondenten och se till att dennes ståndpunkter framförs och med en utgångspunkt i att personer definierar sin verklighet på olika sätt (Merriam 1988). Den här typen av intervju är relevant för vår studie i och med att det är den intervjuade som har informationen. Risken att relevant information inte kommer fram blir därför för stor med ett för strukturerat respektive ostrukturerat intervjumanus.

Vid val av respondenter var vår prioritering att träffa personer med ledande befattning eller med någon form av kontrollfunktion och målsättningen var hela tiden verksamhetschefen för respektive akutklinik. En sammanställning av intervjupersoner, befattning, datum för intervju och intervjutid finns i tabell 2:1.

Tabell 2.1: Förteckning över intervjurespondenter

Sjukhus	Respondent	Intervjutyp	Datum	Tid
Karolinska Universitetssjukhuset (KS)	Verksamhetschef, akuten	Intervju	2014-03-10	1h 28min
Universitetssjukhuset i Linköping (LIO)	Verksamhetschef, akuten	Intervju	2014-03-11	1h 25min
Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ)	Verksamhetschef, akuten	Telefonintervju	2014-03-07	54 min
Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK)	Verksamhetschef, akuten	Intervju	2014-03-14	59 min
Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)	Verksamhetschef, medicinavdelningen	Intervju	2014-03-28	1h 15 min
Rigshospitalet i Köpenhamn (CPH)	Verksamhetschef akuten	Intervju	2014-03-26	1h 1min

2.4.2 Sekundärdata

För att komplettera vår primärdata har vi också använt oss av sekundärkällor. Detta har framförallt varit offentliga dokument, internt och externt informationsmaterial samt information som samlat via Internet.

På grund av våra knappa resurser har vi valt att använda redan tillgänglig information då man på så sätt kan tillgodose sig en större mängd. Genom att göra noggranna urval och i så stor utsträckning som möjligt försökt hitta multipla källor som styrker varandra anser vi att vi minskat risken förknippad med den här typen av data. Riskerna kan vara att informationen inte längre är aktuell eller att den inte här helt anpassad till det valda forskningsområdet. Vi har även valt att hämta data från professionen och källor så som läkartidningen, detta kan eventuellt vara partiskt material men vi anser att det vara ett viktigt komplement till övrig teori och empiri.

2.5 Kvalitativ analys av data

Kvalitativa studier genererar en stor mängd data vilken ofta är ostrukturerad och svår att hantera och analysera. Det finns inte heller några generella regler för hur analysen ska gå till på samma sätt som vid en kvantitativ forskningsstrategi (Byman & Bell 2005).

I grundad teori för kvalitativ dataanalys finns det en nära koppling mellan datainsamlingen, analysen samt resultatet och analysen pågår ständigt. Det finns ett antal verktyg för att analysera data vilka är: Kodning, teoretisk mättnad och kontinuerliga jämförelser (Bryman & Bell 2005). Detta är något som vi har haft med oss i analysen av våra data.

Vidare har vi valt att analysera våra data i tre steg. Först analyseras akutklinikerna i jämförelse med varandra för att se hur de skiljer sig åt eller liknar varandra i hur man arbetar med organisationen och styrningen av kliniken. I ett andra steg analyseras klinikerna i jämförelse med teorin för att finna eventuella avvikelser i praktiken. I det sista steget av analysen kommer en holistisk analys att göras där akutklinikerna analyseras i sin helhet gemensamt och jämförs med teorin.

2.6 Validering av metodval

Fallstudier tenderar att ha ett stort fokus på ett enskilt fall, vilket riskerar att minska validiteten och generaliserbarheten i forskningen (Bryman & Bell, 2005). Vår förhoppning är att med hjälp av en studie med multipla fall kunna säkerställa en högre grad av extern validitet och generaliserbarhet. För att öka validiteten av vår uppsats har vi också försökt att använda oss av så icke vinklade frågor som möjligt under våra intervjuer (Björklund & Paulsson, 2003). Det semi-strukturerade tillvägagångssättet anser vi också vara något som bidrar till en ökad validitet i och med att det, som tidigare nämnts, tillåter den intervjuade att tala fritt kring givna ämnen.

Under intervjuerna har kontrollfrågor använts för att undersöka vissa aspekter flera gånger. Detta ska, enligt Björklund & Paulsson (2003), hjälpa till att öka reliabiliteten av studien, det vill säga graden av tillförlitlighet i mätinstrumenten.

2.7 Teoretiskt urval

Användningen av sekundärdata har enligt Bryman & Bell (2007) vissa fördelar; det medför en mer effektiv resurshantering och den är ofta av god kvalitet. Sekundära data kan också bidra till en unik studie i sig själv eftersom den är möjlig att analysera ur många olika perspektiv (Bryman & Bell 2007).

Den teoretiska referensramen för uppsatsen består av tre delar. Dessa är organisationsteori, verktyg för styrning, och akutsjukvård. Vi har för avsikt att presentera teori där de olika ämnesområdena överlappar varandra.

För att få tillgång till data från vetenskapliga eller akademiska artiklar inom ämnet har insamling delvis gjorts med hjälp av resurser erbjudna via Lunds Universitet så som LUBSearch och BusinessSearchComplete. Även tryckt litteratur inom valda ämnesområden har använts likväl som både äldre och ny teori. Vi anser det viktigt att använda teori som spänner över en längre tidshorisont för att skapa förståelse för i vilken riktning forskningen inom ämnet rör sig.

I och med den stora tillgång på information som finns idag är det viktigt att säkerställa trovärdigheten av de data som används. För att göra detta har vi i så stor utsträckning som möjligt använt oss av tidigare citerade artiklar.

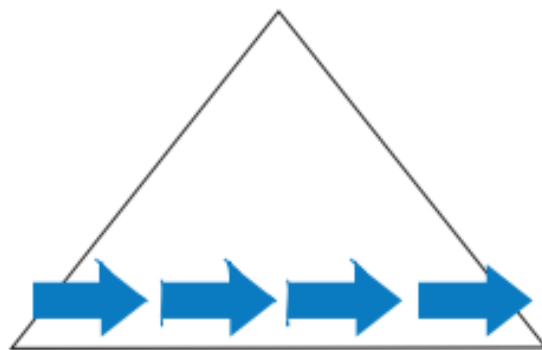
3. Organisation och styrmedel

Detta kapitel presenterar teorin som ligger till grund för uppbyggnaden av vårt empiriska material samt våra slutsatser. Vi ämnar presentera relevant teori samt hur den appliceras inom sjukvården och på akuten. En uppdelning har gjorts mellan organisation och styrverktyg där den sistnämnda och är uppdelad efter huruvida de används i löpande verksamhet respektive utvecklande verksamhet.

3.1 Organisation och styrning

3.1.1 Processororienterad verksamhet

Processororienterad styrning bygger på att resurser och information är sammankopplade över tid och rum (Nilsson 2008). En process är en serie aktiviteter som skapar eller tillför värde till någon eller något och det är sambanden mellan aktiviteterna som är processens nyckel (Carlsson et al. 2005). Vanligtvis utgår det processororienterade synsättet från ett horisontellt synsätt på organisationer då de hierarkiska nivåerna i en funktionell organisation har tendens att hindra flödena (Nilsson 2008).



Figur 3.1 Processororienterad verksamhet (Nilsson 2008)

I en processororienterad verksamhet blir flöden lätta att planera, materiallagren blir små och lokaler samt andra resurser får ett högt utnyttjande. Detta på grund av att produktionsresurserna är underordnade förutsättningarna för effektiva flöden (Arvidsson 2007). I en process finns alltid en kund och det är genom dennes perspektiv som allting måste ses. Kunden behöver inte vara extern utan kan lika väl finnas inom organisationen. Oavsett, är det kundens behov som ska tillfredsställas och i många tjänsteorganisationer är det kunden själv som är flödet, exempelvis en patient (Carlsson et al. 2005).

I en existerande funktionsorganisation finns redan uppsatta hinder för att skapa processororientering, varför förändringar ofta får stora organisatoriska förändringar och nedbrytning av hierarkier. För att lyckas med en implementering av ett mer processororienterat arbetssätt krävs därför ett stort engagemang från ledning och andra berörda parter (Nilsson 2008).

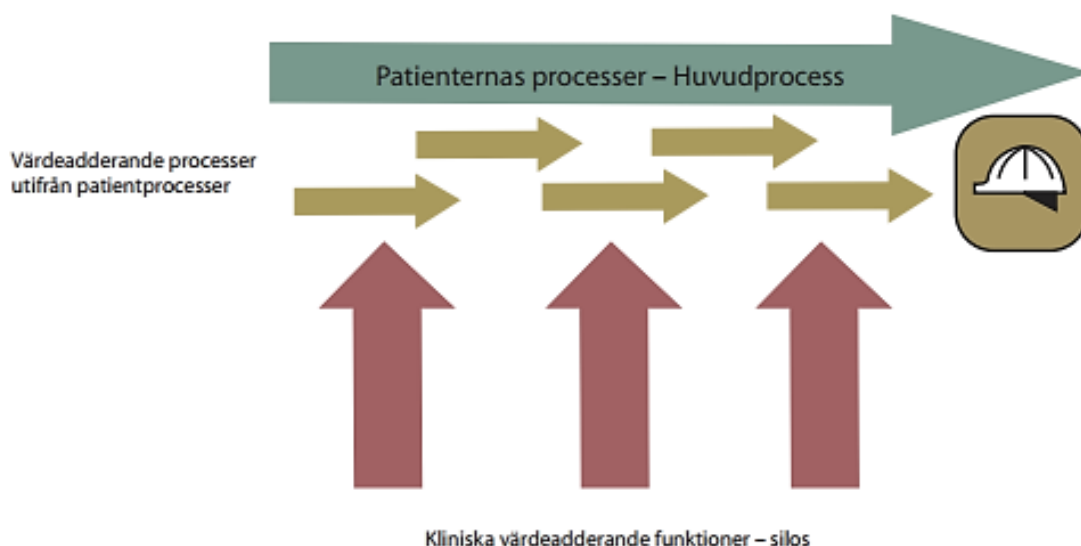
För optimal funktion i processerna krävs ofta en processägare som ansvarar för att driva processerna framåt. I en ideal situation har processägaren befogenheter och mandat över enhetsgränserna inom organisationen och ser till att flödet blir både prioriterat och maximerat (Nilsson 2008). Under processägaren behövs ofta processledare och tvärfunktionella arbetsgrupper som på ett strukturerat sätt kartlägger, mäter och föreslår olika åtgärder för att ständigt utvecklas och öka förmågan att möta nya möjligheter och krav (Carlsson et al. 2005).

Det negativa med processtyrningen är att verksamheten blir känslig för störningar och om någonting går fel i en del av flödet påverkar det lätt helheten. För att förhindra detta är det viktigt att ha lika långa cykeltider för de olika aktiviteterna i flödet. På så sätt kan man minimera risken för köbildning (Arvidsson 2007).

Patientprocessorierad vårdverksamhet

Inom vården talas det numera också om det som kallas patientprocessorierad verksamhet. Denna tar utgångspunkt i den process som patienten genomgår inom sjukvården. En central aspekt är att erbjuda värdeskapande service, vilket också är det som skiljer patientprocesser från traditionell processoriering. Detta i och med att den senare ofta tar utgångspunkt i produktionsprocesser. Förespråkare av det patientprocessorierade perspektivet menar att det rena processorierade fokuset, trots dess många fördelar, inte tar hänsyn till den komplexitet som kännetecknar sjukvården (Nilsson 2013).

I dagens sjukvårdssystem behövs nya perspektiv, angreppssätt, modeller, stödsystem och finansiella system för att patienterna ska kunna uppleva en förbättring. Det som är viktigt med patientprocessen är att den ska designas utifrån huvudprocessen och inte utifrån olika specialistområden. Det ska inte spela någon roll vilken avdelning eller befattning du har – det är alltid patienten som ska vara i fokus (Nilsson 2008). Centralt inom patientprocessorieringen är att det måste finnas en överlappning mellan olika delprocesser för att tillhandahålla en helhet för patienten. Med detta menas att överlämnandet från en delprocess till en annan sker genom en överföringsfas. För att de processerna ska göras på ett kvalitetssäkrat sätt är det dock av högsta vikt att det finns ett stöd från funktionsorganisationerna (Nilsson 2008).



Figur 3.2: Organisation och funktionsområden som källa till förbättring (Nilsson 2008)

Flödesprocesser på akuten

Traditionell syn på verksamheter har ett större fokus på resursutnyttjande snarare än genomflöden, vilket är fokus i de mer process- och flödesorienterade teorierna av vilka Lean är ett exempel på. Sjukvården i stort präglas av ett fokus på resurtnyttjande i sammanhang som rör effektivitet men enligt köteorin går det inte att ha både högt resursutnyttjande och ett snabbt genomflöde. Inom akutsjukvården är variationerna stora och det kan därför vara svårt att anpassa verksamheten till en flödesorientering varför större anpassningar ofta måste göras i modeller så som Lean om en flödesorientering ska fungera optimalt (Asplund et al. 2010a).

Triage

Inledningsvis beskrevs patientens process genom akutkliniken från inflödet till utflödet. Där nämndes att patienten vid ankomst till akuten blev kategoriserad för att underlätta en prioritering beroende på patientens hälsotillstånd. Detta sker vanligtvis genom en så kallad *triage*, där patienten blir kategoriserad utefter hur akut tillståndet är. De tre vanligaste i Sverige är Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS, tidigare METTS), Adaptivt Processtriage (ADAPT) och Manchester Triage Scale (MTS) (Asplund et al. 2010a). Enligt RETTTS bedöms ankommande patient efter ett antal "vitalparametrar" (t.ex. luftvägar, kramper, puls) och kategoriseras in i femgradig färgskala; blå, grön, gul, orange eller röd där den senare är den mest akuta (Sandman et al. 2012).

Som komplement till triage finns ofta ett "fast track" med syfte att minska väntetiden för patienter med mindre allvarliga symptom. En konsekvens av att lindriga symptom blir bortprioriterade är att ett stort antal patienter måste vara kvar i väntrummet. Symptom som är relevanta för fast track kan till exempel vara lättare stukningar, allergi eller insektsbett och dessa patienter sorteras vanligtvis direkt vid ankomst och utan triage (Asplund et al. 2010a).

Avslutningsvis är det värt att nämna att användningen av triage är en reaktion på att akutkliniker är överbelastade. Hade så inte vart fallet hade det inte behövts ett system att kategorisera och prioritera ner patienter (Sandman et al. 2012).

3.1.2 Professional Service Firm (PSF)

Det som karakteriserar en PSF är att de anställda är väldigt kunniga inom ett specifikt område och kärnverksamheten sätter stor vikt vid själva utförandet och professionen snarare än organisationens ledning. Detta resulterar i en tendens där de anställda ser ner på ledningen (Anthony & Govindarajan 2007). Vidare kännetecknas PSF:s genom att (Lövendahl et al. 2001):

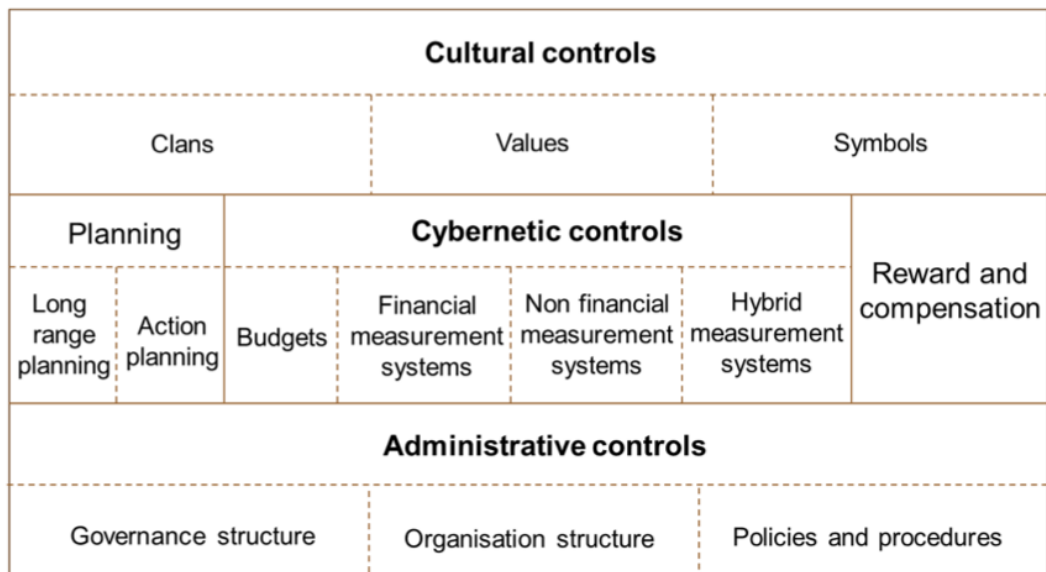
- Värdeskapande är kunskapsintensivt och levererat av högutbildade anställda.
- Servicen är baserad på professionell utvärdering av experter inom området.
- Servicen inkluderar ett stort mått av personliga bedömningar utav professionen.
- Servicen är skräddarsydd för varje klients behov.

När kraven på ökad kontroll och kvalitet ställs på en PSF och en ledning utanför professionen går in och ska styra kan konflikter uppstå. Problematiken uppstår när en annorlunda företagskultur möter en profession som är vana vid att lösa avancerade problem relativt autonomt och självständigt samt att förlita sig på sin egen expertis inom området. Det är denna vana av självständighet och i viss mån självstyre som ligger till grund för problematiken när en ledning kommer in med en ambition att styra hela organisationen mot gemensamma mål (Abernethy & Stoelwinder 1995).

Det finns ett antal problem som är specifika för organisationsstyrning av PSF:s. Till exempel så har läkare ofta ett informationsövertag jämfört med ledningen vilket kan leda till *informationsasymmetri*. Ett annat problem kan vara att *lojaliteten mot professionen* är starkare än den till organisationen. *Standards och regler* bestäms också utanför organisationen och slutligen finns *en avsaknad av koordinerat arbete* då mycket är specialiserat vilket kan leda till svårighet (Anell 2013).

3.1.3 Management Control Package

Malmi & Brown (2008) tar upp kontroll och styrning via ett kontrollpaket som tar hänsyn till kulturella värderingar och procedurer, organisationsstruktur etc. De kulturella kontrollerna definieras som vad som faktiskt påverkar individerna i organisationen. Detta är något som kan vara svårt att förändra men som har stor påverkan på beteendet i en organisation (Malmi & Brown 2008). Detta är något som blir extra tydligt i en PSF då modellen tar hänsyn till mer än ekonomiska incitament i styrning. Vidare har denna modell ett bredare perspektiv på ekonomistyrning och inkluderar utöver *kulturella kontroller* även *cybernetiska kontroller*, *planerings- och belöningsystem* samt *administrativa kontroller* (Malmi & Brown 2008).

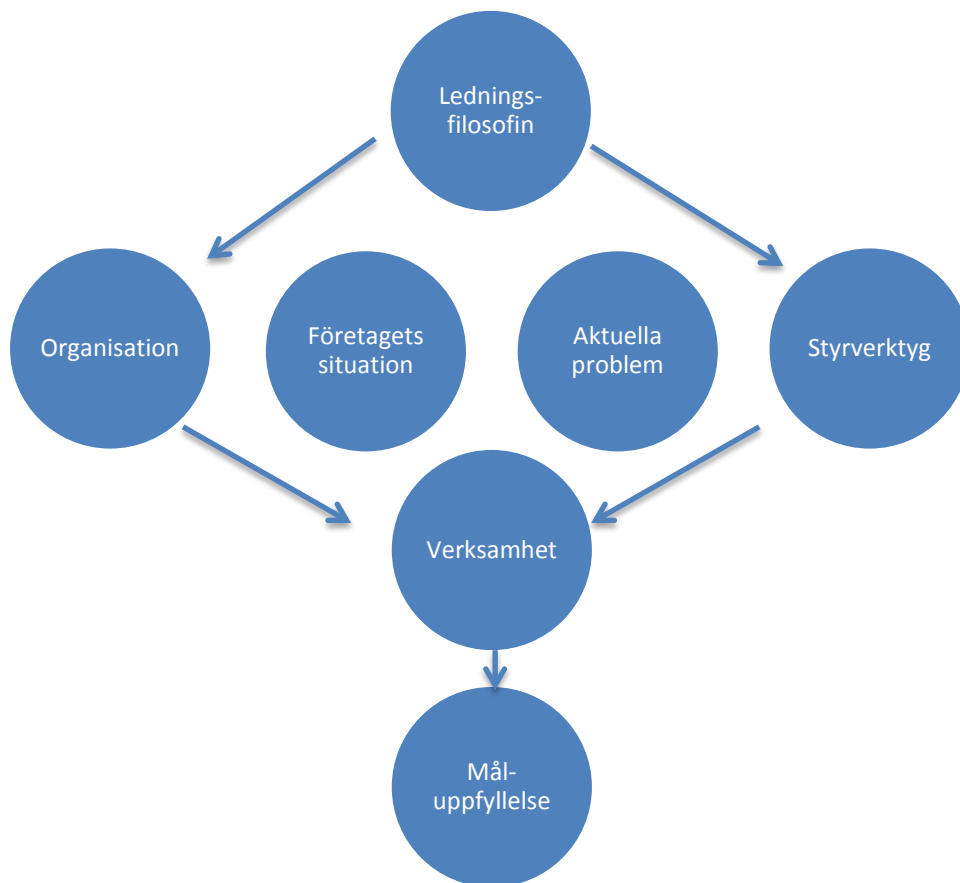


Figur 3.3: Management Control Package, Malmi & Brown (2008)

Tidigare nämndes PSF:s som något att ta hänsyn till när man analyserar och beskriver en sjukhusverksamhet. Anledningen till att detta blir extra viktigt i en organisation som akuten är på grund av att vanliga administrativa kontroller inte lämpar sig lika bra i en miljö med högt utbildade individer som är vana vid att arbeta autonomt och själva lösa komplexa problem. Tvärtom kan konsekvensen av att införa dessa typer av kontrollsystem bli att professionen anstränger sig extra mycket för att undvika den sorten av kontroller (Malmi & Brown 2008; Abernethy & Stoelwinder 1995).

3.1.4 Styrningens benämningsfaktorer

Samuelsson (2006) belyser hur organisationen och styrsystemen är beroende av varandra och flera olika faktorer som påverkar dessa. Som exempel lyfter han hur organisationen är beroende av styrsystemen genom hur de är utformade för att framkalla vissa typer av beteenden eller olika grader av effektivitet. Styrsystemen å andra sidan är beroende av hur organisationen är strukturerad för att spegla förhållandena i företaget. Detta exemplifieras vidare genom hur organisatoriska förändringar, till exempel en lönsamhetskris eller ett företagsförvärv, kan påverka styrningen och ställer krav på en förmåga att vara flexibel och kunna agera på förändringar (Samuelsson 2006). Resonemanget sammanfattas genom figuren *Styrningens benämningsfaktorer*:



Figur 3.4: Baserad på Styrningens benämningsfaktorer, Samuelsson (2006)

Med ledningsfilosofi i det här exemplet menas på vilket sätt ledningen vill styra verksamheten. Som nämnts tidigare så finns det flera olika aspekter att ta hänsyn till vid styrning av en så pass professionell organisation som ett sjukhus. Det kan vara till exempel målstyrning där ledningen sätter målen som sedan medarbetarna under eget ansvar får sträva efter att uppnå, eller direktstyrning där ledningen tydligt går in och beskriver inte bara *vad* som skall uppnås utan också *hur* det ska uppnås (Samuelsson 2006). Vidare beskrivs också styrningens två olika grundformer:

1. Styrning genom framförhållning
2. Styrning i efterhand

Med *styrning genom framförhållning* menas att hänsyn tas till vad ledningen känner till om framtiden och hur utvecklingen ser ut. Vidare kännetecknas denna typ av styrning även utav att ledningen tydligt tar ställning till hur verksamheten bör bedrivas. *Styrning i efterhand* är mer reaktiv och innebär att organisation istället observerar sin omgivning och agerar utefter hur den utvecklas (Samuelsson 2006).

3.1.5 New Public Management

New Public Management (NPM) är ett begrepp som börjat användas allt mer de senaste decennierna. Från att styrningen av sjukhus tidigare varit centraliserad, blev den under 80-talet mer decentraliserad där t.ex. budgetansvar lades på individuella sjukhus. Under 90-talet skedde ytterligare en förändring med ökad valfrihet för patienten samt en

förändring av primärvården som öppnade upp för fler privata alternativ (Green-Pedersen 2002).

Det som karakteriserar NPM är decentralisering av kostnads- och budgetansvar, ökad konkurrens, kvantifiering och resultatfokus, etc. (Hood 1995). Syftet att införa NPM inom offentlig sektor var att rationalisera styrningen; en rationell ledning, vilket innebar att målformulering skulle bli tydlig samt följas upp på ett systematiskt sätt. Vidare delades den offentliga sektorn upp i en utförandedel och en beställardel med möjlighet att upphandla tjänster internt eller utifrån (privata alternativ) (Målqvist et al. 2011). Viktigt att nämna är dock att NPM inte är unikt för sjukvården i sig utan för den beskrivna typen av förändring utav offentlig sektor i stort (Hood, 1995).

Sammanfattningsvis kan man beskriva NPM som en filosofi starkt påverkad av kriterier och metoder som är vanliga inom den privata sektorn, modifierade för ett användande inom offentlig sektor - ett sätt att "modernisera" den offentliga sektorn (Lapsley 2009). NPM är också sprunget ur ett antagande om att den privata sektorn är bättre på management än offentlig sektor, det är alltså närmast en ideologidriven reform (Lapsley 2013).

NPM inom svensk sjukvård har kritiserats hårt, eller snarare appliceringen av NPM inom svensk sjukvård. Där konsekvensen av att använda styrsystem anpassade efter en konkurrerande, fri marknad, blivit att Landstingen enligt somliga "leker" företag; efterfrågan begränsas av budget, "produkter" köps av Landstingen själva och inte heller priserna sätts av sjukhusen utan av Landstingen, efter deras bedömning av vad som skapar incitament och inte (Zaremba 2013a).

Vidare så ses det som ett ineffektivt system som varken respekterar professionalitet eller yrkesetik och inte heller ligger i linje med Svenska Läkarsällskapets kärnvärden: vetenskap, utbildning, kvalitet och etik (Engström 2014). Effekten av det system som skulle verka för ökad frihet och eget ansvar har snarare resulterat i en ökad kontroll och misstro samt krav på rapportering, uppföljning och redovisning och inte minst en frustration bland yrkeskåren (Zaremba 2013b).

NPM har funnits i cirka 30 år och frågan är om dagens kritik inte, åtminstone till viss del, är missriktad och att verkligheten är mer komplex än att man kan skylla allt på det systemfel som är NPM (Agerberg 2013). NPM är långtifrån ett entydigt begrepp och innehåller element både från ekonomisk teori samt organisationsteori och används dessutom på flera olika sätt (Målqvist et al. 2011). Detta försvårar en tydlig identifiering av vad som är NPM, vilket är varför kritiken kanske snarare borde vara riktad mot appliceringen av NPM och inte systemet i sig självt (Agerberg 2013).

3.2 Styrverktyg för löpande verksamhet

3.2.1 Budget

Budget används för kortsiktig planering och kontroll av organisationer. Den sträcker sig för det mesta över ett år och har en rad olika användningsområden (Anthony & Govindarajan 2007). Kortfattat används den i huvudsak för att auktorisera aktiviteter, finjustera den strategiska planen, kommunicera och koordinera, motivera medarbetare samt som ett verktyg för kontroll och utvärdering av prestationer. (Emmanuel et al. 1990 i Otley 2006; Anthony & Govindarajan 2007)

Budgeten är ett vanligt kontrollverktyg men har detta till trots fått mycket kritik. Bland annat anklagas den för att konsumera mycket tid och resurser och att den fokuserar på kostnadsreducering snarare än värdeskapande. Budgeten stärker också den vertikala styrningen istället för att främja ett ökat fokus på värdekedjor och processer (Otley 2006).

Merchnat (1998) som beskrivet i Nylinder (2011) gör skillnad på *tight* och *loose* budgetkontroll och att användningen varierar beroende på ledningsfilosofi. Den förstnämnda utmärks genom att mellanchefer inte anses kunna göra ett bra jobb om de inte är pressade att uppnå kortsiktiga mål, medan loose kontroll har en större tilltro till medarbetarna och deras förmåga. Det finns fem dimensioner som definierar tight budgetkontroll (Van der Stede 2001 i Nylinder 2011):

- Höga krav på budgetuppfyllelse.
- Begränsade möjligheter till budgetrevidering.
- Hög detaljnivå på specifika budgetposter.
- Låg acceptans för budgetavvikelser.
- Hög involvering från ledningen i de anställdas arbete.

Tight budgetkontroll gör sig bäst i centraliserade verksamheter, medan det i decentraliserade organisationer, så som sjukvården, kan leda till sämre prestationer på grund av att den hindrar beslutsfattande på decentraliserad nivå och skapa misstro i organisationen (Nylinder & Anell 2011).

Det finns också förespråkare för en kombination av tight och loose kontroll, där båda används samtidigt genom att ledningen har tight kontroll på sina anställda samtidigt som individerna har stor självständighet (Peters & Waterman 1982 i Nylinder 2011)

Inom sjukvården generellt har budgeten en central roll för resursallokering. Det är samtidigt ett komplext arbete i och med den politiska miljön och kombinationen av administrativa och professionella medarbetare inom verksamheten (Nylinder 2011). Appliceringen av budget inom sjukvården är en stor utmaning, liksom att projicera hur allokeringen av kostnaderna ska ske. Som en respons på detta så blir användandet av en så kallad kosteffektivitets-analys allt vanligare, *Cost-Effective Analysis*, vilket är ett hjälpmedel för att mäta kostnaden för varje hälsobefrämjande åtgärd, eller utkomsten

av den (Eichler et al. 2004). Detta ställer också högre krav på en transparent och konsekvent beslutsprocess (Eichler et al. 2004).

3.2.2 Balanced Scorecard (BSC)

Balanced Scorecard (BSC), eller balanserat styrkort, är en metod för att ta fram relevanta prestationsmått utöver de traditionella finansiella. Detta ramverk mäter både finansiella samt icke-finansiella mått och dessa kan delas in i följande kategorier (Kaplan & Norton 1992; Norreklint & Mitchell 2007 i Hopper et al. 2007):

- Finansiella mått
- Kunden
- Lärande och utveckling
- Interna processer

När kategorierna väl är framtagna så bör de kritiska framgångsfaktorerna, vilka möjliggör för organisationen att uppnå utsatta mål, definieras. (Andersson 2013). När ett BSC designas måste hänsyn tas till vad det är för typ av organisation det designas för. En icke vinstdrivande organisation, till exempel ett statligt ägt sjukhus, bör inte designa sitt styrkort utefter finansiella mått utan snarare se till att styrkortet ligger i linje med dess huvudsakliga uppdrag, såsom att leverera kvalitativ och säker vård (Farid et al. 2008).

De senaste decennierna har flera sjukhus och andra aktörer inom vården börjat använda BSC med syfte att förbättra sina verksamheter (Aidemark & Funck 2009). Författarna listar flera framgångsrika exempel där organisationer lyckats med att sänka kostnaderna samt lösa finansiella kriser. Författarna lyfter också fram potentiella, negativa konsekvenser av dess användning. Bland annat pekar de på ett exempel där medias redovisning av resultatet efter implementering enbart fokuserade på det negativa, vilket ledde till en sämre moral bland de anställda med sämre resultat som följd. Vidare belyser de också risken att det som en konsekvens av implementeringen sker en minskning av det ömsesidiga förtroendet mellan personal och ledning (Aidemark & Funck 2009).

Exempel på hur BSC kan användas inom vården har sammanställts av Zelman et al. (2003) och där listas bland annat:

- Organisatoriska prestationer
- Prestationer för olika avdelningar
- Vårdkvalitet och mätning av resultat
- Utvärdering
- Jämförelser av prestationer mellan olika sjukhus

Funck (2009) beskriver också att användandet av BSC inom vården bör karakteriseras av att genom mätningar styra medarbetarnas beteende mot ett värdeskapande för patienter och den totala verksamheten (Castaneda-Mendez et al. 1998 i Funck 2009).

Avslutningsvis så är en förklaring till det ökade användandet av BSC de senaste decennierna införandet och appliceringen av New Public Management som också är en följd av ökade krav på besparingar och transparens (Funck 2009).

3.3 Styrverktyg för utveckling av verksamhet

3.3.1 Lean

Lean-production har sitt ursprung i Japan och Toyotas Production System (TPS) och anses av många vara en av de enskilt viktigaste vägarna mot en konkurrenskraftig produktion (Taylor et al. 2013). I Lean-production, eller *world class manufacturing* (WCM) är det inte organisationen som är i centrum utan produkten, samtidigt som fokus ligger på att minimera tid och slöseri; slöseri i form av till exempel aktiviteter som inte adderar värde eller utrustning som inte används. Typiskt för Lean är att det bland annat är flödesorienterat, decentraliserat och kundorienterat (Hansen & Mouritsen 2007 i Hopper et al. 2007). Inom organisationsstrukturen karakteriseras det utav en spridning av ansvar och auktoritet i organisationen, ett minskat behov av integrering, en plattare organisation med färre mellanchefer samt att hierarkin är baserad på coachande och rådgivande ledarskap snarare än ett instruerande (Lind 2001).

Att eliminera aktiviteter som inte tillför värde är en princip som är överförbar till en tjänsteproducerande verksamhet, vad man dock behöver ta hänsyn till inom en kundorienterad (patientorienterad) verksamhet är vad som skapar värde för kunden. Ett läkarbesök som går snabbt är till exempel bra ur ett verksamhetsperspektiv men inte nödvändigtvis positivt för patienten (Åhlström et al. 2008)

I en studie från av Mazzocato et al. (2010) presenteras fyra huvudsakliga komponenter över Lean inom sjukvården:

1. Metoder att förstå processer för att kunna identifiera och analysera problem.
2. Metoder att organisera effektivare processer.
3. Metoder att förbättra felsökning och problemlösning.
4. Metoder att hantera förändring.

Artikelförfattarnas slutsats är att Lean har implementerats framgångsrikt inom flera områden inom sjukhusverksamhet med effekter som förbättrad kvalitet, tillgänglighet, effektivitet och minskad dödlighet. Det ska dock nämnas att det fanns en del frågetecken kring terminologi och implementeringen av Lean, vilket till viss del försvårade arbetet med att sammanställa informationen i nämnd studie (Mazzocato et al. 2010). Slutsatsen ligger dock i linje med att då sjukvården är väldigt processororienterad, med flera olika steg, finns det också mycket utrymme för förbättring. Om det till exempel är en viss väntetid mellan varje steg, förkortas den totala väntetiden för varje steg som försvinner i processen. Detta understryker vikten av att ha rätt kompetens tidigt i patientprocessen (Åhlström et al. 2008).

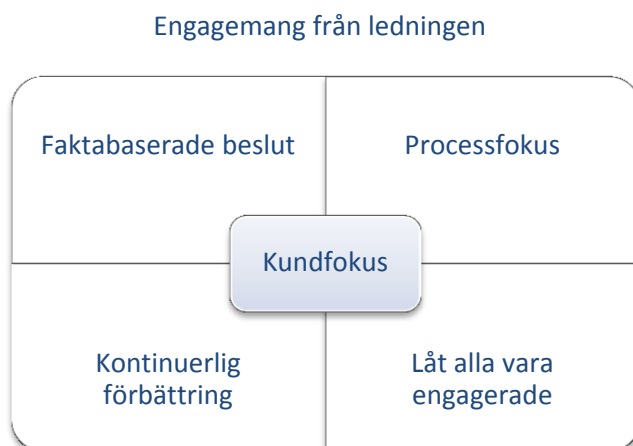
Sedan början av 2000-talet har Lean använts inom sjukvården i Sverige och på Skånes Regionsjukhus sedan 2007. Där innebär Lean-filosofin att ständigt se över och förbättra flöden och arbetsrutiner, ta bort tidstjuvar, förbättra kvalitet och tillgänglighet samt förbättra arbetsmiljön (skane.se 2013). På Capiro S:t Görans arbetar man också uttalat med Lean. Där genom att fokusera på aktiviteter som skapar värde för patienten samt effektiva patientflöden. Vidare så ses Lean mer som ett förhållningssätt snarare än ett verktyg. Mer konkret innebär detta att arbetet sköts i team, har ett flödesperspektiv och att det är medarbetarna själva som har ansvaret för att bedriva det kontinuerliga förbättringsarbetet. Som ett led i arbetet med Lean så har den traditionella *ronden* helt avskaffats på S:t Görans och ersatts med ett nytt arbetssätt (capiostgoran.se 2013).

3.3.2 Total Quality Management (TQM)

Total Quality management (TQM) utvecklades inom industrin och har liksom Lean sitt ursprung i Japan, där man under 1970-talet utvecklade vad som kallades kvalitetskontroll över hela företaget. Detta skulle uppnås genom att engagera alla anställda i att skapa bättre kvalitet (Thor 1997). TQM som det ser ut idag är en managementfilosofi som är baserad på ett antal kärnvärden, så som kundfokus kontinuerlig förbättring och processorientering med syfte att öka intern och extern kundnöjdhet men med minskad resursförbrukning (Hellsten & Klefsjö 2000). Vilka de exakta kärnvärdena inom TQM är skiljer sig något åt i litteraturen men enligt en studie gjord av Hellsten (1997) så som den är presenterad av Hellsten och Klefsjö (2000) är de vanligaste kärnvärdena inom TQM:

- Kundfokus
- Engagemang från ledningen
- Allas engagemang
- Processfokus
- Faktabaserade beslut

Dessa överensstämmer med de kärnvärden som presenteras av Bergman och Klefsjö (2012) i "TQM:s hörnstenar". Thor (1997) beskriver också en uppdelning inom TQM om används för att vinna kontroll över komplexa system och organisationer, så som sjukvård. Elementen som nämns är kännedom om behov, ledarskap och vetenskap samt betydelsen av variation.



Figur 3.5: TQM:s hörnstenar, inspiration från Bergman & Klefsjö (2012)

Kundfokus och kännedomen om behov innebär att man måste koppla patienternas behov till den dagliga verksamheten för att öka kvaliteten i varan eller tjänsten som levereras (Thor 1997; Bergman & Klefsjö 2012). Bergman & Klefsjö (2012) menar att kvalitet är relativt och bestäms bland annat av hur andra aktörer på marknaden agerar. Samma författare menar också att det är viktigt att tillgodose de interna kunderna, alltså de anställdas behov. Med nöjda medarbetare följer ofta nöjda kunder.

De *faktabaserade beslut* och *betydelsen av variation* handlar om att inte låta slumpmässiga avvikelser eller variationer ha en avgörande betydelse för vilka beslut som fattas (Thor 1997; Bergman & Klefsjö 2012). Sjukvården drivs ofta i en komplex miljö som ökar risken för variation och misstag och med instabila processer ökar resursförbrukningen, varför TQM kan vara ett hjälpmedel för att reducera detta (Thor 1997). Att basera beslut på systematiskt insamlad information är en förutsättning för effektiv kvalitetsstyrning (Bergman & Klefsjö 2012).

Att arbeta med *processer och kontinuerlig förbättring* innebär för en organisation att se verksamheten som ett antal aktiviteter vilka ständigt upprepas. Processen måste tillfredsställa de behov som kunden har samtidigt som den ska utnyttja så lite resurser som möjligt. I och med att de externa kraven på kvalitet ständigt ökar måste man arbeta med kontinuerlig förbättring och hela tiden förbättra standarden på de tjänster som erbjuds (Bergman & Klefsjö 2012).

Framgångsrik TQM förutsätter en kombination av den professionella vetenskapen inom sjukvården samt en kunskap om utveckling och förbättring (Thor 1997). Den viktigaste delen i kvalitetsutvecklingen handlar om att utveckla ett engagerat ledarskap och på så sätt skapa ett engagemang i hela organisationen som i sin tur, vilket nämnts ovan, leder till ökad kundnöjdhet (Bergman & Klefsjö 2012).

Inom sjukvården har man tillämpat TQM sedan 80-talet och användandet fick en rejäl skjuts i början på 90-talet (Thor 1997). Resultaten av en väl fungerande TQM implementering är nöjdare patienter, ökad vårdkvalitet, förbättrad prestation och

reducerade kostnader. Detta uppnås genom patientfokus, löpande förbättringar, processtyrning och ett fokus på organisationskultur och struktur (Talib, Rahman & Azam 2011). På svenska talar man om kundorienterad verksamhetsstyrning eller kvalitetsstyrning; allt som görs inom organisationen ska göras för att öka nyttan för kunden eller som i detta fall, patienten (Bejrot & Hasselbladh 2006).

Giroux och Landry (1998) uttrycker enligt Quist (2003) att TQM kritiseras för sitt normativa förhållningssätt och den bristfälliga förståelsen för svårigheterna med implementering av förändring. Kritik har också riktats mot resursförbrukningen som TQM kräver i form av utbildningskostnader, ledningens tid, formalia och administration samt att det förutsätter orealistiskt engagemang från anställda och att det framhåller processer före de faktiska resultaten (Powell 1995).

3.3.3 Värdebaserad sjukvård

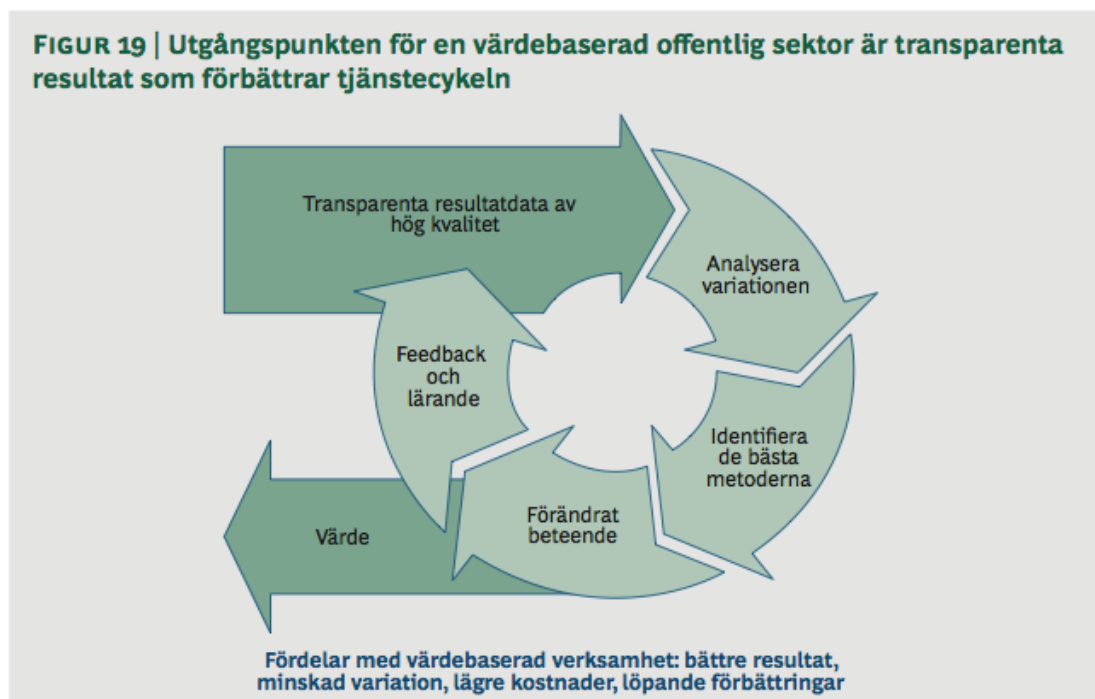
Där det går att se en tydlig trend att stödet för NPM minskar, går det istället att se en trend där fokus ligger på *värdebaserad* sjukvård (Höglund et al. 2012; magasinetslakaren.se 2014). Höglund et al. (2012) skriver om Porters och Teisbergs idéer hur vår tids avancerade sjukvård fortfarande levereras med 1800-talets syn på management, organisation, finansiering och mätmetodik. Kärnan i dessa idéer är att dagens fokus på enskilda aktiviteter istället bör utvidgas och att fokus bör ligga på hur aktiviteterna tillsammans genererar värde för patienten. Detta uppnås enligt författarna genom följande fem strategier (Höglund et al. 2012):

1. Specialisering och storskalighet; omhändertagandet av patienter bör vara organiserat efter sjukdomstillstånd och bör handläggas av multidisciplinära team med olika specialiseringar.
2. Utvärdering och uppföljning baserat på specifika mål och mått. Innehållandes både kostnadsuppföljning men också vilket värde som generas i form av patientvärde.
3. Jämförelse och konkurrens mellan alla aktörer i vårdkedjan ska vara baserad i första hand på faktiska resultat och inte kostnader.
4. Istället för att ha ett ersättningssystem som är uppdelat för varje enskild komponent i en behandling bör ersättning utgå genom vårdperiodsersättning. Detta innebär ett ”paketpris” för all den vård som ett sjukdomstillstånd kräver.
5. IT-system som skapar förutsättningar att enkelt mäta och följa resultat av vård samt kostnader.

Boston Consulting Group (BCG) listar också ett antal framgångsfaktorer för värdebaserad sjukvård, vissa i linje med de som presenterats ovan. Nyckeln till denna typ av sjukvård ligger i att utövarna själva är engagerade och aktiva i förbättringsprocessen och insamlingen av data. Vidare så lyfter de fram vikten av nationella standardiserade processer för att spåra diagnoser, behandling, utfall och

kostnader. Detta till stor del för att underlätta för kliniker och vårdpersonal att just vara en del av datainsamlingen etc. De understryker även vikten av att kvaliteten på insamlad data håller en hög standard. Även vikten av att ha ett tydligt incitamentsystem kopplat till utfallet understryks (Soderlund et al. 2012).

I en senare rapport lyfter BCG återigen vikten av en värdebaserad sjukvård; att inte stirra sig blind på kostnader utan istället fokusera på utfall och kvalitet (Alsén et al. 2013). De baserar detta bland annat på att svaga resultat inom sjukvården ofta bidrar till ökade kostnader och medicinska komplikationer. Att eftersträva låga kostnader och effektivare inköp är fortfarande av stor vikt, men då detta i sig självt inte påverkar det kvalitativa resultatet bör fokus främst ligga på en värdebaserad sjukvård. Detta uppnås genom att ha tydligt definierade mål för varje verksamhetsområde (BCG 2012). Ett exempel för mål på en akutmottagning kan vara antalet överlevande efter en hjärtattack. Det argumenteras också för vikten av transparens inom sjukvården och det lyfts exempel på hur transparens förbättrar resultaten. Förbättringarna förklaras av att resultatskillnader mellan kliniker synliggörs vilket kan bidra till att hitta bakomliggande faktorer till skillnaderna samtidigt som det sätts press på Landsting och beslutsfattare att prestera (Alsén et al. 2013).



Figur 3.6: BCG/Alsén et al. 2013.

Vidare kännetecknas läkarkåren som tävlingsinriktade och en ökad transparens som synliggör resultat kan medföra att kliniker själva jämför sig med varandra och således skapar ett ytterligare incitament att förbättra sin verksamhet (Rydén 2013).

3.4 Analysschema

Förutom att det som presenteras i detta kapitel ligger till grunden för den genomförda empiriska studien ligger det även till grund för analysen av insamlad data.

Empirin är strukturerad på följande sätt och analysen följer samma mönster:

1. Beskrivning av verksamhet, (patientflöden) och organisationsstruktur.
2. Beskrivning av styrverktyg för den löpande verksamheten.
3. Beskrivning av styrverktyg för att utveckla verksamheten.

4. Fallstudier

Detta kapitel avser att presentera sammanställningar av de fallstudier som gjorts på studerade akutkliniker. Det empiriska materialet är presenterat i avsnitt för respektive sjukhus och beskriver klinikernas organisationsstruktur, patientflöden och avslutas med de styrverktyg som används dels i löpande verksamhet samt för utveckling av verksamheten.

4.1 Akutkliniken på Universitetssjukhuset i Örebro

4.1.1 Verksamhetsbeskrivning

Akutkliniken på Universitetssjukhuset i Örebro består av tre enheter: Akutmottagning, ambulansverksamhet och ett sekretariat. Kliniken har inga anställda akutläkare utan jourlinjerna bemannas av de olika klinikerna som bedriver sin akuta verksamhet på akutmottagningen, vilket komplicerar resursfördelningen och förbättringsarbetet. Bland de anställda på akutkliniken finns sjuksköterskor, undersköterskor, sekreterare, medicinskt ledningsansvarig läkare, avdelningschefer och verksamhetschef. Verksamhetschefen har övergripande ansvarar för personal, arbetsmiljö, ekonomi samt patientsäkerhet. Under 2012 var det ca 52 500 läkarbesök på akutmottagningen i Örebro.

4.1.2 Organisationsstruktur

I Örebro används Triage enligt RETTS för medicinsk prioritering av patienterna. Triagen i Örebro är utmärkande då det för medicinpatienter finns ett ledningsläkarteam som bedömer patienten. Att detta fungerar så bra på kliniken beror framförallt på förankringsprocessen och att projektet förbereddes ordentligt, testades och utvärderades i omgångar innan det implementerades på riktigt. I och med att det är en professionell organisation och människor är en så stor del av arbetet som utförs har det varit viktigt att ta gå långsamt fram och låta alla medarbetare vara delaktiga. Än så länge arbetar man bara med ledningsteamet på medicinsidan men man arbetar för att införa det även inom andra delar av organisationen.

Vårdkoordinatorer är något som finns som en sjukhusövergripande funktion och som fungerar väldigt bra då de fyller en viktig funktion vid inläggning av patienter, vilket påverkar utflödet från akuten. Om det exempelvis är fullt på medicinsidan är det deras uppgift att hitta en plats på andra avdelningar. Koordinatorer finns på andra akutkliniker i landet men det är verksamhetschefens uppfattning att det fungerar väldigt bra i Örebro då koordinatorerna numera har ett förtroende och ett mandat i organisationen efter att till en början ha varit mer ifrågasatt.

En svårighet i att utveckla verksamheten ligger i det faktum att de verksamma läkarna på akuten är hemmahörande på andra avdelningar. Detta resulterar i att uppföljningsarbetet blir komplicerat då en läkare exempelvis endast arbetar på akuten

en gång i månaden. Vidare blir det också svårt att motivera läkare att lägga tid på förbättringsarbete på akuten då det inte är dennes "egen" avdelning.

Det har också gjorts en omorganisering i vården i stort inom landstinget där primärvården numera ingår i samma hälso- och sjukvårdsförvaltning som slutenvården med en och samma chef. Detta ska förhoppningsvis leda till ökad samverkan och bättre utnyttjande av befintliga vårdresurser.

4.1.3 Patientflöden

Beroende på vilket perspektiv man tar så ser inflödet av patienter olika ut. De som kommer till akuten har antingen tagits dit via ambulans eller så kommer patienten dit själv. Det som går att säga är att 70 % av patienterna har varit i kontakt med vården innan de kommer till akuten, vilket bekräftar den diskussion som finns i samhället om att patienter inte kommer till akuten för att det är lättast. Verksamhetschefen menar att det inte kan vara upp till patienten att veta vad som är rätt och fel eller till vilken vårdnivå man ska vända sig till utan att det är ett problem för vårdgivarna.

När patienten anländer till akuten kommer denne in i en pre-triage där en sköterska så fort som möjligt efter ankomst registrerar patienten och vad den söker för. Därefter triageras patienten så snart som möjligt i och med att patientrisken är som högst innan triagering. På akuten i Örebro triageras patienten efter RETTS. Utöver triageringen kategoriseras patienten efter kliniktilhörighet innan patientflödet går vidare in på akuten och till de läkare eller sjuksköterskor som ska ta hand om patienten.

Något som är unikt för Örebro och hur man arbetar med patientprocesser på akutkliniken är att man på vardagar under dagtid har ett ledningsteam på medicinsidan med antingen en specialistläkare i medicin eller kardiologi. Detta gör att triagen inte behövs i lika stor utsträckning, men om specialistläkaren bedömer att patienten ska vidare i organisationen och träffa andra läkare kan triageringen användas för att veta vilken övervakningsnivå patienten är i behov av. Eftersom läkare borde träffa patienten med en gång när någon anländer till akuten borde inte triage behövas men på grund av att läkarkapaciteten inte räcker till är man inte där än.

Det är relativt lätt att förutsäga hur patientfördelningen ser ut över veckans dagar och tider på dygnet. I Örebro är det flest patienter måndag kväll och det är lugnast onsdag förmiddag innan det stadigt ökar mot helgen. Extra mycket patienter är det under lönehelger, på sommaren och vid större evenemang. Att endast titta på den faktiska beläggningen på mottagningen kan dock ge en felaktig bild av det faktiska flödet i och med att det under dagarna byggs upp en kö. Alltså, att det är mer patienter under kvällstid behöver inte betyda att fler patienter kommer till akuten senare under dagen. För att påverka bildandet av köer måste arbetssättet ses över och då berörs faktorer som påverkar både in och utflödet av patienter. Hur arbetet för att korta vistelsetiden ser ut och hur lång tid det tar innan en patient som ska läggas in på en avdelning faktiskt lämnar akuten är faktorer som påverkar patientflödet. Detta i sin tur är beroende av hur det totala flödet på sjukhuset ser ut. Är det platsbrist på sjukhuset tvingas patienten stanna längre på akuten.

Andra faktorer som påverkar patientflödet på akuten är kompetensen på läkarna som arbetar samt hur många läkare och sköterskor det finns tillgång till. Även röntgen, labb och utskrivningen av patienter påverkar flödet.

Något verksamhetschefen menar måste förbättras på akutkliniken är informationen till patienterna. Det borde finnas tydlig och lättillgänglig information där patienterna på akuten kan se hur lång tid det är kvar till att denne får träffa en läkare eller var den befinner sig i flödet.

4.1.4 Styrverktyg för löpande verksamhet

Att kvalitet är det som leder till god ekonomi är grunden i styrningen på akutkliniken på universitetssjukhuset i Örebro. Uppdraget från landstinget är att hålla budget men det är genom kvalitet som de ekonomiska målen ska uppnås. Det finns inget köp- och säljsystem utan kliniken blir tilldelad en budget för personal samt övriga kostnader.

Det finns inga öppna jämförelser specifikt för akutkliniker på det sättet som det finns för många andra kliniker vilket medför att kliniken själva måste kunna visa vilken kvalitet de har. Av den anledningen finns det ett antal nyckeltal och kvalitetsindikatorer som man arbetar efter för att se hur väl man presterar och hur förbättringsåtgärder ska följas upp. Verksamhetschefen menar att nyckeltalen är ett sätt att lära känna organisationen och att desto bättre man känner sin organisation desto lättare är det att genomföra förändringar. Statistik är det primära verktyget för arbetet och faktorer som mäts är hur många patienter som besöker akuten, hur gamla är de, vilka diagnoser de har och vilken deras totala genomströmningstid är.

Det enda externa måttet eller målet som finns är att 90 % av patienterna inte ska vistas på akuten i mer än 4 timmar. Detta anser kliniken i Örebro inte är ett adekvat mått varför andra mått behöver tas fram att mäta sig mot. Detta är en av anledningarna till att egna nyckeltal utformats delar av verksamheten som kräver större fokus prioriterats.

Det finns också en risk att fyratimmarsmålet krockar med det övriga kvalitetsarbetet då det kan vara så att det är bra för patienten att vistas längre på akuten, exempelvis för att få genomföra olika undersökningar med mera. Det vilar en problematik i att sätta mål som är enkla att mäta eftersom det då blir svårare att bedöma om måttet är det som borde mätas eller bara något som går att mäta. Det kan till och med vara så att det är en specifik faktor som behöver mätas, men på grund av svårigheter att mäta denna väljs en som går, eller är enklare, att mäta.

En aktivitet i verksamhetsplanen är att skapa ett systematiskt sätt att involvera patienten för att förbättra vården. I dag finns en patientenkät för att mäta patientens upplevelse av akuten men än så länge är den inte systematisk eller del av styrmodellen. Vidare är det fortfarande många faktorer som måste klargöras; vilket urval av patienter som ska användas, hur mycket enkäten ska följas upp och på vilket sätt ska resultaten ska användas är exempel på frågor till vilka man fortfarande söker svar.

4.1.5 Styrverktyg för utveckling av verksamhet

På Universitetssjukhuset i Örebro finns Lean som en linje genom hela sjukhuset och en stor andel av alla medarbetare har gått en basutbildning inom filosofin. Akutkliniken är positiv till förhållningssättet men är också medveten om att det finns en risk att man tror att det är modell som ska lösa alla problem. Det är viktigt att inte låta Lean-arbetet bli mekaniskt och inte arbeta även med de mjuka värdena, vilka verksamhetschefen i Örebro anser vara Leans starka sida. Vidare så anses det positivt att det är människan, patienten och medarbetaren som är viktig inom Lean och att det hjälper till att reducera överflödiga saker inom verksamheten. Det finns också verktyg som hjälper till med patientsäkerhet, avvikelshantering och uppföljning, vilket uppskattas. Svårigheten med denna typ av arbete är att inte låta det mynna ut enbart i Lean-tavlor och möten som ingen förstår sig på och att det är upp till chefer och medarbetare att tolka och översätta Lean efter akutens behov.

I det dagliga arbetet arbetar kliniken i Örebro med checklistor, arbetsgrupper som till exempel märker upp saker i akutrummen och de arbetar mycket med ”inte göra onödiga saker”. I dagsläget är akuten mitt uppe i en ombyggnadsprocess vilket möjliggör att göra rätt från början och inkludera Lean i allt som görs.

4.2 Akutkliniken på Universitetssjukhuset i Linköping

4.2.1 Verksamhetsbeskrivning

På akuten i Linköping arbetar ungefär 170 personer. Utav dessa är 42 stycken läkare varav 12 är färdiga specialister inom akutsjukvård och ytterligare 32 är under utbildning. Det är fortfarande ett litet antal läkare som inte är anställda av akuten men som fortfarande har uppdrag där, detta är dock under avveckling och målet är att alla ska vara anställda direkt av akuten. Det finns 23 stycken sekreterare och 105 sjuk- och undersköterskor. På akuten i Linköping arbetar alla i team innehållandes en läkare, sköterska och undersköterska. Teamen har samma arbetstider och sitter tillsammans. Det arbetar också en chefssköterska med ansvar för koordinering samt en chefsläkare med en överläkarfunktion som är medicinskt ansvarig.

4.2.2 Organisationsstruktur

En stor organisatorisk styrka hos i akuten Linköping är att de har sina ”egna” läkare. Det vill säga läkare som är direkt anställda hos dem och som således är lättare att motivera till att delta i förbättringsarbetet. Jämför detta med läkare som hör hemma på andra avdelningar och bara arbetar på akuten en gång om året, att utvärdera arbetet på akuten är inte så intressant för dessa. Från att för några år sedan haft ungefär 300 olika läkare som arbetade på akuten är där nu ungefär 65, och endast 20 av dessa är icke hemmahörande på akuten. Detta är dock på väg att ändras och målet är att 100 % av alla läkare på akuten även ska vara hemmahörande där.

En del verksamhetschefens tid åt till att planera akutflödena i en akutflödesgrupp som är övergripande för hela sjukhuset och inkluderar alla avdelningar med nära koppling till akutvård såsom kirurgi och kardiologi.

Det är även på gång att starta en sjuksköterskemottagning som kan ha hand om lättare fall av patienter. En patient som till exempel behöver sy ett litet sår kan tas om hand redan av denna mottagning utan att ens behöva träffa en läkare, vilket skulle hänt om patienten istället besökt en vårdcentral.

4.2.3 Patientflöden

Av de patienter som kommer in till akuten kommer cirka 40 % akut via ambulans och resterande kommer in själva. Det förs ingen statistik över om dessa har varit någon annanstans tidigare, till exempel fått remiss från primärvården, men genom stickprov vet man att cirka 50 % av de som kommer gående in har blivit rekommenderade att vända sig till akuten. Antingen via primärvården, sjukvårdsupplysningen eller är där på arbetsgivarens uppmaning.

Det första som sker när en patient kommer, om det inte är via ambulans, är att patienten själv registrerar sig. I detta skede granskas ett antal larmsymptom till exempel bröstsmärtor, då patienten omgående tas in för undersökning. Efter detta så får patienten invänta undersökning som vanligtvis sker genom ett teamtriage (RETTTS). Så länge inflödet kan hanteras av teamen inom 30 minuter så flyter arbetet på. Om en patient förväntas vänta längre än 30 minuter så triggas det automatiskt igång en triagering som hålls av en sköterska. Bedöms patienten som icke akut får denne återgå till väntrummet i väntan på behandling. Nyckelpunkter i hanteringen av inflöden är ledningssköterskan och teamtriage. Inflöden går relativt enkelt att förutsäga och schemat är lagt därefter.

Av patienterna som kommer in på akuten slussas 29 % vidare i organisationen till andra avdelningar och resterande behandlas på akuten innan de skickas hem. På akutkliniken i Linköping finns en koordinator med ansvar att samordna och ordna vårdplats åt patienter som ska skrivas in. I dagsläget fungerar detta förhållandevis bra och 2013 var det cirka 10 % utav patienterna som fick vänta över 4 timmar på en vårdplats. Eventuella förklaringar är till exempel att patienten behöver vänta på transport till avdelning men också att beläggningen på avdelningar försvårar utflödet från akutkliniken. Jämfört med större sjukhus är detta dock ett mindre problem i Linköping trots att beläggningen på slutenvårdsavdelningar ligger mellan 94-114 %. Arbetet som koordinatören utför är en stor bidragande orsak till att utflödet fungerar så pass bra trots att sannolikheten att det inte finns en vårdplats är stor.

4.2.4 Styrverktyg för löpande verksamhet

Akutkliniken är anslagsfinansierad, budgeten är alltså inte baserad på hur många patienter kliniken *de facto* tar emot utan budgeten är baserad på beräkningar och till stor del hur mycket pengar landstinget har att portionera ut. Vid de analyser som gjorts kring antal personaltimmar blir det uppenbart är att akuten från början vet att de är underbemannade och kommer behöva ta in extra personal och på grund av det överskrida budget. Hittills har dock alla budgetunderskott blivit godkända.

Det är inte uttalat att BSC, eller styrkort, används inom organisationen men det finns mål som bryts ner och utvärderas löpande. Till exempel hur många patienter en läkare har träffat under året och vilken triagekategori denne har haft, vilket hänger ihop med målen om att alla patienter ska träffa en läkare inom en timme och vara utskriven från akuten efter fyra timmar. Vidare finns det också mål kring hur snabbt journaler skall vara utskrivna.

4.2.5 Styrverktyg för utveckling av verksamhet

Akutkliniken på universitetssjukhuset i Linköping arbetar utifrån ett Lean-tänk vilket yttrar sig i flera former. Bland annat genom ett konstant förbättringsarbete som skall komma nerifrån organisationen och inte uppifrån. Ett exempel på detta är att varje team efter varje avslutat dagspass utvärderar dagen med hjälp av ett färdigtryckt reflektionsformulär, med utrymme för förbättringsförslag, som sedan utvärderas. Vidare har de flera arbetsgrupper som arbetar med förbättringsarbete och flertalet anställda har gått diverse Lean-utbildningar. En fara med Lean på kliniken är att det genom att sättas för mycket rutiner och system finns en risk för att det personliga engagemanget försvinner samt att om processer blir för effektiva försvinner all "luft" och således tid för reflektion och eftertanke. Inget av detta är dock några problem som i dagsläget är aktuella.

4.3 Akutkliniken på Karolinska universitetssjukhuset (Solna)

4.3.1 Verksamhetsbeskrivning

På akutmottagningen i Solna arbetar ungefär 130 personer; 20 specialistläkare samt ett antal ST, AT, och underläkare, 100 sjuksköterskor, 50 undersköterskor och 10 medicinska sekreterare. Akuten är uppdelad i olika delar, öppenvård och slutenvård, med varsin chef. Det finns även en akutledning samt sekretariat.

Av de totala antal besökare per år, cirka 80 000, tar akutkliniken hand om 60 %, resten tas om hand av läkare från andra avdelningar. Det är alltså inte alla av de verksamma läkarna på akuten som är anställda där, vilket kan vara förvirrande för patienten och också kan försvåra förbättrings- och uppföljningsarbetet. Kostnaden för de läkare som ibland är verksamma på akuten utan att vara hemmahörande där är inget som belastar akutkliniken då avdelningarna där läkarna är hemmahörande själva budgeterar för dessa. Detta system håller dock på att fasas ut och målet är att akuten inom 4 år ska ha hela ansvaret för både budget samt all personal verksam på akuten.

4.3.2 Organisationsstruktur

I dagsläget finns det ett mindre antal akutläkare i Solna, men det finns en ambition om att antalet läkare med denna specialitet ska öka under de kommande åren.

När det kommer till verksamhetschefens roll så spenderas ungefär 10 % av tiden med akutdivisionen, vilken består av totalt nio kliniker, 20 % av tiden läggs på samarbetsfrågor med andra kliniker med ett stort fokus på problemlösning.

I den delen av akutkliniken som är mest framgångsrik är det processledaren som utmärker sig. Denne har en annan bakgrund än övriga och verksamheten på dennes avdelning är väldigt homogen och inte så splittrad, mycket handlar alltså om ledarskap hos individer.

Organisatoriskt så påverkas patientflödet starkt av röntgenkliniken då denna i stor utsträckning kan bli en flaskhals, i synnerhet i de fall patienter behöver vänta på röntgensvar som ej finns tillgängliga. Som ett led i det fortlöpande förbättringsarbetet har en verksamhetsutvecklingschef nyligen tillsatts.

4.3.3 Patientflöden

När en patient kommer till akuten och anmäls, triageras denna enligt RETTS. Detta sker dock endast om det inte finns ledig kapacitet för tillfället. Av de sammanlagda besöken på akuten kommer ungefär 5 % in på trauma, alltså akut med ambulans. Det är oklart hur många av de som kommer själva som har fått remiss via primärvård, men ungefär 40 % av de som kommer in har fått en rekommendation att besöka akuten av vårdguiden. Det gör uttryck för att detta system inte alltid är positivt i och med att vårdguiden inte kan ta någon bedömningsrisk och således skickar många patienter till akuten.

Av de patienter som besöker akuten hade 20 % kunnat vända sig direkt till primärvården. En anledning att folk går till akuten istället för vårdcentral kan vara att man där bokar en tid och således kan få vänta flera veckor, istället för att vänta några timmar på akuten. Vidare finns det heller inga starka incitament från primärvården att själva ta hand om svårare patienter även om kompetensen finns, då det är enklare, samt billigare för dem, att skicka patienterna till akuten istället. Detta fungerar eftersom akuten aldrig kan säga nej till en patient även om det inte finns medel att ta emot denne. Detta gäller även till viss del andra avdelningar på sjukhuset.

Inflödet är trots detta relativt enkelt att förutsäga samt hantera och det liknar resten av landet. Patienter som ska hem är heller inte något som har en stor inverkan på flödet. Det största problemet kring patientflöden på Karolinska är utflödet vidare i organisationen, vilket också tenderar att vara mer problematiskt på större sjukhus. Det som är positivt med att det är ett så pass stort sjukhus är dock att det finns mycket resurser att även ta hand om svårt sjuka patienter, speciellt om patienten kommer in då systemet inte är "mättat", vilket vanligtvis är på förmiddagen. Det finns dock en viss stuprörseffekt där patienter som är multisjuka inte riktigt passar in på någon avdelning och således är svårare att placera.

Att utflödet blir en flaskhals skapar också ett omvårdnadsproblem då akuten får agera avdelning, alltså ytterligare ett område att fokusera på. För att förbättra utflödet finns det en vårdplatskoordinator, vilket är ett nytt koncept på Karolinska. De har kommit en bit på vägen, men det är fortfarande en administrativ belastning som hade kunnat fungera bättre.

4.3.4 Styrverktyg för löpande verksamhet

Karolinska Universitetssjukhuset har ett antal styrkort centralt och akuten har även ett antal "egna" som är integrerade i deras verksamhetsplan. Detta finns även digitalt för att underlätta att detta går att följa upp veckovis/månadsvis. Vidare finns det ett antal kvalitetsmått, men med detta arbete inte kommit lika långt som arbetet med styrkorten. Detta skiljer sig dock även mellan de olika delarna av akuten där vissa har kommit väldigt långt och är mycket strukturerade medan andra inte har kommit lika långt.

Till de mål och nyckeltal som finns, såsom t.ex. fyratimmarsmålet är det inte kopplat något belöningsystem. Misslyckas akuten att uppfylla dessa mål så straffas den istället genom vite. Budgeten som kliniken får sig tilldelad är satt efter förutsättningen att alla dessa mål uppfylls, vilket alltså inte är fallet. Vitet som realiseras är också en orsak till att budget inte är i balans.

4.3.5 Styrverktyg för utveckling av verksamhet

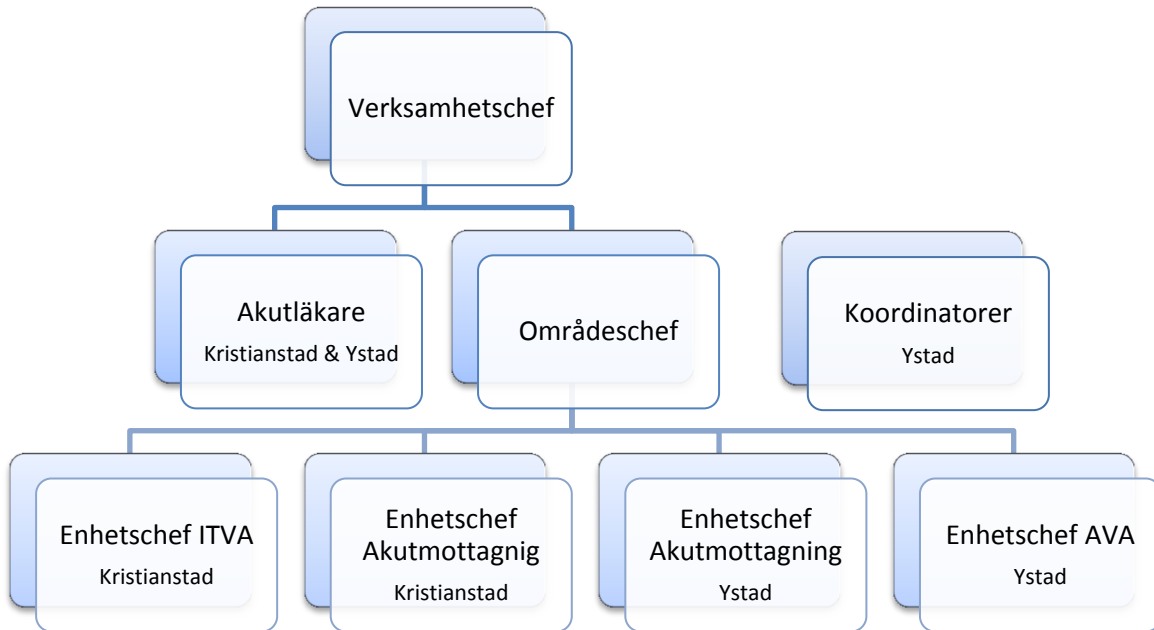
Akutkliniken på Karolinska i Solna har arbetat med Lean sedan 2007. Det har prövats flertalet olika varianter för att optimera arbetet, vilket har resulterat i att det blivit mycket "bygga upp och riva ner". Detta är något som har tagit både mycket tid och energi i anspråk, men upplevelsen är ändå att arbetet med Lean fungerar bra fram tills att själva belastningen på akuten blir för stor. Det som kommer genomföras närmsta tiden är gemensamma riktlinjer för hela kliniken och inte ha dem uppdelade per sjukdom som det var tidigare samt att alla förbättringsprinciper kommer vara samma alla dagar i veckan för att underlätta för både personal och ledning. Det finns redan IT verktyg för att underlätta mätning av processerna och dessa kommer vara kopplade till tydliga mätetal; antal patienter, hur lång tid det tar för patient att få träffa läkare, vistelsetid, etc.

4.4 Centralsjukhuset i Kristianstad

4.4.1 Verksamhetsbeskrivning

Kristianstad centralsjukhus är ett akutsjukhus för 220 invånare i sex kommuner i Skåne. Varje år besöker omkring 52 000 patienter vård på akutmottagningen varav ca 44 000 är läkarbesök. Akutens specialistlinjer inom medicin, kirurgi, ortopedi, gynekologi, öron näsa hals, barn och infektion stöds också av en akutläkarfunktion dagtid.

Verksamhetschefen för akuten i Kristianstad är vad Region Skåne kallar en tre-bens-chef som ansvarar för verksamhetsområdet, personal samt ekonomi. Inom det först nämnda är verksamhetsutveckling och patientsäkerhet viktiga arbetsuppgifter och att arbeta med ekonomin innebär ett kort- samt långsiktigt arbetssätt i ett system där förlusten är given från början.



Figur: 4.1 Med inspiration av organisationsschema akuten, Morten Ljungdahl

I samma verksamhetsområde som Kristianstad finns även akutkliniken i Ystad och de båda klinikerna verkar under samma chef. Med anledning av detta kommer vi i fortsättningen av detta delkapitel hänvisa till både Kristianstad och Ystad.

4.4.2 Organisationsstruktur

På Centralsjukhuset i Kristianstad och på Ystad lasarett arbetar sammanlagt 4 akutläkare, varav 3 är i Ystad. Det finns inga färdiga specialister att rekrytera i och med att läkarprogrammen ännu inte har akutsjukvård som en specialisering. Istället tvingas sjukhusen rekrytera unga doktorer för att sedan lära dem akutsjukvård.

Den vanligaste anledningen till att patienter fastnar på akuten är bristen på vårdplatser. För att hjälpa till vid utflödet av patienter används vårdplatskoordinatorer vilka har en övergripande översikt över lediga vårdplatser på sjukhuset. Hur detta arbete fungerar skiljer sig något åt mellan sjukhusen då det i Ystad är sjukhusets olika avdelningar som har koordinatörer, medan det är akutkliniken som har dem i Kristianstad. Ur akutens perspektiv är det svårt att inte äga problemet varför det är lättare om avdelningen bär ansvaret att lösa en plats för patienter som inte längre ska vara vårdas på. På grund av den regionala omstruktureringen är det fortfarande skakigt i organisationen. Informationsflödet kommer från olika håll och landar helt okritiskt hos medarbetarna vilket tenderar att sätta igång spekulationer.

4.4.3 Patientflöden

Ofta används argumentet att det är de akuta flödena inom sjukvården som är de mest instabila medan de i Kristianstad vet att det är tvärtom. Där kan de förutse hur många patienter som kommer söka för ortoped, kirurgi eller medicin dagligen och att 30 % - 40 % av de sökande patienterna läggs in dagligen med undantag för helgen då det minskar

något. Huruvida patienterna har varit i kontakt med vården tidigare eller om de kommer in på eget initiativ är svårt att säga men alla patienter som kommer till akutmottagningen i Kristianstad eller Ystad blir omhändertagna då det inte går att ställa krav på en patient att denne ska kunna diagnostisera sig själv. Egenvård utövas antagligen i större eller mindre utsträckning beroende på tillgängligheten av akutsjukvård.

Traditionellt sett är vården uppdelad efter ortoped, medicin och kirurg etc., inom vilka kategorier patienter som anländer till akutkliniken i Kristianstad respektive Ystad också blir indelade efter. I Ystad görs en ”spotcheck” av patienten vid registrering innan denne får vänta för att bli triagerad. En sköterska genomför triageringen i enlighet med RETTS innan patienten förflyttas vidare in i akutflödet inom respektive kategori. Det finns en målsättning om att patienten inte ska behöva träffa en sköterska i triagen utan en läkare med en gång och på så sätt minska den icke värdeskapande tiden på akutkliniken. Egentligen borde triagen endast användas i krissituationer men för att nå dit behövs akutläkare och så långt har de inte kommit i utvecklingen i Kristianstad respektive Ystad.

Ska en patient skickas hem efter sitt besök på akuten går det ofta problemfritt så länge inte andra aktörer ska blandas in i hemfärden. Annan ser situationen ut i de fall patienten ska vidare till en annan avdelning då det kan uppstå problem. Om det är problem med utflödet är det ofta på grund av platsbrist på avdelningarna, vilket i sig är en väldigt komplex fråga. Andra faktorer som påverkar utflödet är när läkaren tycker att denne är klart med behandlingen.

4.4.4 Styrverktyg för löpande verksamhet

Det finns många olika mål från regionen och landstinget men som måste brytas ner för att passa i organisationen. Ett exempel är fyratimmars-målet vilket i Kristianstad till viss del är översatt till att minimera den icke värdeskapande tiden för patienten. Det görs uttryck för tendenser att fyratimmars-målet feltolkas och att målet används som styrsystem enbart av ekonomiska skäl. Att omvandla målen så att de har utgångspunkt i patienten och vårdkvalitén snarare än i ekonomi anses viktigt.

Budgeten baseras på tidigare år och fördelningen av pengarna som varje akutklinik blir tilldelad är upp till verksamhetschefen att fördela och uppskatta vad som är rimligt för varje del av organisationen. I Kristianstad finns ett starkt ekonomistöd och man uttrycker också att dialogen i divisionen är öppen hur verksamheten kan rationaliseras. Ett problem med att budgeten sätts på årsbasis är att det kan vara svårt att förutse eventuella nya behov som kan komma att uppstå under året, exempelvis nytt behov av läkare då akuten är väldigt beroende av andra specialiteter. Detta bli problematiskt i och med att det i ett sådant läge antagligen inte finns något svängrum.

Fyratimmars-målet är inte direkt kopplat till budget men kliniken kan få tillskott i budgeten om målet uppnås. Detta är dock ingenting verksamheten budgeterar för och då målet inte uppnås kan det leda till att man exempelvis inte kommer att kunna ha två

akutläkare på mottagningen vilket i ett andra led riskerar ett förlorat fokus på patienten och att patientsäkerheten drabbas

I Kristianstad arbetas det, utöver budgetmålen, med olika kvalitetsmått så som bemötande och graden av återinläggning. Det är viktigt att målen som sätts inte är för många utan att de alla går att arbeta mot. Målen rymmer också en rad olika processer, vilka blir mål i sig, i och med att de måste fungera innan de övergripande målen kan uppnås.

4.4.5 Styrverktyg för utveckling av verksamhet

I Kristianstad och Ystad tycker de att Lean-konceptet är bra om det vågas användas på rätt sätt. Det tenderar att bli lite tjatigt och har används i vården länge. Det finns en tanke med att ge medarbetarna rätten att påverka även om de fortfarande saknar den rege, nlrätta möjligheten att faktiskt göra det. Åsikten är att det är ledningens ansvar att se till att medarbetarna faktiskt får denna rätt.

Det finns många goda exempel på hur Lean fungerar och i Kristianstad arbetas det just nu med en utvärdering av de egna processerna. Det är viktigt att samla in den rätta informationen och att låta de personer som faktiskt arbetar i processerna att vara delaktiga i arbetet, det behöver inte vara högsta ledningen som utför förändringen utan ibland kan det vara bra att våga släppa tyglarna och testa. Triageprocessen på Ystad lasarett är ett exempel på ett Lean-projekt som genomförts och som gett positiv utdelning. Under implementeringen testade man olika tillvägagångssätt och mätte exempelvis tiden från det att patienten fick sin nummerlapp till dess att denne blev undersökt. Denna utveckling är också något som gett positiv respons i patientutvärderingar.

4.5 Sahlgrenska Universitetssjukhuset

4.5.1 Verksamhetsbeskrivning

55 000 patienter söker akutkliniken på Sahlgrenska varje år och av dem kommer 65 % gående och 35 % kommer via ambulans. Av de ca 4 500 patienterna som besöker akuten varje månad kommer ungefär 1000 med remiss från primärvården, vilket är ett relativt högt antal traumapatienterna är omkring 1300 stycken per månad.

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg är akutkliniken en del av medicinavdelningen. Det har den varit sedan 2009 då sjukhuset, för att lösa vårdplatsproblematiken och för att effektivisera flödena, valde att slå ihop avdelningarna. Det är på medicinavdelningen som den största andelen av patienter från akuten läggs in. Läkare inom medicin är anställda på medicinavdelningen och resterande del av läkarkåren hyrs in från andra avdelningar. Det finns också ett antal akutläkare som är anställda av akutmottagningen.

Då medicinavdelningen på Sahlgrenska har haft balans i budgeten de senaste två åren finns ett stort fokus på verksamhetsutveckling. Mycket av verksamhetschefens tid läggs

på förändringsarbete med ett särskilt fokus på patientsäkerhet. En ny enhet för kvalitet och patientsäkerhet har inrättats där verksamhetsutvecklare, forskare och utbildning samlats för att kunna hålla hög aktivitet inom området.

4.5.2 Organisationsstruktur

Det är, som nämnt, bara medicinläkare anställda på akutkliniken. Andra läkare så som kirurger är anställda på andra avdelningar inom sjukhuset. Detta ger upphov till vissa bekymmer då vissa mål inte går att påverka. Det går att styra medicinläkarna så att de arbetar efter fyratimmarsmålet men det går inte att styra de läkare som inte är anställda på akutkliniken. Det finns även mål som säger att alla patienter ska träffa en läkare inom en timme från deras ankomst men i och med att akuten endast har möjlighet att placera ut medicinläkare och inga kirurger skapas problem. För att lösa detta har akutkliniken valt att anställa akutläkare.

Det finns olika vårdnivåer inom medicin där den högsta är intensivvårdsavdelningen (IVA). Nästa nivå är kardiologavdelning eller medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA). Om en läkare bestämmer att patienten är i behov av slutenvård kan inte läkarna på akuten själva fatta beslut om inläggning på dessa avdelningar utan det ska göras i samråd med läkare från respektive avdelning.

Det finns även vårdplatskoordinatorer som ser till att patienter får platser på olika avdelningar och som samordnar lediga vårdplatser. Det finns en problematik i att det aldrig får vara fullt, det måste alltid finnas plats för en patient. Det är dock verksamhetschefens uppfattning att om en avdelning säger att de har fullt så är det alltid så att en av de inlagda patienterna faktiskt kan ligga någon annanstans men att detta är något som är svårt att få medarbetare inom organisationen att förstå.

För att förbättra patientflödena och koordineringen av vårdplatser pågår ett arbete där det ska finnas adresserade vårdplatser. På det sättet blir patienten avdelningarnas ansvar när det är bestämt vilken typ av behandling den behöver. Avdelningen får en viss tid att hämta patienten och har de inte plats får de lösa en plats på en annan avdelning. Akutkliniken behöver således inte ansvara för patienter när avdelningarna har fullt.

Ett organisatoriskt problem när det kommer till utflödet av patienter är avflödet mot kommunen. Det är en process som ofta dröjer i och med att kommunen har ett antal dagar på sig innan de måste ta hand om patienten. Detta kan göra att patienter får ligga i dagar och vänta på insatserna och i och med det ta upp vårdplatser för patienter som behöver dem bättre. Avflödet till kommunen är det som påverkar utflödet av patienter från akuten mest, dessutom är det ett väldigt oekonomiskt arbetssätt.

4.5.3 Patientflöden

När patienter anländer till akuten registreras de av en administratör innan patienten får en kölpapp i väntan på triagen. Triagen görs sedan av en sköterska och en undersköterska, där de undersöker vissa algoritmer för att kunna tilldela patienten en färg. Färgen representerar hur stor risk patienten löper i väntan på läkare. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset användes triagesystemet RETTS. För tillfället står

akuten inför en förändring då läkarteam ska införas och i och med det försvinner triagen eftersom den nu kommer att införas i teamet tillsammans med doktorn.

4.5.4 Styrverktyg för löpande verksamhet

Akutkliniken får årligen en summa pengar från staten som kan fördelas på olika avdelningar men i övrigt inte kan påverkas så mycket. De stora kostnaderna i budgeten är personal och läkemedel. Det finns inga riktiga incitament att ha överskott i budget eftersom ett eventuellt sådant går in i hela sjukhusets balans. Att kliniken på Sahlgrenska har kunnat ha en budget i balans de senaste åren beror delvis på att vissa delar går bättre än andra. Varje år får verksamhetschefen en effektiviseringsplan som måste uppnås och på akuten är det endast personal och vårdplatser som det finns möjligheter att göra förändringar inom.

Fyratimmarsmålet försöker uppnås på Sahlgrenska men verksamhetschefen ger uttryck för att det är svårt och att det ryms en problematik i att personer inte förstår hur allting hänger ihop. Det största bekymret och det som gör att målet är svårt att arbeta med samt planera för är att verksamheten i sig är så oplanerad. Fyratimmarsmålet är också svårt att kombinera med ett kvalitetsarbete och det är en utmaning för akutkliniken att hitta ett sätt att kombinera dem. Annan problematik med målet är att vissa åkommor behöver längre behandlingstid än fyra timmar men för patienten går det ändå snabbare att komma till akuten än att gå till primärvården för att remitteras och riskera att få vänta i flera veckor.

För att komma ifrån ekonomistyrningen, vilken anses ha negativa effekter så som att ingen vill ta hand om de riktigt sjuka och ”dyra” patienterna och att de skjuts över på akutsjukvården, ska kliniken på Sahlgrenska gå över till att arbeta med värdebaserad kvalitetsstyrning där det som mäts är patientnyttan per spenderad krona. Tillsammans med Boston Consulting Group (BCG) valde sjukhuset ut specifika patientprocesser som man arbetade med. I det arbetet var akutkliniken inte med, istället startades arbetet på eget initiativ och utvalda processer har kartlagts inom verksamheten och olika aktiviteter har prissatts. Nästa steg är att effektivisera och förbättra processerna på akuten så att vissa aktiviteter kan tas bort.

För att få medarbetarna att arbeta efter verksamhetsplanen och kvalitetsmålen arbetar avdelningen med lönekriterier som består av både kvalitativa och kvantitativa mått som utvärderas under alla medarbetarsamtal. Akutkliniken har också bestämt att varje seger ska firas för att motivera och engagera personalen i förändringsarbetet.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har tre huvudmål varav det ena är att ha en akutsjukvård i toppklass, varför det satsas centralt på akutkliniken. Det finns många aktiviteter som akutkliniken och medicinavdelningen arbetar efter men det görs uttryck för att det är svårt att mäta prestationerna på grund av bristfällig IT-support.

4.5.5 Styrverktyg för utveckling av verksamhet

Lean-management är något som det uttalat arbetas med på akuten. Det teambaserade arbetet är en produkt av att ha arbetat med Lean men det har även funnits med inom

andra verksamheter. Ett annat exempel som nämns är att patienter förr ofta togs in vid flera olika tillfällen för att göra vissa undersökningar medan patienten nu, i en mer Leananpassad organisation endast läggs in en dag och undersökningarna beställs i förtid.

New Public Management är den filosofi sjukvården styrs av och det har medfört att vården har tappat en del av värdegrundsarbetet. Det har medfört att vissa patienter nekas och kvaliteten påverkas negativt. Det akutmottagningen och medicinavdelningen på Shalgreńska gör nu är att arbeta efter en ökad kvalitet och en tydlig värdegrund.

4.6 Rigshospitalet Köpenhamn, traumacenter

4.6.1 Verksamhetsbeskrivning

Patienter som kommer till TraumaCenter är endast traumapatienter, det vill säga de som råkat ut för till exempel bilolycka, grovt våld eller brandskador. Patienter som inte bedöms som tillräckligt akuta hänvisas till annan akutmottagning, (Danmark har inte vårdcentraler på samma sätt som i Sverige) eller annan avdelning. Vanligtvis så behandlas dock de patienter som kommer in på plats. Det finns ingen statistik på hur många som "avvisas" men totalt behandlar TraumaCenter ungefär 12 000 patienter årligen. Det är dock inte många som inte behandlas och en bidragande orsak till detta är att patienterna har lärt sig hur systemet fungerar då TraumaCenter har arbetat på detta sätt sedan starten 1999.

På kliniken arbetar 30 sjuksköterskor, 15 sekreterare, två överläkare, en klinikchef samt en klinisk professor. Då det inkommer en allvarligt skadad patient så kallas ett team ner till akuten, vilket innebär att specialistläkarna lämnar sina avdelningar för att behandla en akut inkommen patient. Varje sådant team består av 16 personer. De flesta av läkarna som är verksamma på akuten är anställda på andra avdelningar och kallas in på larm och kostnaden för denna personal täcks av respektive avdelning.

Verksamhetschefens huvudansvar tillsammans med chefssköterskan är att leda verksamheten samt att säkerställa att kliniken når upp till kvalitetskraven både på verksamheten samt på forskningen som bedrivs. Vidare ansvarar verksamhetschefen för samarbetena med andra kliniker på Rigshospitalet och för att den dagliga verksamheten fungerar.

4.6.2 Organisationsstruktur

Traumacenter kan ta hand om 5 traumapatienter samtidigt, det är dock sällan fler än två och i händelse av traumalarm så finns det på sjukhuset så kallade Traumateam som blir nerkallade vid behov. Dessa består av 16 personer: Specialistläkare, sjuksköterskor, sekreterare, bioanalytiker och radiografer vilka kan sammankallas på två-tre minuter.

Vid allvarliga fall finns det så kallade "akutbilar" som kan vara på olycksplatsen i stort sett var som helst inom Köpenhamn på tio minuter. Dessa är inte ambulanser, och kan inte ta med patienter, men är utrustade med avancerade hjälpmedel och bemannade

med bland annat rutinerade anestesiläkare med god individuell förmåga att bedöma en patients tillstånd och behov. Detta skapar, förutom en chans att starta behandling på plats, också ett sätt för TraumaCenter att i förväg få reda på vad för typ av skada som är på ingång så att de kan kalla samman ett rätt bemannat team på förhand. Det är dock inte alltid det finns möjlighet för läkare på plats att informera om detta i detta skede, vilket gör det nödvändigt att snabbt kunna sammankalla traumateamet oavsett förutsättningar.

Positivt med organisationen på hela Rigshospitalet är att det till stor del tas konsensusbeslut kring vart patienterna ska behandlas. Det finns en vilja bland alla kliniker att följa upp patienten och det är ganska unikt att alla kliniker är villiga att på två minuter skicka iväg "sina" specialistläkare ner till traumacenter. Det är mycket sällan en klinik eller läkare slår ifrån sig ansvaret för en patient. Detta beror till stor del på att Rigshospitalet "är" traumacenter vilket kommer av att alla chefer i starten satte sig ner och fick alla inblandade och engagerade i projektet kring att starta traumacenter. Skulle det ändå uppstå en situation där ansvaret för en patient är oklart så är det kardiologen, alltså hjärtläkaren som har ansvaret tills något annat framkommer.

4.6.3 Patientflöden

Årligen behandlas ca 12 000 patienter på Rigshospitalets TraumaCenter. Unikt med verksamheten på TraumaCenter är att det är ett högt specialiserad sjukhus och patienter som kommer hit är begränsade till de som kommer med ambulans eller har blivit hänvisade hit av praktiserande läkare, ofta husläkaren. Patienter som kommer in med lättare skador hänvisas till andra kliniker. Verksamheten har fungerat på detta sätt sedan starten 1999 och det finns en medvetenhet om hur det fungerar hos patienterna vilket resulterar i att man sällan behöver avvisa patienter då patienter som är sjuka går till sin husläkare medan de patienter som är skadade besöker TraumaCenter.

Under inflödet är det initialt en sjuksköterska som bemöter patienten och bedömer huruvida patienten ska bli intagen eller. Om patienten hänvisas vidare skall de dock vara mycket säkra på sin sak, vilket ofta resulterar i att patienten blir intagen och undersökt av en läkare. Här används ett triagesystem för att underlätta kategoriseringen av patienten och det man använder på TraumaCenter är *DEPT (Danish Emergency Process Triage)*.

Traumafall är svåra att förutsäga eller planera för men schemaläggningen fungerar ändå bra. Av erfarenhet vet man vilka faktorer som kan påverka antalet olyckor, till exempel när det är mer trafik eller mycket folk i rörelse på kvällar och helger.

Angående utflödet så är det undersökande läkare tillsammans med dennes bakjour som beslutar huruvida patienten ska skickas hem, eller till en annan avdelning efter behandling. Vid en situation där andra avdelningar är fulla så får patienten stanna på akuten till nästa dag. I värsta fall, då patienttrycket är för hårt på akuten och patientsäkerheten är hotad får övriga avdelningar antingen ta över behandling av

patienter nere på akuten, eller ta upp patienten till sin avdelning. Det finns ingen uttalad tjänst som koordinerar detta arbete utan kardiologen har rätt att bestämma vart en patient ska tas om hand. Detta sker dock i samspel med övriga specialiteter och detta fungerar för det mesta mycket bra, även vid fall med multisjuka patienter som kan vara svårare att placera.

4.6.4 Styrverktyg

På TraumaCenter används inte uttryckligen några etablerade styrsystem såsom till exempel Lean eller TQM. Vad man istället har gjort är att använda ett brittiskt system, Trauma Audit and Research Network (TARN) vilket är en stor databas där parametrar såsom överlevande i förhållande till skadenivå mäts. Detta sätts sedan i relation till övriga kvalitetsmål som finns vilket har gett en tydlig bild av att arbetet ständigt förbättrats. Vidare mäts också tid patienter behöver spendera på akuten, men i och med att det är ett traumacenter mäts inte väntetider då detta inte existerar på samma sätt som i Sverige.

Det sker ett kontinuerligt förbättringsarbete både kring verksamheten i stort och patientprocessen och som ett led i detta har traumacenter haft som mål, och även uppnått, en amerikansk certifiering: *Level 1 American College of Surgeons*®. Vidare kommer det under detta verksamhetsår sättas tydligare mål för patientprocessen, detta är dock ett arbete i process och som inte är helt klart. Värt att poängtera är att dessa mål kommer från traumacenter själva, staten sätter inga mål för akuten eller traumacenter.

Angående budget så sätts den centralt och traumacenter får ett belopp att distribuera fritt inom organisationen utefter förutbestämda aktivitetskrav. I relation till detta finns ett besparingskrav på 2 % årligen. Generellt sett hålls budgeten, det är dock inget stort överskott. Pengarna vid ett eventuellt överskott får ehll inte bhållas så länge kliniken inte kan motivera användningen för av dem, tillexemepl att de spenderas på investeringar till verksamheten. Incitament att följa budget skapas istället genom en reduktion i kommande års budget vid underskott, det kan dock vara svårt att förutse budget då utkomsten till mycket stor del beror på antalet patienter. Vidare så måste det alltid upprätthållas en viss nivå då man annars förlorar kapaciteten att hantera trauman.

	Universitetssjukhuset Örebro	Universitetssjukhuset Linköping	Karolinska Universitetssjukhuset (Solna)	Centralsjukhuset Kristianstad	Sahlgrenska sjukhuset Göteborg	Rigshospitalet Köpenhamn
Verktyg						
Löpande verksamhet						
Budget	Ja Anslagsfinansierad Baserad på föregående år	Ja Anslagsfinansierad Baserad på föregående år	Ja Anslagsfinansierad Baserad på föregående år Vite om mål ej uppfylls	Ja Anslagsfinansierad Baserad på föregående år	Ja Anslagsfinansierad Baserad på föregående år Ev överskott till sjukhuset centralt Effektiviseringsplan kopplad till budget	Ja Anslagsfinansierad Baserad på föregående år Överskott till sjukhus centralt 2 % besparingskrav Reduktion i nästa års budget om underskott
BSC	Nej	Ja/Nej Mål som bryts ner och kontinuerligt utvärderas	Ja, sjukhuscentrala Nedbrutna till akutspecifika – integrerade i verksamhetsplanen	Nej	Nej	Nej

	Universitetssjukhuset Örebro	Universitetssjukhuset Linköping	Karolinska Universitetssjukhuset (Solna)	Centralsjukhuset Kristianstad	Sahlgrenska sjukhuset Göteborg	Rigshospitalet Köpenhamn
Mål/Nyckeltal	Ja Fyratimmarsmålet Verksamhets-specifika	Ja Fyratimmarsmålet Verksamhets-specifika	Ja Fyratimmarsmålet Verksamhets-specifika	Ja Fyratimmarsmålet Verksamhets-specifika	Ja Fyratimmarsmålet Verksamhets-specifika	Ja Verksamhets-specifika
Utveckling av verksamhet						
LEAN	Implementerat Personalutbildningar Checklistor för kontroll	Väl implementerat Personalutbildningar Checklistor för daglig utärdering Teambaserat arbete	Utvärderas och omarbetas	Utvärderas	Implementerat Personalutbildningar Teambaserat arbete	Använder TARN
TQM	Inte uttalat	Inte uttalat	Inte uttalat	Inte uttalat	Inte uttalat	Inte uttalat
Värdebaserad sjukvård	Inte uttalat	Inte uttalat	Inte uttalat	Inte uttalat	Implementeras	Inte uttalat

5. Analys av teori och empiri

Detta kapitel presenterar studiens analys. Analysen är dels en jämförelse mellan de studerade akutklinikerna, dels en jämförelse mellan insamlad empiri och teori samt en helhetsanalys av de studerade klinikerna. Frågeställningarna och syftet utgör basen för den diskussion som förs i kapitlet.

5.1 Jämförelse mellan akutklinikerna

Kapitel fyra sammanfattades med en tabell innehållandes en sammanställning och sammanfattning av det empiriska materialet. I tabellen presenterades olika parametrar för att skapa en översikt över de studerade akutklinikerna. Det är denna tabell som ligger till grund för jämförelsen i detta kapitel

5.1.1 Organisationsstruktur

I vilken utsträckning läkare som är verksamma på akutklinikerna också är anställda där eller inte skiljer sig åt mellan sjukhusen. På Linköping och Karolinska är en stor andel av läkarna anställda direkt av akutkliniken medan Örebro inte har några egna läkare. På Sahlgrenska är medicinavdelningen och akutkliniken sammanslagning varför alla medicinläkare där är anställda av akuten samtidigt som läkare inom andra områden hyrs in. I Köpenhamn finns två anställda läkare medan resten av den verksamma personalen endast arbetar vid inkommande trauma då de lämnar sina respektive avdelningar, personalkostnaden står hemavdelningen för.

Av de läkare som är anställda eller verksamma på akuten är vissa specialiserade akutläkare. I Linköping har de kommit långt i arbetet med att anställa akutläkare och en stor andel av de anställda på akutkliniken är specialiserade inom akutsjukvård. Av de studerade klinikerna är det endast Örebro och Köpenhamn som inte har några akutläkare medan övriga har ett fåtal.

Alla svenska akutkliniker som undersökts arbetar med triagesystemet RETTS medan de i Köpenhamn använder DEPT. Även tillvägagångssättet i triagen skiljer sig något åt mellan de studerade akutklinikerna. Alla arbetar efter en modell där en första bedömning görs vid registrering av patienten för att säkerställa att eventuell väntetid inte är skadlig för patienten. Det är efter detta steg som skillnader uppstår mellan klinikerna. Örebro använder vad de kallar ledningsteam i triagen där det inte endast är sköterska och undersköterska som genomför undersökningen utan det finns alltid en läkare närvarande. På Sahlgrenska står man inför en liknande förändring men arbetssättet är ännu inte implementerat. I Köpenhamn är kraven större för huruvida en patient ska tas in på akuten eller inte vilket förklarar att väntetiden på läkare ofta är kortare när patienten väl är intagen.

På alla de studerade akutklinikerna, förutom Köpenhamn, finns vårdkoordinatorer som arbetar med att placera ut patienter på andra avdelningar på sjukhuset efter det att de

är klara på akuten. På CSK i Ystad är koordinatoreorna inte del av akuten som på de andra sjukhusen utan de finns på avdelningarna. Enligt verksamhetschefen i Kristianstad finns det fördelar med detta i och med att det inte är akuten som äger problemet med det potentiella problemet med brist på vårdplatser. På Rigshospitalet är det istället kardiologläkaren tillsammans med övriga specialister som avgör till vilken avdelning patienten ska efter att ha varit på akutkliniken.

5.1.2 Patientflöden

Antalet patienter som besöker de studerade klinikerna skiljer sig inte avsevärt åt men Karolinska och Kristianstad är de två av de undersökta svenska klinikerna med flest respektive minst antal sökande patienter. Till Rigshospitalet anländer avsevärt färre patienter årligen då de endast tar emot mellan tre till fyra delar av vad Kristianstad tar emot. Större variation är det i andelen patienter som kommer via ambulans och andelen som själva kommer gående in där Linköping har störst andel patienter via ambulans jämfört med de andra klinikerna. Till Karolinska är det endast 5 % av patienterna som kommer via ambulans.

Alla studerade kliniker menar att inflödena är lätta att förutse och att det finns ett tydligt mönster över veckans dagar och tider på dygnet. Genomgående för alla klinikerna är också att alla patienter tas emot, oavsett om det är överbeläggning eller inte. Till skillnad från de svenska akutklinikerna är det endast traumapatienter som anländer till kliniken på Rigshospitalet, icke akuta fall hänvisas till husläkare eller annan avdelning på sjukhuset. Traumafallen är i regel svåra att förutsäga men det går ändå att urskilja ett mönster för när de är mer eller mindre vanliga.

För de patienter som anländer till akuten ser processen relativt likartad ut oberoende av vilken akutklinik som besöks. Vid registrering genomförs en spot-check innan ytterligare väntan inför triagering sker. Örebro och Kristianstad uttrycker hur patienterna kategoriseras efter de olika funktionerna eller stuprören i organisationen under triageringen, alltså efter kliniktilhörighet.

När patienterna är klara på akuten ska de antingen hem eller vidare till andra avdelningar på sjukhuset. Det är i denna del av flödet som flaskhalsar kan uppstå. Om patienten ska hem är utflödet inga problem om inte, som Kristianstad samt även Sahlgrenska uttrycker, andra parter är inblandade i transporten.

Utflödet på Rigshospitalet upplevs som smidigt då det inte är något problem att låta en patient stanna en extra dag på akuten, endast när patientsäkerheten är hotad och det är hög beläggning tas behandlingen över av andra avdelningar eller patienten flyttas till en annan avdelning än den tänkta.

5.1.3 Styrverktyg

Klinikerna är anslagsfinansierade och får en summa pengar av landstinget varje år och blir inte finansierade per behandlad patient eller liknande. Pengarna förvaltar klinikerna själva för att på bästa sätt kunna bedriva sin verksamhet och uppnå det nationella fyratimmarsmålet. Örebro, Kristianstad och Sahlgrenska har försökt bryta

ner och omvandla fyratimmarsmålet så att det bättre ska passa in i organisationen och för att sätta vårdkvaliteten och patienten i fokus.

Att budgeten är på årsbasis kan bli problematiskt i och med att personalen, enligt verksamhetscheferna på Sahlgrenska, Kristianstad och Linköping är en av de största kostnaderna. Med en verksamhet där det inte alltid går att förutse vilket personalbehov man har kan extra kostnader uppstå och budgeten överskrids. På kliniken i Linköping har alla de senaste underskotten godkänts och på Sahlgrenska saknas incitamenten att ha budgetöverskott i och med att ett eventuellt sådant går in i övriga organisationen.

Om budget inte följs på Rigshospitalet leder detta till en reduktion i nästa års budget och på Karolinska straffas kliniken med vite, vilka är konsekvenser som blir incitament till att följa budget. På Rigshospitalet finns möjligheten att få behålla ett överskott så länge kliniken kan motivera vad det ska användas till. Både på Rigshospitalet och Sahlgrenska finns också krav kopplade till budgeten: På Rigshospitalet finns ett besparingskrav på 2 % årligen och på Sahlgrenska måste krav i en effektiviseringsplan uppnås.

I Örebro används statistik i stor utsträckning för att öka kvalitetsarbetet utifrån vilket olika nyckeltal utformas med syftet att identifiera förbättringsmöjligheter inom den egna verksamheten. Även på de andra klinikerna arbetar de med kvalitetsmått men det görs uttryck för detta arbete på olika sätt. Karolinska använder sig av mått av olika slag men arbetet behöver vidare utveckling och olika avdelningar på akuten har kommit olika långt i sitt arbete. På Rigshospitalet är målet för verksamhetsåret att sätta tydligare mål för patientprocessen.

Det bara kliniken i Kristianstad som säger använda Balanced Scorecard. I och med den strukturella förändringen i regionen saknas det dock fortfarande klara riktlinjer för hur man faktiskt ska arbeta med det. Karolinska använder också styrkort i stor utsträckning, sjukhuscentrala så väl som egenutvecklade vilka är integrerade i verksamhetsplanen. En av fördelarna med styrkortet är att de finns att tillgå digitalt och uppföljning kan göras per vecka eller månad exempelvis. Detta skiljer sig något från kliniken på Sahlgrenska som ger uttryck för att den dåliga IT-strukturen och bristen på system som kan kommunicera med varandra försvårar möjligheten att mäta prestationer och följa upp resultat.

Alla akutkliniker, bortsett från på Rigshospitalet, arbetar med Lean men dock i olika utsträckning. Det verkar som att det är på kliniken i Linköping som filosofin används i störst utsträckning och arbetssättet är mest utarbetat där. Där fylls färdiga formulär i efter varje avslutat pass i vilka personalen utvärderar arbetsdagen utefter standardiserade kriterier. Varje morgon börjar sedan med ett möte där gårdagen går igenom och utvärderas. Istället för Lean använder sig Rigshospitalet av systemet TARN, vilket inte har nämnts hos någon av de andra klinikerna.

Även Örebro arbetar med ett Lean-perspektiv där checklistor och arbetsgrupper är en del av den dagliga verksamheten. I övrigt lyfter de vikten av att arbeta med mjuka

värden inom Lean och att det är viktigt att alla medarbetare förstår filosofin och varför den används, vilket också är något som lyfts av verksamhetscheferna i Linköping och Kristianstad.

På Karolinska har arbetet med Lean pågått under en längre tid men då flertalet varianter har testats har det kostat både tid och energi. Det som görs nu är att gemensamma riktlinjer införs på hela kliniken och inte ena efter de olika vårdområdena, som det såg ut innan belastningen på kliniken blev för stor. Även på kliniken i Kristianstad utvärderas de befintliga processerna för att eventuellt hitta ytterligare förbättringsområden.

TQM är inte något som uttryckligen används på någon av de besökta klinikerna. Det ska dock noteras att vissa av kärnvärden inom TQM i viss utsträckning används på alla undersökta kliniker, främst kundfokus (patientfokus) och kontinuerligt förbättringsarbete. Engagemang från ledning och medarbetare är också en viktig komponent i TQM och som är påtagligt på alla de kliniker vi har studerat.

5.2 Jämförelser av akutklinikerna och befintlig teori

5.2.1 Processororienterad sjukvård

Även om ingen av de besökta akutklinikerna, uttryckligen säger att det finns ett processororienterat fokus är det tydligt att det är ett inslag på samtliga kliniker. Det är patientens vistelse på akuten som är det vitala samt arbetet för att denna ska vara så smidig och effektiv som möjligt. Detta kan sättas i relation till det Carlsson et al. (2005) säger: att processens nyckel är sambanden mellan de värdeskapande aktiviteterna.

Det är viktigt att göra skillnad på den processororienterade verksamheten som är akutkliniken och en eventuell processororientering på sjukhuset. På en akutklinik är dock båda relevanta då den senare påverkar faktorer så som hur utflödet av patienter till andra avdelningar fungerar. Utflödet är det som akutklinikerna generellt upplever som den största flaskhalsen inom sina verksamheter. Kristianstad nämner till exempel att det kan vara fullt på andra avdelningar och att det är svårt att avgöra när patienten är klar på akuten. Utflödet anses också vara ett problem på Karolinska där akuten ofta får agera vårdavdelning vilket som skapar omvårdnadsproblem som kan påverka patientsäkerheten.

Problemet med utflödena från akuten är dock svåra för verksamheterna att själva hantera då de är ett problem på en högre organisatorisk nivå. Så även om alla interna processer fungerar som de ska så kan utflödet stoppa upp annan verksamhet, vilket Örebro ger uttryck för. Detta är också det som verksamhetschefen menar är det negativa med flödesorientering, att går det fel någonstans i processen stoppar det lätt upp övrig verksamhet. Trauman är också en del av verksamheten som kan påverka övriga processer. På Sahlgrenska kräver trauman mycket engagemang från övriga verksamheten då allting tvingas stanna upp.

Sjukvården är enligt verksamhetschefen i Kristianstad traditionellt sätt uppbyggd som funktionsorganisationer, vilket medför naturliga hinder för processorientering (Nilsson 2008). Detta blir tydligt på akutklinikerna i och med att det är många specialiteter som ska samarbeta på en avdelning där de inte är hemmahörande och gemensamt se till patientens bästa. Vad som skulle kunna anses vara en lösning på problemet och som framförallt Linköping arbetar med är akutläkare vilka är direkt anställda på akuten och som är specialiserade på akutsjukvård. Även Karolinska, Sahlgrenska och Kristianstad arbetar med akutläkare i viss utsträckning.

Enligt Asplund et al. (2010b) går det inte att ha både bra genomflöde och ett effektivt resursutnyttjande utan en av faktorerna måste väljas. I och med de stora variationerna på akuten passar ofta stora flödesorienterade anpassningar så som Lean bäst vilket alla kliniker arbetar med, Köpenhamn borträknat. Viktigt vid implementering eller förändringar i arbetssättet är dock att ledningen är involverad och engagerad i processen vilket verkar vara fallet hos de studerade klinikerna. I Kristianstad görs kontinuerliga utvärderingar och på Karolinska likaså. Även i Linköping görs ständiga förbättringar och personalen uppmanas att komma med egna förbättringsförslag.

Nilsson (2008) menar att optimala processer kräver en processledare som ansvarar för att driva arbetet framåt. Av de undersökta klinikerna är det endast Karolinska som uppger att de har en och att på den mest framgångsrika delen av kliniken just är processledaren som utmärker sig och som bidrar till stora förbättringar. Tvärfunktionella arbetsgrupper verkar dock vanligare på övriga kliniker där olika projekt ofta drivs på det sättet. Carlsson et al. (2005) menar att just den typen av grupper ofta behövs för att driva förändring. På Sahlgrenska användes detta bland annat vid utvecklandet av den värdebaserade styrningen.

Det som enligt Nilsson (2003) är det som skiljer patientprocessorientering från processorientering är fokuset på den värdeskapande servicen. Detta kan bäst påvisas i Kristianstad där fyratimmarsmålet har brutits ner till att minimera den icke värdeskapande tiden på akuten för patienten. Om än inte lika uttalat arbetar också de andra klinikerna efter detta då de alla strävar efter att låta patienten vänta så kort tid som möjligt och träffa läkare snabbt, samtidigt som det finns ett fokus på patientsäkerheten.

Linköping arbetar i linje med att huvudprocessen för patienten är det som ska vara fokus, snarare än läkarnas specialistområden (Nilsson 2008). När det finns akutläkare anställda på akuten minskar sannolikheten att patienten behöver träffa olika specialister innan den får rätt vård och flödet genom akuten blir på så vis smidigare. Även Karolinska, Kristianstad och Sahlgrenska arbetar mot detta men har inte kommit lika långt då andelen akutläkare är lägre.

5.2.2 Värdebaserad sjukvård

Flera av de besökta akutklinikerna talar om värdebaserad sjukvård, även om det yttrar sig på olika sätt. Allra tydligast är det på Sahlgrenska där man tillsammans med BCG tagit fram ett nytt arbetssätt för att komma ifrån de negativa aspekterna av

ekonomistyrning, såsom att avdelningar inte vill ta hand om svåra patienter och att de allra dyraste skickas vidare till akuten. Genom att istället för ekonomistyrning arbeta med värdebaserad kvalitetsstyrning mäts patientnyttan per spenderad krona. Olika processer har kartlagts inom verksamheten och olika aktiviteter har prissatts. Kopplat till detta, för att säkerställa att arbetet fokuserar på rätt saker finns det individuella mått kopplade till det och som utvärderas löpande. Dessa mått är både kvalitativa och kvantitativa, vilket överensstämmer i stort med i synnerhet två av de fem punkter som lyfts fram av Höglund et al. (2012) och beskrivits ovan:

- Utvärdering och uppföljning baserat på specifika mål och mått. Innehållandes både kostnadsuppföljning men också vilket värde som generas i form av patientvärde.
- Jämförelse och konkurrens mellan alla aktörer i vårdkedjan ska vara baserad i första hand på faktiska resultat och inte kostnader.

Både Örebro och Linköping lyfter fram en fara i att ha mål som är för fokuserade på kostnader eller andra kvantitativa mått då det genom att bli för kvantitativt riskerar att ta bort det personliga och de mjuka värdena.

Örebro riktar också kritik mot fyratimmarsmålet. Bland annat lyfts det fram att detta mål kan motverka kvalitetsarbete som genomförs då fokus istället ligger på att snabbt skicka hem patienten. Vidare finns det en fara i att sätta mål om är för enkla att mäta, då resultatet av detta kan vara att man mäter det som är enkelt snarare än det som är relevant. Karolinska poängterar också att det enda incitamentsystemet som finns kopplat till detta är straffavgifter om det inte uppnås. Kristianstad uttrycker också att det kan finnas tendenser att fyratimmarsmålet används som styrsystem enbart av ekonomiska skäl. Detta motsäger de förslag som presenteras av BCG genom Alsén et al. (2013); att fokus inte ska ligga på kostnader och vikten av att förbättringsarbete är väl förankrat i hela organisationen. Sahlgrenska uttrycker också ett visst missnöje med fyratimmarsmålet. De anser att det största bekymret, utöver att det generellt är svårt att förutse verksamheten så pass att det går att arbeta utefter målet, är att det är svårt att kombinera med det fokus på kvalitetsarbete som görs. Den största utmaningen för Sahlgrenska ligger i att hitta ett sätt att kombinera dessa befintliga kvantitativa mål med befintlig verksamhet och fokus på kvalitetsarbete.

BCG, genom Söderlund et al. (2012), betonar även vikten av att samla in mätbara data och att denna håller en hög kvalitet och betonar vikten av en väl fungerande IT-infrastruktur. Just detta har Sahlgrenska identifierat som en svaghet i deras kvalitetsarbete då IT-strukturen de har i dagsläget inte är bra nog för att mäta målen.

5.2.3 Verktyg för den löpande verksamheten

I Örebro har de ett tydligt uppdrag från landstinget att hålla budgeten som sätts årligen, vilket också är hur Anthony & Govindarajan (2007) beskriver är den vanligaste tidsramen. Enligt klinikchefen är det dock genom god kvalitet de ekonomiska målen uppfylls, vilket är en av anledningarna att Örebro valt att som komplement till budget

sätta upp egna nyckeltal och prestationsmått för att kunna mäta hur kliniken presterar samt vad man kan förbättra. Den andra är fyratimmarsmålet som beskrivits tidigare men som i Örebro inte anses täcka in utvärdering och förbättring av den löpande verksamheten på ett adekvat sätt.

Budget sätts på samma sätt i Linköping och även om möjligheterna att påverka inte är stora så finns det ändå vissa möjligheter, till exempel genom att påvisa att anställning av ny personal i slutändan resulterar i lägre kostnader. Även sättet de arbetar med kliniks specifika mått liknar hur de arbetar i Örebro, med uttalade mål som bryts ner och utvärderas löpande. Detta bekräftar till viss del den kritik Otley (2006) lyfter fram att budget ökar den vertikala styrningen och inte i sig självt främjar värdekedjor och förbättring av processer.

Utöver budget, som sätts på samma sätt som i Örebro och Linköping använder Karolinska även i viss utsträckning BSC. Detta är integrerat med det som finns centralt på sjukhuset men med egna delar som är integrerade i verksamheten. Karolinska uttrycker även ett missnöje med hur fyratimmarsmålet är sammankopplat med budgeten då ett misslyckande med att uppnå målet medför vite. Detta missnöje ligger i linje med tidigare kritik som presenterats att fokusera på kostnadsbesparingar snarare än värdeskapande (Otley 2006).

Huruvida klinikerna använder sig av tight eller loose budgetkontroll är inte helt självklart. Vad som däremot tyder på att det inte är tight kontroll är, som Linköping och även Karolinska antyder, att budget sällan hålls. Mycket ansvar lämnas också till läkarna själva gällande förbrukning av material etc. En tightare kontroll finns snarare mellan landstinget och klinikerna i och med viten och effektiviseringskrav. Det är dock upp till samtliga verksamhetschefer att själva fördela resurserna inom sina verksamheter och det är således snarare nettoresultatet som är det viktiga framför kostnaden för en enskild budgetpost (Van der Stede 2001 i Nylinder 2011).

I Kristianstad uttrycks också ett missnöje med fyratimmarsmålet och hur det tenderar att feltolkas och användas som styrsystem enbart av ekonomiska skäl. Att det till viss del även är kopplat till budget är heller inte positivt då det begränsar fokus på patienten samt möjligheterna att utveckla verksamheten. Budget på kliniken i Kristianstad sätts på liknande sätt som övriga. Detsamma gäller Sahlgrenska och här har man lyckats ha en budget i balans de senaste åren. Detta beror mycket på att vissa delar av sjukhuset presterar så pass bra att de kan väga upp de som inte håller budget och på så sätt balansera budgeten centralt.

I Köpenhamn så finns ett besparingskrav på 2 % årligen kopplat till budgeten, men generellt sett brukar den hållas. Det finns dock inga starka incitament kopplade till att hålla budget, ett överskott får inte heller behållas om man inte kan motivera ett investeringsbehov för dessa.

Användningen av kostnadseffektivitets-analys (Eichler et al. 2004) är inte något som används uttryckligen, utan den budget akutklinikerna får av landstinget är till allra största delen baserad på tidigare år snarare än projiceringar för framtiden. De enda om till viss del uttrycker patientnytta per spenderad krona är Sahlgrenska.

Av alla besökta kliniker så är det endast Karolinska som uttryckligen använder sig av Balanced Scorecard. Det finns ett för hela sjukhuset, men utöver detta har akuten även egna som är integrerade i deras egen verksamhetsplan och som följs upp regelbundet. Till de mål som finns uppsatta, varav vissa också kommer ifrån sjukhusledning eller högre upp, finns dock inga belöningssystem kopplade utan de är endast förknippade med negativa påföljder ifall de inte uppnås. Detta ligger till viss del i linje med de aspekter av BSC som Malina & Selto (2001) lyfter fram; såsom att fokusera all personals ansträngningar på organisationens gemensamma mål. Att de flesta av målen inte heller är av finansiell karaktär överensstämmer också med de rekommendationer Farid et al. (2008) presenterar; att icke vinstdrivande organisationer ska fokusera sina mål mot dess huvudsakliga uppdrag. Vilket i sjukhusens fall inte är vinstdrivande verksamhet.

Även om Linköping inte uttryckligen använder sig av BSC påminner delar av deras verksamhetsplanering och måluppföljning om hur ett BSC är konstruerat. I Linköping har man brutit ner flertalet av de uppsatta mål som finns, och som även är fallet på Karolinska är inte alla är satta av akuten själva, till tydligt definierade mål vilka följs upp och utvärderas regelbundet.

Målen och måluppföljningen som beskrivs på Karolinska och Linköping överensstämmer med de kategorier av mått som Norreklint & Mitchell (i Hopper et al. 2007) beskriver att ett BSC innehåller. Främst de sista tre som är kundnöjdhet (patientnöjdhet), lärande och utveckling samt interna processer.

Zelman et al. (2003) lyfter fram en del aspekter av hur BSC kan användas inom vården, varav vissa också är framträdande i exemplen ovan, då främst: Vårdkvalitet och mätning av resultat, Prestationer för olika avdelningar samt utvärdering. Att några av de negativa konsekvenser av att implementera BSC på ett sjukhus som lyfts fram av Aidemark & Funck (2009) (främst ett minskat förtroende mellan ledning och medarbetare) skulle existera i dessa exempel är inget som framgår av de genomförda studierna. De lyfter också fram faran i att när mål och uppföljning blir så pass kvantifierat är det också lätt att fokusera på eventuella misslyckanden snarare än framgångar. Detta är dock inte heller något som stöds av den presenterade empirin.

5.2.4 Verktyg för utveckling av verksamhet

Alla akutkliniker vi besökt, med undantag för Rigshospitalet i Köpenhamn använder uttryckligen Lean i sitt arbete, även om det skiljer sig i på vilket sätt detta arbete yttrar sig. I Örebro genomsyrar det hela sjukhuset, men yttrar sig på akuten främst genom checklistor och arbetsgrupper samt verktyg för patientsäkerhet, avvikelshantering och uppföljning. Karolinska lyfter också ett fokus på patienten, med tydliga mål kopplade till bland annat vistelsetid och antal patienter. Dessa ligger i linje med hur Mazzocato et al. (2010) beskriver huvuddragen av hur Lean används inom sjukvården. En av de viktigaste komponenterna inom appliceringen av Lean i Örebro är att arbetet kommer direkt från personalen, vilket även Linköping uttrycker genom att understryka vikten av att det löpande förbättringsarbetet kommer nerifrån i organisationen. Kristianstad uttrycker också vikten av att inkludera medarbetarna, samt att samla in rätt information och låta de som faktiskt arbetar i processerna vara delaktiga i

förbättringsarbetet. Kristianstad belyser även ansvaret ledningen har att se till att medarbetarna får rätt att ta eget ansvar och vikten av att ledningen låter medarbetarna ta ansvar. Detta är något som uttrycks av Lind (2001) i hans beskrivning av Lean där det karakteriseras av bland annat en plattare, mindre hierarkisk organisation. Linköpings arbete yttrar sig även genom dagliga utvärderingar av arbetet samt flera arbetsgrupper.

Örebro beskriver en av styrkorna med Lean att också kunna ta tillvara på de mjuka värdena inom vården, och poängterar faran i att låta det bli för mekaniskt enbart bestående av tavlor och möten som ingen förstår. Linköping lyfter också fram faran i att genom kontinuerligt Lean-arbete skapa för mycket rutiner och system och därigenom tar bort det personliga engagemanget. Åhström et al. (2008) tar upp hur snabbare och mer effektiva processer inte nödvändigtvis behöver vara till gagn för slutkunden. Ett exempel som inte behöver vara positivt ur Lean-perspektiv är att en patient kan få frågor om sina symptom etc. under en ambulansfärd, sedan vid ankomst till akuten av en sjuksköterska och sedan ytterligare en gång av en läkare. Då detta sannolikt skulle kunna göras effektivare, fyller detta en kontrollfunktion som ska stärka patientens säkerhet (Lexne 2013).

Karolinska beskriver svagheter med Lean som att det enkelt blir ”bygga upp och riva ner”, samt att det är ett verktyg som i första hand fungerar när belastningen på verksamheten inte är stor, medan det slutar fungera när medarbetarna inte längre har tid att ta hänsyn till det. Kristianstad nämner också att Lean-begreppet är något uttjatat inom vården, och inte nödvändigtvis behöver vara positivt om det inte används på rätt sätt.

5.3 Helhetsanalys och jämförelse av befintlig teori

5.3.1 Styrningens benämningsfaktorer

Utifrån vad som framkommit i empirin är det vår uppfattning att stor del av verksamheten som bedrivs på alla besökta kliniker med fördel jämförs genom modellen *Styrningens benämningsfaktorer* som beskrivits tidigare i detta arbete. Denna liknar i viss mån *Management Control Package* som också beskrivits då bägge samlar flera teorier i en modell. Det är dock tydligt efter genomförd teori- och empiristudie att den tidigare samlar de för arbetet mest relevanta teorierna.

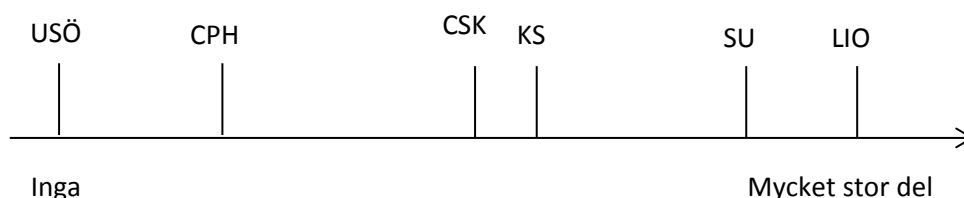
Ledningsfilosofin, det vill säga vilka styrmedel som betonas på de olika klinikerna, skiljer sig inte nämnvärt åt. De flesta kliniker som undersökts genomsyras av en ambition att sätta värdeskapande för patienten högre än ekonomiska kriterier, även om det yttrar sig på olika sätt. Att detta även uttrycks på ledningsnivå kan ha flera orsaker. Delvis är en klar majoritet av de verksamhetschefer vi intervjuat själva läkare, och alltså en del av den organisationskulturen. Vidare är de till viss del mellanchefer då budget och även vissa mål sätts centralt utan större möjlighet för verksamhetscheferna att påverka.

Huruvida klinikerna styrs genom *framförhållning* eller *i efterhand* är svårare att definiera. Budgetarbetet kan mest liknas med styrning i efterhand då denna på alla kliniker i största mån sätts baserat på tidigare år snarare än prognoser om framtid. Det ska dock noteras att budget, som nämnts, sätts av landstinget och inte av de olika verksamhetscheferna själva, även om de har möjlighet att själva distribuera erhållen budget ut i verksamheten samt till viss del välja vilka områden som ska prioriteras. Man kan dock i ledningsfilosofin hos verksamhetscheferna urskilja ett tydligare fokus på en styrning genom framförhållning, med en tydlig och medveten inställning till hur verksamheten bör styras. Detta yttrar sig främst i de styrverktyg som används för utveckling av verksamheten samt hur de används.

5.3.2 Organisation

Även om klinikerna liknar varandra genom vilka styrmedel de använder skiljer de sig i många avseenden åt när det gäller organisationen. De två saker som utgör de mest markanta skillnaderna är först och främst huruvida läkarna som är verksamma på akuten är anställda där eller ej. Detta påverkar signifikant graden av hur stor möjlighet verksamhetschefen har att påverka organisationen och leda förbättringsarbetet då denne inte kan styra läkare den inte är chef över. De kliniker vi besökte med ett fåtal, eller inga, anställda läkare också uttryckte också denna problematiken samt att det var någon man aktivt arbetade med att förändra. På Sahlgrenska till exempel där redan 60 % av de läkare som var aktiva på akuten också var anställda där, har man som mål att inom ett par år ha 100 %. Den andra stora skillnaden är huruvida kliniken har specialistläkare inom akutsjukvård, akutläkare. Enligt studierna vi gjort så har detta en mycket positiv inverkan på verksamheten, vilket också är något som lyfts fram av de verksamhetschefer vi träffat. Oavsett om de själva haft det eller ej. Detta är någon som utmärker i synnerhet Linköping där detta element är en utmärkande del av deras organisation.

I Figur 5.1 illustreras hur de olika akutklinikerna förhåller sig till varandra rörande hur många av de verksamma läkarna på akuten också är anställda där. Utfallet grundar sig bedömningar som gjorts utifrån det insamlade empiriska materialet.



Figur 5.1: Av akutkliniken anställda läkare i förhållande till verksamma läkare på akuten

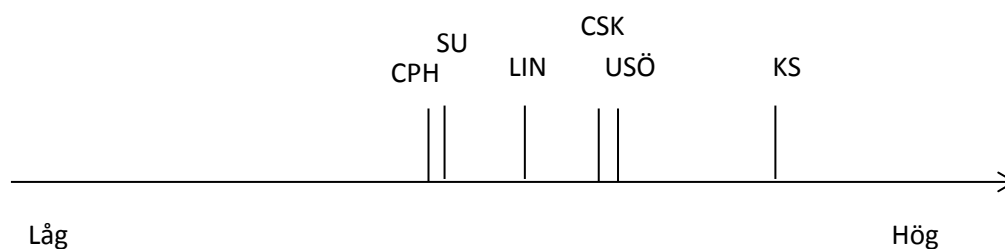
Även om klinikerna skiljer sig åt i många avseenden så finns det också likheter. På det sätt de främst liknar varandra är genom att de alla har samma uppdrag, att driva en akutverksamhet, samt att de själva har väldigt begränsade möjligheter att styra över

uppdraget. Vidare ser deras situation liknande ut även om de demografiskt skiljer sig åt. Inflöden, till exempel skiljer sig inte nämnvärt trots detta. Vidare beskriver alla verksamhetschefer liknande problem; främst överbelastningen av kliniken samt utflödet av patienter. Alla verksamheter har också en liknande företagskultur då de alla är en så kallad professional service firm, vilket beskrivits tidigare. Vad detta innebär för verksamheten rent konkret är bland annat en viss svårighet att förändra verksamheten då idéer “utifrån” kan ha en tendens att bemötas med viss skepsis inom yrkeskåren. Detta motverkas till viss del på de kliniker där verksamhetscheferna själva har samma bakgrund som medarbetarna.

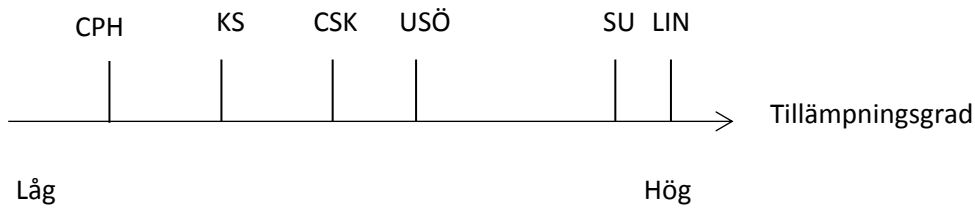
5.3.3 Styrverktyg

Det finns en tydlig koppling mellan ledningsfilosofierna samt de problem akutklinikerna har att brottas med och vilka styrsystem som används. Hos alla kliniker som besökts används budget samt ett ytterligare verktyg att följa upp och utvärdera klinikens löpande verksamhet. Där budgeten främst är ett verktyg för landstinget att övervaka klinikernas verksamhet, används till exempel BSC mer av klinikerna själva. Då budgeten ofta är satt lägre vad de flesta kliniker klarar av att hantera, används ofta de egna verktygen för att förklara eventuella diskrepanser i budget. Detta blir en nödvändighet då det i flera fall som studerats är ett vite sammankopplat med ett misslyckande att vid årsslut ha en budget i balans. Generellt sett skiljer sig inte styrverktygen för den löpande verksamheten nämnvärt åt vare sig mellan de olika akutklinikerna eller respektive landsting. Detta beror sannolikt till stor del på att alla kliniker strävar efter mål som liknar varandra, samt tidigare förklarade fyrtimmarsmålet som alla ska uppnå.

I Figur 5.2 och 5.3 visas tillämpningsgraden av styrverktyg för löpande verksamhet respektive utveckling av verksamhet. Figurerna grundar sig i det empiriska materialet och bedömningar som gjorts utifrån i vilken utsträckning olika styrverktyg tillämpas på de olika klinikerna i förhållande till varandra.



Figur 5.2: Tillämpningsgrad av styrverktyg för löpande verksamhe



Figur 5.3: Tillämpningsgrad av styrverktyg för utveckling av verksamhet

Det går däremot att urskilja en relativt tydlig skillnad i hur de olika klinikerna arbetar med utvecklingen av verksamheten. Även om alla kliniker, med undantag för Köpenhamn, uttryckligen använder sig av Lean så är det vår bedömning att både tillvägagångssättet och tillämpningsgraden skiljer sig åt. De områden inom Lean som liknar varandra vid appliceringen är dock att de flesta kliniker är noga med att poängtera vikten av att arbetet ska komma från medarbetarna. Det är vår uppfattning att detta har att göra med att klinikernas situation liknar varandras, de har samma problem att motverka och har samma verksamhet och liknande typ av organisation.

6. Resultat & resultatdiskussion

Detta avslutande kapitel presenterar resultat och slutsatser som är baserade på analysen. Resultatdiskussionen återkopplar till rapportens syfte och frågeställningar samt sätter detta i kontext till den data som samlats in genom teori och empiri. Vidare diskuteras även resultatets generaliserbarhet och avslutningsvis även rekommendationer för vidare forskning.

6.1 Organisation och styrning

Alla studerade verksamheter var väl rustade för att kunna förutse och planera sin verksamhet utifrån hur inflödet till akutkliniken ser ut och hur det förändras under dygnets och veckans gång. Att inflödet går att förutsäga med stor säkerhet, vilket alla verksamheter i stor utsträckning kunde var först förvånande. Med detta sagt ska det dock lyftas fram att resurserna är otillräckliga för att bemöta inflödet av patienter på ett önskvärt sätt trots att det är förutsägbart. För att på ett så effektivt sätt som möjligt hantera inflödet använder sig alla de studerade klinikerna så kallade triagesystem. Alla svenska kliniker använder RETTS även om tillämpningen skiljer sig åt. Det är vår uppfattning att alla studerade verksamheter lägger ner relativt mycket resurser på att utforma sitt triagesystem på ett effektivt sätt då systemet har stor inverkan på patientflödet. Det ska dock förtydligas att triagesystemet inte är enda lösningen på problemet med det för stora inflödet på akutklinikerna. Triagen hanterar endast konsekvensen av inflödesproblemen – en överbelastad akutmottagning. Hade det funnits resurser för att ta emot patienter direkt vid ankomst hade patienter inte behövts prioriteras ner.

Att akutklinikerna skilde sig åt i den utsträckning de faktiskt gjorde vad gäller både in- och utflöden var överraskande. Det framgår tydligt av analysen att det finns en stark korrelation med hur organisationen är strukturerad och utbyggd med hur väl patientflödet fungerar. Det som är mest utmärkande är dels, som beskrivits, huruvida akuten har sina egna läkare eller ej. Organisatoriskt är det i det närmaste omöjligt att bedriva någon form av förbättrings- eller uppföljningsarbete utan läkare som är regelbundet verksamma eller anställda på akuten. En läkare som vanligtvis är verksam på den avdelning där denne är anställd och som endast är på akuten 1-2 gånger om året, har få incitament att lägga tid på verksamhetsutveckling på akutkliniken. Något som också utmärker sig organisatoriskt är huruvida klinikerna har akutläkare eller ej. Det framgick av intervjuerna att akutläkare genomgående upplevs som något mycket positivt för verksamheten då alla kliniker som har anställda akutläkare är nöjda med det och de som inte har det i dagsläget har som uttalade mål att införa det i sin verksamhet.

Ytterligare en nyckelfaktor rörande utflödet av patienter som framkommit av analysen är huruvida det finns vårdkoordinatorer på klinikerna eller ej. I de fall där det finns och är väl integrerat i verksamheten framgår det tydligt att koordinatorer är något som bidrar mycket till att förbättra utflödet. Det framgår också att där utflödet fungerar som

bäst är en av anledningen till detta att koordinatorena fått tydliga mandat och blivit en integrerad del av verksamheten. Det är vår uppfattning att detta är av stor vikt då övriga avdelningar annars kan ha svårt att respektera koordinatorens beslut om var en patient ska bli placerad.

Av studierna av de interna faktorerna har det framkommit att patientprocessen i stor utsträckning påverkas mer av externa faktorer än interna på akutkliniken och på sjukhusen i stort. Som det ser ut i dagsläget behövs en ökad förståelse bland befolkningen om när man behöver gå till akuten och när det räcker att gå till vårdcentralen. På det danska traumacentret var det till exempel tomt i de flesta salarna, till skillnad från de svenska klinikerna där det ofta var hög beläggning av patienter. Denna skillnad beror till stor del på att de patienter som inte bedöms som akuta blir hänvisade till andra vårdenheter i Danmark. I Sverige saknas det också tydliga incitament för vårdcentraler att ta hand om en svår och dyr patient, vilket kan resultera i att de istället skickar denne till akuten. Det senare är ingenting som kan lösas av akutklinikerna själva utan här behövs en förändring av organisationen i stort. Ett alternativ är att lägga vårdcentralen och akuten under samma verksamhetschef med gemensam budget då detta potentiellt kan ta bort incitamenten att belasta den ena eller andra kliniken istället. För att motverka problemet med att individer går till akuten istället för till vårdcentralen handlar det i grunden om att utbilda befolkningen i vad som är rätt och fel även om det också beror på demografiska aspekter. Personer som bor nära en vårdcentral tenderar att gå dit istället för akuten och vice versa. Som nämnts i studien är det dock inte rimligt att ställa för höga krav på patientens egen förmåga att diagnostisera sig själv och i grund och botten är det ett problem för sjukvården att lösa.

6.2 Styrverktyg för löpande verksamhet

De styrverktyg som finns tillgängliga för den löpande verksamheten skiljer sig inte nämnvärt mellan de olika klinikerna. Angående budget blir alla kliniker tilldelade en summa pengar som de kan distribuera inom sitt verksamhetsområde. Det är vår tolkning av analysen att budget i många fall från början medvetet sätts för lågt, och att det finns en medvetenhet hos både landstinget och klinikerna att den inte kommer att hållas. Det finns en fara i detta då det kan skapa en uppfattning om att budgeten i slutändan inte spelar någon roll. Denna känsla kan också förstärkas av den medvetenhet som finns att även om akuten överskrider budget, är det en verksamhet som inte kommer att stänga. Trots detta sker det stora ansträngningar bland de flesta verksamhetschefer att hålla budget. Vår uppfattning är dock att detta inte är på grund av de viten som i vissa fall är kopplade till att inte hålla budget då vi inte har sett att detta på något sätt har fungerat som ett bra incitament, utan tvärtom kan det ha en negativ påverkan på verksamheten då dessa istället kan begränsa möjligheterna att göra nya investeringar och utveckla verksamheten.

Utöver budget används i vissa fall uttryckligen BSC, men alla kliniker har några typer av interna mål med varierande grad av uppföljning och utvärdering. Att sätta mål för en verksamhet som akuten är en inte helt enkel uppgift då verksamheten är mycket svår att kvantifiera. De mål som sätts centralt, i synnerhet fyratimmarsmålet, har främst

beskrivits med skepsis hos de vi har intervjuat. Detta är förståeligt då det inte är ett mål som verkar ligga i linje med hur verksamheterna bör förbättras. Den värdebaserade vården som många ger uttryck för att närma sig är dock ännu svårare att mäta än den ekonomistyrda.

Det är utmanande att skaffa sig en uppfattning om hur de undersökta styrverktygen används för att hantera flödena på akuten, mycket på grund av att budget i en sådan verksamhet blir ett tämligen trubbigt instrument. Det blir heller inte lättare i och med att målen, som nämnts, är svåra att kvantifiera. Vad som är tydligt är dock att mål som sätts utanför verksamheten, med politiskt fokus snarare än verksamhetsmässigt, inte har en positiv inverkan på processerna. Att fokusera alltför mycket på besparingar och kostnadseffektivitet kan tvärtom ha motsatt effekt.

Avslutningsvis kan de styrverktyg som finns utöver budget, om än svåra att definiera, med fördel användas av verksamhetschefen för att förklara eventuella diskrepanser i budget. Att till exempel kunna påvisa ett stort antal fler patienter än tidigare år är ett bra underlag för ökade kostnader.

6.3 Styrverktyg för utveckling av verksamhet

Alla studerade kliniker jobbar kontinuerligt med någon form av förbättringsarbete. Alla har också en uttalad Lean-strategi, även om den skiljer sig åt mellan de olika klinikerna. Genomgående för majoriteten av klinikerna är dock att de är noga med att inkludera medarbetarna från början, vilket är av stor vikt i denna typ av organisation. Vad som också framgår av analysen är att arbetet med Lean utvecklas och omarbetas kontinuerligt. Det är också vår uppfattning att denna del av verksamheten är väldigt beroende av verksamhetschefen och vilket fokus denne väljer att lägga på utvecklingsarbetet. Lean-arbetet utmärker sig i Linköping som en klinik med kontinuitet i sitt arbete samt starka rutiner för utvärdering och uppföljning. Vidare framgår det också att det sätt som många kliniker arbetar på till viss del liknar hörnstenarna inom TQM. Att detta inte uttrycks vid något tillfälle beror sannolikt på att just begreppet TQM kommer från en annan skola än vad som vanligtvis används inom sjukvården.

Det är också av intresse att se hur fokus nu riktas mer och mer mot värdebaserad sjukvård, vilket uttryckligen antagits av flera kliniker vi studerat om än mer uttalat hos vissa. Att detta fokusskifte sker är kanske inte så förvånande med tanke på den massiva kritik som under den senaste tiden riktats mot NPM och sättet att marknadsanpassa sjukvården. Huruvida skiftet sker på grund av kritiken eller att resultaten av NPM uteblivit är svårt att säga. Det som enligt vår uppfattning är det positiva med värdebaserad vård är fokuset på faktiska resultat och värde för patienten snarare än kostnadsfokus då det senare inte nödvändigtvis visar sig vara kostnadseffektivt i slutändan. Hur detta sedan genomförs i praktiken är dock svårare att sja om. Då värdebaserad sjukvård på samma sätt som NPM kräver mycket tydliga kvantitativa mål, som dessutom blir svårare att mäta ju mjukare värden som mäts, finns det risk att

beslutsfattare återigen hamnar i fällan att fokusera alltför mycket på målen och glömma själva verksamheten.

Med detta sagt menar vi inte att man ska hålla kvar vid gamla system, utan snarare behålla en hälsosam skepsis och inte förföras av begrepp med liten eller ingen koppling till hur akutkliniker bedrivs.

6.4 Rekommendationer

De faktorer som enligt våra studier har störst inverkan på patientprocessen är inte vilka styrmedel som används utan snarare hur verksamheterna är organiserade. De slutsatser som går att dra utifrån studien är:

1. Det är en förutsättning för ett effektivt förbättringsarbete att läkare som är verksamma på akuten också är anställda av akuten.
2. Akutläkare har en positiv inverkan på patientflödet genom akuten.
3. Ett väl integrerat system med vårdkoordinatorer har en positiv effekt på utflödet av patienter.

Vikten av personligt ledarskap och engagemang är också värt att lyfta fram då detta är något vi anser har en mycket stor inverkan på hur väl en akutklinik presterar. Detta märks inte minst i en verksamhet med en högprofilerad yrkeskår som är verksamma på en akutklinik.

6.5 Resultatets generaliserbarhet

Trots att vi i denna studie valt att fokusera enbart på sex akutkliniker är det vår uppfattning att den empiri vi samlat in är av relevans och att den är applicerbar på större delen av akutverksamheterna i Sverige. Detta främst på grund av att vi valt kliniker med spridda demografiska och organisatoriska förutsättningar. I detta förarbete var de pilotintervjuer vi genomförde till stor hjälp och skapade även en legitimitet i de val vi gjorde.

Vidare kan det också diskuteras huruvida det genererar tillräckligt med underlag för studien att endast intervjua verksamhetschefen på varje klinik. Vi anser dock att i och med att syftet med uppsatsen är att beskriva och analysera verksamheten är denne mest lämpad att intervjua. Det är sannolikt att vi genom att intervjua fler hade kunnat få en mer omfattande bild av verksamheten, men det är inte vår uppfattning att detta hade påverkat resultatet av analys- eller resultatkapitlen. Då vi dessutom använde oss av semi-strukturerade intervjuer, som vi dessutom spelade in, säkrade vi ytterligare våra möjligheter att få ett bra underlag. Den största svårigheten i att enbart intervjua en person på vardera klinik låg snarare i att hitta en bra balansgång mellan intervjuobjektets personliga åsikter och fakta. Detta kunde vi dock till stor del kontrollera då vi även fick se verksamheten och i de flesta fall även kunde komplettera med verksamhetsplaner och dylikt.

Avslutningsvis är det vår tolkning av analysen att vi fångat in en sådan bredd att resultatdiskussionen håller en hög generaliserbarhet. Det som kan vara lite missvisande är vår studie av det danska Traumacenter. Det var positivt att ha med i och med att det gav ett djup i studien och visade ett annat sätt att hantera inflödet av patienter och organisationsstruktur. Förutsättningarna skilde sig dock mycket från de svenska studierna att det inte alltid blev en rättvis jämförelse. Till exempel är detta inget system som implementerats konsekvent i Danmark då de också har ”vanliga” akutsjukhus som sannolikt har samma problem med inflödet som de svenska vi studerat har.

6.6 Rekommendationer för vidare forskning

Vi har i resultatdiskussionen tydligt lyft fram variabler som korrelerar med en positiv påverkan på organisation. Det är vår uppfattning att det finns goda möjligheter att mer utförligt studera dessa vidare och hur de kan appliceras på andra kliniker. Vidare anser vi att det finns mycket forskning att göra kring akutläkarnas påverkan på flödena på en akutklinik samt huruvida det finns några negativa konsekvenser med att byta bort andra specialister till förmån för denna eller ej.

Att ingående studera hur specifika styrverktyg används på akutkliniker hade också varit av intresse, då vi främst har beskrivit och analyserat de som används i en större helhet och inte fördjupat oss i de som finns, såsom användningen av BSC och dess koppling till budgetarbetet. Vidare hade det också varit intressant att till exempel genomföra en djupare analys av hur den eventuella övergången från marknadsorienterad vård till en värdebaserad skulle se ut och vad konsekvenserna av detta kan bli.

Avslutningsvis kan vi konstatera att denna studie främst fokuserat på hanteringen av konsekvenserna av ett för stort inflöde av patienter. Patientflödet beror ytterst på faktorer utom akutens kontroll och att vidare studera orsakerna till ett för högt inflöde hade kunnat vara mycket givande. En närmare undersökning av ekonomistyrningen inom vården och dess inverkan på patientflöden på akutkliniker och vårdcentraler hade sannolikt genererat mycket intressant forskning och resultat.

Referenslista

Abernethy, M. A. & Stoelwinder, J. U. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting, Organization and Society*, vol. 20:1-17

Agerberg, M. (2013). Hur ska sjukvården styras? *Läkartidningen*, vol. 2013(110)

Aidemark, L. G., & Funck, E. (2009). Measurement and health care management. *Financial Accountability & Management*, vol. 25(2):253–276

Alsén, A., Gruner, K., Hansson, E., Jensen, T., Kurz, J., Larsson, S., ... Öberg, J. (2013). *Nationell Stragei för Sverige – Från tillväxt till välstånd*. Boston Consulting Group (BCG)

Andersson, P. M. (2013). *Management Accounting and Control*. Föreläsning på Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet, 2013-09-19

Anell, A. (2013). *Management Control in professional service organisations. Part II*. Föreläsning på Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet, 2013-11-26

Anthony, R. N. & Govindarajan, V. (2007). *Management Control Systems*, 12th edition. Singapore: McGraw Hill Education

Arvidsson, L. (2007). *Vårdlogistik – rätt patient får rätt vård av rätt kvalitet, på rätt nivå, på rätt plats, vid rätt tidpunkt, till rätt kostnad*. Sveriges Kommuner och Landsting.

Asplund, K., Castrén, M., Ehrenberg, A., Farrokhina, N., Göransson, K., Jonsson, H., ... Säwe, J. (2010a). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen – en systematisk litteraturoversikt*. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering

Asplund, K., Castrén, M., Ehrenberg, A., Farrokhina, N., Göransson, K., Jonsson, H., ... Rognes, J. (2010b). Processororienterat arbetssätt på akuten ger kortare ledtider. *Läkartidningen*, vol. 2010(107)

Bejerot, E. & Hasselbladh, H. (2006). Diskursiv stängning, enrollering, materialisering - en studie av TQM i ett landsting. *Nordiske Organisationsstudier*, vol. 8(2):7-38

Bergman & Klefsjö (2012). *Kvalitet från behov till användning*, upplaga 5:1. Lund: Studentlitteratur AB

Björklund, M. & Paulsson, U. (2003). *Seminarieboken – att skriva, presentera och opponera*, upplaga 1:7. Lund: Studentlitteratur

- Bryman, A. & Bell, E. (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, upplaga 1:1. Malmö: Liber Ekonomi
- Carlsson, A. B., Palo, L., Hansson, B. & Bergbom, E. (2005). *Processutveckling – inspiration och metod*. VästraGötalandsregionen – Centrum för Verksamhetsutveckling
- Engström, I (2014). NPM – en av de viktigaste frågorna. *Läkartidningen*, vol 2014(111)
- Eichler, H-G., Kong, S. H., Gerth, W. C., Mavros, P. & Jönsson, B. (2004). Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge? *Value in Health*, vol 7(5)
- Farid, D., Nejati, M. & Mirfakhredini, H. (2008). Balanced scorecard application in universities and higher education institutes: Implementation guide in an Iranian context. *Annals of University of Bucharest, Economic and Administrative Series*, no. 2:31-45.
- Funck, E. K. (2009). Ordination Balanced Scorecard – översättning av ett styrinstrument inom hälso- och sjukvården. *Acta Wexionensia*, no. 173/2009
- Green-Pedersen, C. (2002). New Public Management Reforms of the Danish and Swedish Welfare States: The Role of Different Social Democratic Responses. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, vol. 15(2)
- Hellsten, U. & Klefsjö, B. (2000). TQM as a management system consisting of values, techniques and tools. *The TQM Magazine*, vol. 12(4):238-244
- Hood, C. (1995) The “New Public Management” in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting Organizations and Society*, vol. 20(2/3):93-109
- Hopper, T., Northcott, D., & Scapens, R. (2007). *Issues in Management Accounting*. Third edition. Dorchester: Pearson Education Limited
- Höglund, P. I., Essen, A., Chio S., Ernestam, S., Kaarme, J. & Nevios, M. (2012). Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård. *Läkartidningen*, 2013(109)
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, vol. 70(1):71-79
- Lapsley, I. (2009). New Public Management: The Cruellest Invention of the Human Spirit? *ABACUS*, vol. 45(1):1-21
- Lapsley, I. (2013). “New Public Management: The NPM Phenomenon” Gästföreläsning på Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet, 2013-10-21
- Lind, J. (2001). Control in world class manufacturing - A longitudinal case study.

Management Accounting Research, vol. 12:41-74

Lövendahl, B. R., Revang, Ö. & Fosstenlökken S. M. (2001). Knowledge and value creation in professional service firms: A framework for analysis. *Human Relations* vol. 54(7):911-931

Malina, M. A. & Selto, F. H. (2001). Communicating and Controlling Strategy: An Empirical Study of the Effectiveness of the Balanced Scorecard. *Journal of Management Accounting Research*, vol. 13(1):47-90

Malmi, T. & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package - Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, vol. 19:287-300

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H. & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care*, vol. 19:376-382

Merriam, S. B. (1988). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

McHugh, M., Van Dyke, K., McClelland, M., & Moss, D. (2011). *Improving patient flow and Reducing Emergency Department Crowding: A Guide for Hospitals*. Agency for Healthcare and Quality (AHRQ). Publication no. 11(12)-0094

Målvqvist, I., Åborg, Carl., & Forsman, M. (2011). *Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorg - en kunskapssammanställning om New Public Management*. Karolinska institutets folkhälsoakademi 2011:11

Nilsson, F. (2008). *Vägen till en patientprocessororienterad sjukvård*. Region Skåne – Utvecklingscentrum

Nilsson, F. (2013). *Patientprocessororienterad vård – din vägledning till mer välmående och nöjdare patienter*. Region skåne – Utvecklingscentrum

Nylinder, P. (2011). *Budgetary Control in Public Health Care - A Study about Perceptions of Budgetary Control among Clinical Directors*. Lund: Lund Business Press

Nylinder, P., Anell, A.(2011). Tight Budgetary Control in Public Hospitals – A Comparison of perceptions across clinical directions using data from Sweden. Pia Nylinder (red.) I *Budgetary Control in Public Health Care - A Study about Perceptions of Budgetary Control among Clinical Directors*. Lund: Lund Business Press

Otley, D.T. (2006) i Bhimani, A. *Contemporary Issues in Management Accounting*. Maidenhead: Open University Press pp. 291-307.

Powell, T. C. (1995) Total Quality Management as Competitive Advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal*, vol. 16(1): 15-37

Quist, J. (2003). *Att översätta TQM: En longitudinell studie kring reflekterande aktörer*. Diss., Karlstad Universitet

Rydén, S. (2013). *Process orientation and management control in a professional service organization - with special reference to cancer care*. Gästföreläsning på Ekonomihögskolan vid Lunds universitet, 2013-11-27

Samuelsson, A. L. (2006). *Controllerhandboken*. Upplaga 8. Uppsala: Teknikföretagen av Industrilitteratur AB.

Sandman, L., Ekerstad, N. & Lindroth, K. (2012). *Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning – en etisk analys av RETTS*. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum.

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Akut förbättring: Ett nationellt projekt för bättre patientflöden på akutmottagningar*.

Soderlund, N., Kent, J., Lawyer, P. & Larsson, S. (2012). *Progress Toward Value-Based Health Care – Lessons from 12 countries*. Boston Consulting Group (BCG).

Stake, R. E. (2005). *The Art of Case Study Research*. Thousand Islands: Sage Publications, Inc

Ström, M. (2013). Allt längre väntetider på akuten. *Läkartidningen*, vol. 2013(110)

Talib, F., Rahman, Z., & Azam, M. (2011). Best Practices of Total Quality Management Implementation in Health Care Setting. *Health Marketing Quarterly*, vol. 28:232-252

Taylor, A., Taylor, M., & McSweeney, A. (2013). Towards greater understanding of success and survival of Lean systems. *International Journal of Production Research*, vol. 51(22): 6607-6630

Thor, J. (1997). TQM – Framgångsrikt kvalitetssystem, Amerikansk sjukvård tillämpar metod från industrin. *Läkartidningen*, vol. 94(1-2):53-58

Yin, R. K. (2007). *Fallstudier: design och genomförande*. Upplaga 1:2. Malmö: Liber AB

Zaremba, M. (2013a). Vad var det som dödade Herr B? *Dagens Nyheter*, 2013-02-17

Zaremba, M (2013b). Förlåt dem ty de visste inte vad de gjorde. *Dagens Nyheter*, 2013-04-24

Zelman, W. N., Pink, H. G. & Matthias, C. B. (2003). Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, vol. 29

Ziegler, B., Almroth, H., Bergman, J., Jansson, E., Rylander, L. & Wickbom, A. (2014). Tidig teambedomning avlastar akutmottagningen. *Läkartidningen*, vol. 111: 392-294

Åhgren, B. (2010). Competition and Integration in Swedish Health Care. *Health Policy*, vol. 96:91-97

Åhlström, P., Jacobsson, T., Johansson, M. & Larsson, A. (2008). *Bättre tillgänglighet på akuten*. Chalmers Avdelningen för Operations Management. Avdelningen för Logistik och Transport

Hemsidor

capiostgoran.se

Capio S:t Görans. (2013). *Lean & flödesorientering*.

<http://capiostgoran.se/om-oss/Lean--flodesorientering/>

Hämtad: 2014-02-28

hd.se

Helsingborgs Dagblad (2014). *Patienter väntar över natt på akuten*.

<http://hd.se/helsingborg/2014/01/21/patienter-vantar-over-natt-pa/>

Hämtad: 2014-02-10

magasinetlakaren.se

Magasinet Läkaren (2014). *Värdebaserad sjukvård – modeord eller framtiden?*

<http://magasinetlakaren.se/reportage/vardebaserad-sjukvard-modeord-eller-framtiden-2/>

Hämtad: 2014-04-10

regeringen.se

Regeringskansliet. *Socialminister Göran Hägglund, Socialdepartementet*.

<http://www.regeringen.se/sb/d/7473#>

Hämtad: 2014-02-13

skane.se

Skånes Universitetssjukhus (2013). *Lean Healthcare*.

<http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Var-verksamhetsfilosofi/Lean-healthcare/Lean-intro/>

Hämtad: 2014-02-28

svd.se

Svenska Dagbladet (2013). *Väntetider på akutmottagningar ökar*.

http://www.svd.se/nyheter/inrikes/vantetider-pa-akutmottagningar-okar_8814628.svd

Hämtad: 2014-02-10

Muntliga källor

Falck Laursen, Claus. Klinikchef Rigshospitalets TraumeCenter. 2014-03-26

Jonsson, Fredrik N. Verksamhetschef akutkliniken Helsingborg. 2014-02-07

Lexne, Erik. Verksamhetschef akutkliniken Kalmar Länssjukhus. 2013-12-4; 2014-02-11

Lindmarker, Per. Verksamhetschef akutkliniken Karolinska Universitetssjukhuset. 2014-03-10

Ljungdahl, Morten. Verksamhetschef akutkliniken Centralsjukhuset i Kristianstad. 2014-03-14

Safwenberg, Urban. Verksamhetschef akutkliniken Universitetssjukhuset i Linköping. 2014-03-11.

Sjöberg, Ewa-Lena. Verksamhetschef akutkliniken Universitetssjukhuset i Örebro. 2014-03-07

Telemo Taube, Maria. Verksamhetschef VO Medicin, Område 6 Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2014-03-28

Bilaga 1 – Intervjufrågor

Vi utförde semi-strukturerade intervjufrågor, men detta är stommen i alla intervjuer:

1. Vilken roll har du på akuten? Vilken bakgrund har du?
2. Vilka är dina primära arbetsuppgifter?
3. Hur skulle du beskriva akutens patientflöden?
4. Hur ser organisationsstrukturen ut för att hantera flödena? (in, genom & ut)
5. Kategoriseras patienterna på något sätt? Triage? RETTS ADAPT, MTS
6. Vilka externa faktorer (två typer: 1 t.ex. demografi, multisjuka äldre. 2 mycket folk i rörelse, löning, etc.) påverkar patientflödena?
7. Vilka interna (på sjukhuset) faktorer påverkar patientflödena?
8. Använder ni några specifika styrsystem? Om ja, vilka? T.ex:
 - Lean
 - Six Sigma?
 - NPM?
 - Nyckeltal
 - Budget, prognos, redovisning, kalkyler
 - TQM
 - BSC
9. Vilka mål finns kring patientflödena? (interna eller externa?)
10. Vad fungerar bra om hantering av flöden? Varför fungerar det bra?
11. Vad fungerar sämre? Varför fungerar de sämre?
12. Hur kan arbetet förbättras?
13. Hur anser du att akuten bör vara utformad för att tillgodose patienters behov?
Har ni några planer eller idéer?
14. Enligt din uppfattning, vilket sjukhus har kommit längst i hanterandet av patientflöden? Vad är det som utmärker detta?