

Kandidat]uppsats i offentlig förvaltning [VT13]

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Zorana Medan

Arnela Memcic

Handledare: Malgorzata Eriksson

Examinator: Iwona Sobis



GÖTEBORGS UNIVERSITET



Om vi bara hade mer pengar...

*- en studie om hinder och stöd vid införande av ett
processororienterat arbetssätt inom sjukvården.*

1	Bakgrund	3
1.1	Den nya trenden: Processororientering	6
1.2	Skillnader mellan traditionellt arbetssätt och processororientering	7
1.2.1	Det traditionella arbetssättet	7
1.2.2	Det processororienterade arbetssättet	7
1.3	Problematisering	7
1.4	Syfte	8
2	Metod och design	9
2.1	Val av fall.....	9
2.2	Val av datainsamling	9
2.3	Val av respondenter	9
2.4	Val av intervjumetod	10
3	Teori	11
3.1	Hinder: vilka är dem och hur uppstår dem?.....	12
3.1.1	Otillräckliga resurser	12
3.1.2	Sjukvårdens komplexitet; nivåer	12
3.1.3	Sjukvårdens komplexitet; institutioner.....	13
3.1.4	Sjukvårdens komplexitet: Enhetsindelning.....	14
3.1.5	Kommunikationssvårigheter	14
3.1.6	Ytterligare hinder	14
3.2	Stöd: Hur bör man göra för att åtgärda hindren?	15
3.2.1	Otillräckliga resurser	15
3.2.2	Sjukvårdens komplexitet; nivåer	15
3.2.3	Sjukvårdens komplexitet; institutioner.....	16
4	Empiri – Sahlgrenska Universitetssjukhuset.....	17
4.1	Om Sahlgrenska.....	17
4.2	Akut-och Olycksfallsmottagningen Sahlgrenska sjukhuset (AKOM).....	17

4.3	Processorientering inom SU	18
4.4	Triage	18
4.5	METTS, METTS-pre.....	19
4.6	Processorienteringens effekter.....	20
4.6.1	Positiva effekter.....	20
4.6.2	Negativa.....	20
4.7	Hinder och stöd utifrån intervjuerna.....	21
4.7.1	Hinder.....	21
4.7.2	Stöd för att kringgå hinder.....	24
5	Analys.....	26
5.1	Jämförelse mellan nivåer	26
5.2	Mest framträdande hinder.....	27
5.3	Stöd: Vad bör göras?.....	29
6	Slutsatser	31
6.1	Hur uppfattas de hinder av de olika verksamhetsnivåerna?	31
6.2	Vilka är de mest framträdande hindren som uppkommer vid införandet av ett processorienterat arbetssätt?	32
6.3	Hur bör man på bästa sätt gå tillväga för att kringgå dessa hinder i framtiden?	32
7	Referenslista	34
7.1	Litteratur	34
7.2	Elektroniska källor.....	35
8	Bilager	36
8.1	Bilaga 1 – Intervjumall	36

1 Bakgrund

I det här avsnittet ges en bakgrund till varför sjukvården ser ut på det sättet den gör idag och vilka bakomliggande mekanismer som har påverkat dess utveckling. Här förklaras också hur

olika styrmetoder har uppkommit i sjukvården, i sin tur processorienteringen som är den nyaste trenden. Slutligen definieras processorienteringen, dess mål och idéer.

Hälso- och sjukvården har tre grundläggande och huvudsakliga mål, vilka är:

- 1) att förbättra hälsan hos befolkningen,
- 2) att minimera den ekonomiska risken vid sjukdom för en enskild individ samt,
- 3) att allmänheten i sig ska vara nöjd med det befintliga sjukvårdssystemet (Blomqvist 2007:17f).

Utöver dessa mål finns det också s.k. mellanliggande mål, som anses vara en förutsättning för att huvudmålen ska uppnås. Hit hör tillgänglighet till sjukvård, en högre kvalitet på sjukvården samt en hög effektivitet vid produktionen av sjukvårdstjänster (Blomqvist 2007:17f). I takt med att många förändringar i omvärlden sker är det en utmaning för sjukvården att möta alla dessa mål och behov. Hälso- och sjukvården har utvecklats kraftigt sedan 1950- talet tack vare en mängd olika förändringsfaktorer som än idag skapar en fortlöpande press på sjukvården att ständigt förnyas (Hallin och Siverbo 2003:17ff).

Det som skapar förändringstryck inom sjukvårdens organisation är demografiska och sociala förändringarna, vilka främst handlar om förändringar i befolkningens åldersammansättning, livsstil och det allmänna folkhälsotillståndet (Blomqvist 2007:32ff). I Sverige finner man idag en av världens äldsta befolkningar, vilket innebär ökade krav på hälso- och sjukvård, i och med att äldre personer generellt har större hälsoproblem. Även lätt ohälsa ökat hos den yngre befolkningen, främst inom områden missbruk, psykisk ohälsa och allergier, vilket innebär en ständig ökning av patienter för sjukvården och allt högre krav på utbyggnad av vårdssystemet (Hallin och Siverbo 2003:19ff).

Vidare är medicinsk-teknologiska framsteg är en viktig del av sjukvården, som gör att den medicinska kunskapen kan användas på ett nytt sätt. Nya möjligheter till diagnos och behandling av sjukdomar ger således en nöjdare befolkning men kan också öka kostnaderna inom sjukvården (Blomqvist 32ff). Utvecklingen kan kräva organisationsförändringar och investeringar på kort sikt, exempelvis vid uppfinningen av nya vaccinationsmöjligheter, men kan å andra sidan resultera i längre kostnader på lång sikt i och med att sjukdomen utrotas (Blomqvist 2007:32ff, Hallin och Siverbo 2003:22ff).

Förändringar i befolkningens efterfråga på vård som tjänst har varit en faktor som har påverkat hälso- och sjukvårdens utformning väldigt mycket. Efterfrågan syftar på de

förväntningar medborgarna har på sjukvården. Det är dock viktigt att inte blanda ihop medborgarnas förväntningar med efterfrågan om medicinska behov som individen själv anser sig behöva (Blomqvist 2007:32ff). Individen kan efterfråga hjälp från sjukvården när det egentligen inte finns någon hjälp att erbjuda, på grund av sin bristande kunskap (Hallin och Siverbo 2003:17ff). På grund av att informationsspring ökat i och med den teknologiska utvecklingen i samhället, gör det att många som idag söker sjukvård är välinformerade. Det har lett till att patienten har gått från att vara ödmjuk och tacksam till att vara mer ifrågasättande och kravställande (Hallin och Siverbo 2003:24ff).

Professionella intressen är också en faktor som påverkar hälso- och sjukvården, då organisationen kännetecknas av medarbetare med hög utbildningsnivå och professionaliseringsgrad. Professionella grupper (läkare) och semiprofessionella grupper (sköterskor) söker vidga sin arbetsmarknad, behålla det existerande monopol inom sin profession samt utveckla nya karriärmöjligheter för att stärka sin ställning. Detta har, historiskt sett, bidragit till sjukvårdssystemet expansion och tilltagande specialisering. Specialiseringen inom hälso- och sjukvården utgör en grundläggande princip för organisationen av hälso- och sjukvård och har i stor utsträckning påverkat den formella organisationen och hierarkiska ordningen som finns inom hälso- och sjukvården (Blomqvist 2007:32ff, Hallin och Siverbo 2003:57f).

Hälso- och sjukvårdens organisering domineras inte bara av den medicinska professionen, utan även av de politiska och administrativa drivkrafterna. Den administrativa ledningen består av flera chefsnivåer och ansvarar främst för den inre effektiviteten (göra saker på rätt sätt) medan politikerna ansvarar för den yttre effektiviteten (göra rätt saker) och att översätta medborgarnas behov till åtgärder (Hallin och Siverbo 2003:57f).

Förändringar i resurstillgången har varit en betydelsefull faktor i hälso- och sjukvårdens utveckling. Då den offentliga sektorn expanderade från slutet av 1940-talet till början av 1970-talet påverkade det naturligtvis även hälso- och sjukvårdens utveckling mycket positivt och flera stora sjukhus började konstrueras under 1960-talet. Den ekonomiska situationen försämrades dock under 1970-talet men sjukvården fortsatte att utvidgas, vilket senare ledde till ett finansiellt underskott (Eriksson 2005:13ff). Ekonomin försämrades återigen i början av 1990-talet, vilket resulterade i att sjukvårdens andel av BNP minskade. Följden av den minskade tillväxten blev att vårdplatser och personal reducerades inom sjukvården, samtidigt som patientantalet ökade och därmed kostnaderna (Eriksson 2005:13ff). Detta har resulterat i

att resurserna som finns idag är otillräckliga i förhållande till kostnadsökningar, vilket gör att den interna kostnadskontrollen har blivit en alltmer prioriterad fråga (Berlin och Kastberg 2011:12ff).

I ett försök att minska effekterna av de krympande resurserna i relation till mer medvetna patienter, ökad efterfrågan och anpassning till de senaste medicinska innovationerna har sjukvården gått igenom många nya reformer. Reformerna har fokuserat på att utveckla nya styrmodeller, där många av dem påmint om liknande modeller från den privata marknaden och NPM. Själva omorganiseringen skapar inte balans mellan behov och resurser, men kan bidra till att tillgängliga resurser används på ett effektivt sätt. Avsikten med reformerna har således varit att uppnå målen trots resursgapet genom att istället göra effektivisera arbetssättet (Hallin och Siverbo 2003:13ff).

1.1 Den nya trenden: Processororientering

Processororientering är en relativt ny styrmetod inom hälso- och sjukvården som började diskuteras först under 1990-talet (Eriksson 2005:17f). Processororientering kopplas med idéer om kvalitetsförbättring och effektivisering, då dess mål är att minska antalet onödiga moment, kvalitetsbrister och resursslöseri. Processororienteringens fokus ligger på patientens bästa och hur arbetet kring patienten utförs. En processororienterad verksamhet ska organiseras i en serie sammankopplade aktiviteter eller processer. Processerna ska dessutom sträcka sig över organisatoriska enheter inom och mellan organisationer för att öka samarbetet i organisationen. Det handlar dock inte om att hela organisationen ska vara uppbyggd på processer utan att skapa effektiva processer i organisationen (Berlin och Kastberg 2011:17f). Ett viktigt inslag i processororienteringen är ständigt lärande och utvärdering av processerna, så att kvaliteten successivt förbättras (Eriksson 2005:17f).

Inom vården eftersträvar man att skapa en styrning som uppmärksammar flöden i en organisation med syfte att motverka de negativa effekterna av den traditionella funktionsindelningen, vilket man förväntas uppnå med processororienteringen. Det finns tre olika former av reformuttryck i samband med det processororienterade arbetssättet, vilka i praktiken kombineras för bästa resultat:

- Vårdkedja som patientens väg genom organisationen där man fokuserar på att patientens väg genom organisationen görs effektivt och tryggt,
- Vårdkedja som standardiserad "best practice" där standarder skapas för att utföra behandlingar på,

- Vårdkedja som dokumentationspraxis där ett system skapas för dokumentation kring patientens diagnos, vård och behandling (Berlin och Kastberg 2011:181f).

Genom att arbeta på det här sättet kan personalen få ett helhetsperspektiv gällande samtliga sjukhusaktiviteter, alltifrån diagnos, vård och behandling (Eriksson 2005:17f). Svårigheterna med arbetssättet är att avgöra början och slut på processer, att avgöra vilken diagnos patienten har samt vilken process patienten tillhör, speciellt i sådana fall där patienten har flera sjukdomar och tillhör olika processer samtidigt (Eriksson 2005:27).

1.2 Skillnader mellan traditionellt arbetssätt och processororientering

1.2.1 Det traditionella arbetssättet

Den traditionella organisationen har en hierarkisk struktur, där varje enhet har en viss funktion. Enheterna har egna ansvariga, egna resurser och personal med likartad kompetens, uppgifter och kringutrustning. I det traditionella sjukhuset blir patienter vanligtvis diagnostiserade, vårdade och behandlade på flera avdelningar under sitt sjukdomsförlopp, vilket kan göra att sjukvården inte uppfattas som en helhet av själva patienten (Eriksson 2005:29f). Den här typen av organisering har sina fördelar, vilka är att risken för dubbelarbete minskar och att möjligheterna till specialisering av den egna personalen är stora. Nackdelen i sådana organisationer är, å andra sidan, att fokus riktas endast på eget område och utesluter resten (Berlin och Kastberg 2011:174f).

1.2.2 Det processororienterade arbetssättet

Processororienteringens syfte är att frigöra sjukvården från organisatoriska gränser mellan olika enheter och istället fokusera sig på arbetets gång för att nå ett gott resultat (Eriksson 2005:19f). Varje nästa aktivitet inom standardiserade processer ska innebära ökad nytta för patientens hälsa och välbefinnande (Eriksson 2005:30). Processorganisationer är tvärfunktionella där flera funktioner samlas samtidigt och där resurserna istället är kopplade till aktiviteter i processen (Eriksson 2005:20f). Fördelen med ett processororienterat arbetssätt är att kommunikationen förbättras och personalen får en bättre helhetssyn över verksamheten. Nackdelar är en ökad risk för dubbelarbete och sämre chanser för kompetensutveckling (Berlin och Kastberg 2011:175).

1.3 Problematisering

I ett försök att minska effekterna av de krympande resurserna i relation till ökad efterfrågan har sjukvården gått igenom många reformer. Reformerna har fokuserat på att utveckla nya styrmodeller som ska leda till verksamhetens effektivisering och många av dem har påmint

om modeller från den privata marknaden och New Public Management (Hallin Siverbo 2003:13ff). Under 1990-talet byttes reformerna ut väldigt ofta i hopp om att förbättra styrningen och försöka förverkliga de målsättningar politikerna ger (Eriksson 2005:11).

Sjukvården har påvisat förbättringar genom exempelvis större tillgång till vård än tidigare och en bättre folkhälsoinstitution. Trots det har medborgarnas förtroende för sjukvården minskat sedan 1980-talet (Blomqvist 2007:11). Även sjukvårdspersonalen har uttryckt ett missnöje med förändringar i olika studier och önskat att istället ”få arbetsro för att kunna utveckla vården och behandlingen av patienter” (Eriksson 2005:11). I och med kraftiga kostnadsökningar över år har många nedskärningar och prioriteringar gjorts, vilket också har skapat en växande skepticism för varje ny modell (Blomqvist 2007:39ff).

Jakten på den goda styrningen inom hälso- och sjukvård fortsätter dock än idag, då reformerna hittills inte nått de framgångar som man förväntat sig (Hallin 2003:193).

Forskningen om svenska förhållanden visar att utvecklingen mot processororienteringen hittills inte skiljer sig från tidigare reformer. Även här är implementeringen långsam och processerna möter motstånd när de går över olika enheter och specialiteter (Norbäck och Targama 2009:234).

Trots att processororienteringen i teorin är utformad att resultera i goda effekter har den ändå givit liknande resultat som tidigare styrmetoder. Det anser vi vara problematiskt och kan inte låta bli att undra vad det kan bero på? Varför uteblir effekterna när processororienteringen i teorin låter som ett idylliskt sätt att organisera sjukvården på? Vad är det för svårigheter som gör att sjukvården rör sig i en cirkel?

1.4 Syfte

Syftet med vår studie är att beskriva vad som hindrar införandet av ett processororienterat arbetssätt. Utifrån studiens resultat vill vi problematisera för de hinder som vi finner mest framträdande och hur man bör gå till väga för att förebygga dessa hinder inför framtiden. Dessutom vill vi även problematisera studiens resultat genom att tolka hur förändringen uppfattas på olika verksamhetsnivåer och om det finns det några likheter respektive skillnader mellan dessa. Våra frågeställningar blir därmed följande: Vilka är de mest framträdande hindren som uppkommer vid införandet av ett processororienterat arbetssätt? Hur uppfattas de hinder av de olika verksamhetsnivåerna? Hur bör man på bästa sätt gå tillväga för att kringgå dessa hinder i framtiden?

2 Metod och design

2.1 Val av fall

Den här studien är avgränsad till ett område inom en organisation och utgör därmed en så kallad fallstudie (Bryman 2011:73ff). Den organisation vi har valt att studera är Sahlgrenska Universitetssjukhuset, eller närmare bestämt akutmottagningen AKOM. Det här valet gjordes för att kunna avgränsa studien till ett mindre verksamhetsområde, dels på grund av den tidbegränsning vi har haft under studiens gång och dels för att AKOM legat nära till hands. Fokuseringen på ett område är nödvändigt i vårt fall då sjukhuset som organisation är väldigt omfattande. Att ha ett område hjälper oss således att få en bättre uppfattning och koncentration i arbetet. Dessutom grundar sig våra val i att vi fann verksamhetsområdet intressant i och med dess tunga arbetsuppgifter och hur dessa anpassas till ständiga förändringar i arbetsprocesser.

2.2 Val av datainsamling

Innan datainsamlingen påbörjades tittade vi på tidigare forskning och informerade oss om det processororienterade arbetssättet inom hälso- och sjukvården. Underlag för studien samlades sedan in genom dokumentstudier och genom intervjuer. Dokument har hämtats från Sahlgrenska Universitetssjukhusets hemsida och utgörs av årsredovisningar, organiseringsscheman och rapporter. Dokumenten har utgjort basen i vårt arbete. Då vi använt oss av redan befintlig data av god kvalitet har det inneburit att vi inte behövt genomföra ytterligare tidskrävande studier på egen hand. Insparande av både tid och pengar har möjliggjorts, då användningen av sekundär data genererar ett större tidsintervall till analysen av egen insamlad data (Bryman 2011:300ff). Dokumenten har dessutom, vid sidan om litteraturen, använts vid formuleringen av intervjufrågor så att relevanta och fallanpassade frågor ställdes.

2.3 Val av respondenter

Både form- och personer till intervjuerna valdes på förhand. Syftet med detta har varit att säkerställa att respondenterna blir relevanta både till studiens helhet och till de intervjufrågor som formulerats, som i sin tur ökar studiens förståelse och validitet (Bryman 2011:392, 343). Det innebär att vi har gjort ett så kallat målinriktat urval av respondenter. Till intervjuerna valdes personer från olika nivåer inom akutverksamheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, nämligen ledningen, läkare och sjuksköterskor. Det här gjordes för att få olika synvinklar och åsikter kring problematiken och för att kunna använda det som grund för en senare jämförelse mellan nivåerna.

Det som måste påpekas är att alla i ledningen har en läkarbakgrund, vilket har gjort att vi har nämnt dem enligt deras bakgrund i den kommande tabellerna. Det måste även hållas i åtanke, då det möjligtvis också påverkar resultatet än om ledningen inte haft medicinsk bakgrund.

Arbetsposition	Undersökningsmetod
Sektionschef	Gruppintervju
Vårdenhetschef	Gruppintervju
ST-läkare	Gruppintervju
Akutläkare	Gruppintervju

Arbetsposition	Undersökningsmetod
Sjuksköterska, teamledare	Gruppintervju
Sjuksköterska, teamledare	Gruppintervju

Arbetsposition	Undersökningsmetod
Urinolog, läkare	Personlig intervju

2.4 Val av intervjumetod

Intervjumetoden som eftersträvades var i form av personliga intervjuer. Väl på plats önskade ledningen gruppintervjuer som ett bättre alternativ, vilket enligt dem skulle spara dem tid men också ge oss mer utförliga svar. Då vi var öppna till förslag hade vi inga invändningar utan accepterade gruppintervjuer som vår nya intervjumetod.

Förutom tidssparande och mer relevanta svar, i och med att medlemmarna kan fylla ut varandras svar, finns det fler fördelar med gruppintervjuer som har varit bra för vår studie. Fördelen är nämligen det faktum att man kan se till hur en individ i egenskap av gruppmedlem diskuterar och reagerar på en viss fråga. På så sätt kunde vi få ytterligare uppfattning om gruppens funktion, samspel och validitet om huruvida de är sanningsenliga eller inte (Bryman 2011:206).

Intervjuernas karaktär har varit semistrukturell, som är en intervjuform där frågorna är allmänt formulerade men där inga bestämda frågor ställs. Frågorna har således varit av öppen form, där ordningsföljden på dessa har varierat och följdfrågor har uppkommit i och med intervjugenomförandet. Öppna frågor ansåg vi vara av högsta vikt då vi genom dem låtit respondenterna själva berätta och på så sätt fått ärliga och resultatgivande svar, samt fått en inblick i uppfattningen hos individen och/eller gruppen till frågan (Bryman 2011:206f).

Det negativa med dessa öppna frågor som vi har varit medvetna om är att de kan ta längre tid, på grund av att den intervjuade har fria tolkningsmöjligheter samt att det är tidskrävande att koda de svar man fått. För att maximera validiteten på de svar vi fick och den kodning vi därefter gjorde, spelade vi in de genomförda intervjuerna. Det möjliggjorde en bedömning av kvaliteten på intervjuerna i efterhand och upprepade uppspelningar av materialen (Bryman 2011:244f).

De etiska hänsynstaganden som vi har tagit hänsyn till är att vi har gett respondenterna möjligheten till att vara anonyma. Vidare har vi frågat om samtycke till inspelningen av intervjuerna och försäkrat att konfidentialitetskravet ska följas. Det sistnämnda kravet innebär att uppgifter som behandlats i samband med intervjun förvaras helt oåtkomligt för obehöriga (Bryman 2011:131f).

3 Teori

Att effekterna uteblir innebär således att det finns något som hindrar reformerna från att lyckas. Vad det är som utgör hinder för förändringar inom hälso- och sjukvården har studerats av forskarna Lars Erik Norbäck och Axel Targama, samt Nomie Eriksson. Lars Erik Norbäck och Axel Targama har skrivit en avhandling som berör sjukhusets komplexitet och vad som händer vid en förändring, medan Nomie Eriksson har skrivit en avhandling som fokuserar sig på vad som händer vid införandet av ett processororienterat arbetssätt inom sjukvården. Vi anser båda avhandlingarna vara relevanta för vår egen studie, då båda berör områden vi studerat. Dessutom utgör materialen bra grund för vår studie i och med att forskarna nämner olika hinder som uppstår i samband med en omorganisering och vad som kan göras för att kringgå dem. Forskarnas resultat och förklaringar redovisas i kommande avsnitt.

Flertalet av de intervjuade i Nomie Erikssons studie ansåg att processinriktat arbetssätt var gynnsamt och borde vara ett självklart sätt att bedriva sjukvård på (Eriksson 2005:116).

Många kände till arbetssättet redan innan det var igång och såg positivt på att vården nu skulle organiseras kring patientens bästa, vilket i sig är professionernas centrala värdering.

Patientperspektivet var något som förenade personalen, då många påpekade att de genom processerna utvecklade ett större beroende till varandra (Eriksson 2005:117ff). Personalen upplevde även att de fick såväl information som utbildning i processorienteringens idéer och tekniker (Eriksson 2005:118). Trots allt detta praktiserades inte arbetssättet i någon större omfattning (Eriksson 2005:124f). Förklaringen till att ingenting händer vid en förändring kan därmed finnas i att implementeringen stöter på diverse hinder.

3.1 Hinder: vilka är dem och hur uppstår dem?

3.1.1 Otillräckliga resurser

Den främsta anledning till att reformerna i sjukvården införs är otillräckliga resurser men det är också det största hindret för implementeringen, enligt forskarna Norbäck och Targama. Vårdpersonalen har visat klar misstro i frågan om ständiga nedskärningar och efterfrågar istället mer resurser till sjukvården via skattepengar (Norbäck och Targama 2009:72). Nomi Eriksson visar att resursbristen kan ge fler konsekvenser. Då resurserna är otillräckliga leder det till att arbetssituationen upplevs som mer krävande vid införandet av ett processorienterat arbetssätt. I och med att sjukhusen har det svårt med ekonomin blir det svårt att bemanna tjänster, vilket resulterar i brist på tid hos den befintliga vårdstyrkan att hinna med både daglig vårdproduktion och processutvecklingen. Att behandla ineliggande patienter i ett underbemannat läge och samtidigt utveckla något nytt vid sidan om anses inte kunna gå ihop (Eriksson 2005:95) Personalen väljer då att prioritera det dagliga vårdarbetet medan cheferna ägnar sin tid åt att lösa ekonomi- och bemanningsproblemet. Processutvecklingen får i sådana situationer komma i efterhand i mån av tid och vilja, vilket resulterar i att endast ett begränsat antal processer genomförs (Eriksson 2005:88f, 94, 118f).

3.1.2 Sjukvårdens komplexitet; nivåer

Hälso- och sjukvården ses som ett av det mest komplexa system som finns i det moderna samhället. Komplexiteten avspeglar sig i sjukvårdens traditionella arbetssätt, struktur och organisering. Inom sjukvården finns det väldigt många nivåer och beslutsfattare, vilka Norbäck och Targama presenterar genom den så kallade C4-modellen, som står för "Cure, Care, Controll, Community". Här finner vi fyra olika världar representerade; den första världen Cure består av läkare, vilka har stark autonomi i sitt arbete på grund av den kunskapen de besitter. Till Care tillhör sjuksköterskor och andra yrkeslegitimerade specialister, vars arbete är att ta hand om patienter och deras anhöriga men som är

underordnat läkarnas tolkning av vad man bör göra. Den tredje världen *Controll* är chefernas område, vilka i första hand ansvar för resurserna, mål och intressen. Sista världen utgörs av *Community* där politiska representanter för den rådande ideologin finns (Norbäck och Targama 2009:17f).

Targama och Norbäck förklarar att sjukvården således styrs av både ett formellt och informellt regelsystem. Formella systemet utgörs av lagar, regler och anvisningar (Control och Community) medan informella utgörs av värderingar, normer och handlingssätt som över tid har producerats av professionerna (Cure och Care) och som med andra ord kallas för institutioner (Norbäck och Targama 2009:29ff). Professioner i en sjukhusorganisation tar institutionerna för givet och rättar sig efter dem mer eller mindre omedvetet. Om ett beslut från politisk eller administrativ ledning inte överensstämmer med professionernas handlingssätt och värderingar kan det leda till motstånd från professionernas håll och hindra implementeringen (Eriksson 2005:48f).

Det pågår alltså en kamp mellan administration och profession, som ser varandra som sina motståndare och inte förstår den andra partens logik. Spänningen mellan de olika nivåerna har blivit tydligare på senaste tiden, enligt Norbäck & Targama, då den formella styrningen successivt har ökat över åren på bekostnad av läkarnas traditionellt starka autonoma ställning. Det har i sin tur lett till en ökad frustration bland läkarkåren, då deras traditionella värderingar äventyrats med nya managementideologier samtidigt som arbetsvillkoren reglerats (Norbäck och Targama 2009:30f). Motståndet till förändringar tycks därför vara starkast inom Cure, där läkare oftast väljer att inte delta i utvecklingsarbeten på grund av ”en redan pressad arbetssituation”. Detta utgör ett klart hinder för processorienteringen, för om Cure inte medverkar i tvärprofessionellt arbete händer det oftast inte mycket (Norbäck och Targama 2009:279f).

3.1.3 Sjukvårdens komplexitet; institutioner

Forskaren Nomie Eriksson finner att institutionerna försvårar genomförandet av en standardiserad sjukvård i enlighet med processorienteringens principer. Traditionella aktiviteter som pekas ut är exempelvis patientens möte med läkare som är en central händelse och avgörande för behandlingens utfall. Vidare har vi sjukhusets interna informationssystem bestående av:

- Ronder (är en aktivitet som regelbundet görs på avdelningar för att personalen ska informeras om patientens fortsatta behandling),

- Rapportering (sker muntligt mellan arbetspassen och är också viktig för information om patienterna mellan personalen vid skiftbyte) och
- Dokumentation (uppgifter om patienternas tillstånd och behandlingsplaner, som sparas i journaler i varje enhet).

Det finns en tydlig hierarki mellan läkare och sjuksköterskor, som man kan se i de här aktiviteterna. Samtliga aktiviteter är också centrala i personalens arbete, vilket gör att personalen har svårt att avvika från ett väletablerat sätt, ”så har vi alltid gjort”. Det gör dem dominanta och därmed svåra att förändra, för om man ändrar aktiviteterna måste grunderna också ändras (Eriksson 2005:155f).

3.1.4 Sjukvårdens komplexitet: Enhetsindelning

Att praktisera standardiserad sjukvård försvåras även genom sjukvårdens traditionella indelning i enheter och avledningar. I och med att förändringar oftast ska genomföras inom hela verksamheten kan det för ett sjukhus innebära stora koalitioner då det rör sig om väldigt många enheter (Eriksson 2005:19, 47f). Traditionellt sett är resurserna kopplade till enheter där sjukvården utförs och enheterna är organiserade långt ifrån varandra, vilket gör det svårt när resurserna istället ska kopplas till aktiviteter och när enheterna ska föras samman i olika processer (Eriksson 2005:154f).

3.1.5 Kommunikationssvårigheter

Den sista punkten som Nomie Eriksson tar upp i sin studie är kommunikationssvårigheterna under implementeringens början. Flertalet intervjuade sjuksköterskor och läkare önskade att det fanns en person på enheten att vända sig till vid frågor och dylikt (Eriksson 2005:84).

3.1.6 Ytterligare hinder

För att komplettera Nomie Eriksson och Norbäck och Targamas forskning vill vi även ta med en del av en annan forskning av Berlin och Kastberg. I deras forskning finner vi ytterligare hinder som kan förklara varför reformerna ständigt visar bristande effekter i sjukvården. Här pratar man om ”frikoppling” och ”översättning”. Det första innebär att en organisation gör ansträngningar för att visa en legitimitetsskapande fasad som signalerar effektivitet och handlingskraft. Att fasaden i sin tur inte påverkar organisationen på djupet är själva frikopplingen. Modeller som ger legitimitet introduceras men själva implementeringen uteblir (Berlin och Kastberg 2011:204ff).

Det andra handlar om att effekterna uteblir eftersom koncept och praktik skiljer sig åt. Man går från en enkel och uppenbar idé till en mångsidig och ofta svårbegriplig praktik, där

samma modeller till slut ser olika ut inom olika organisationer. När modeller sedan ska översättas kan mäktiga aktörer påverka implementeringen genom att antingen tolka dem rätt eller välja att inte agera efter modellens tänkta regler (Berlin och Kastberg 2011:204ff).

3.2 Stöd: Hur bör man göra för att åtgärda hindren?

3.2.1 Otillräckliga resurser

Med hänsyn till ekonomiska och politiska villkor vid sidan om en ständigt ökad efterfråga bland befolkningen är krav på mer resurser från skattepengar orealistiska, enligt Norbäck och Targama. För att hantera resursgapet, som uppstår i och med att alla behov inte kan tillgodoses, behöver sjukvården prioriteringar. I hälso- och sjukvårdslagen slås det fast att den som har störst behov av hälso- och sjukvården ska också vara den som ges företräde. Lagen ställer också krav på rättvisa och att vården ges på samma villkor till alla medborgare. För att kunna garantera att rättvisekravet följs krävs det att prioriteringarna görs öppet och offentligt. Hittills har ett antal försök gjorts men lagts ner efter att ingen öppet kunnat försvara dem. Därför finns det i nuläget starka önskemål att formulera klara principer och anvisningar, som ska kunna användas som underlag och stöd till dessa svåra prioriteringar. Det är uppenbart att öppna prioriteringar behövs i den svenska sjukvården, men såsom det ser ut så är ingen villig att bära ansvaret för dem (Norbäck och Targama 2009:75ff).

3.2.2 Sjukvårdens komplexitet; nivåer

En lyckad implementering definieras när tillämparna förstår beslutet, kan genomföra beslutet och dessutom har viljan att göra det. Därför gäller det att samordna alla världar i det multiprofessionella sjukhuset, se bortom egna intressen och skapa en vilja att genomföra beslutet för sjukhuset som en helhet (Eriksson 2005:47f).

De processerna som visat framgång i Erikssons studie har personalen själva valt att de har tid och möjlighet att utveckla. Det innebär således att när medarbetarna är tillfredsställda med arbetssättet såväl för sin egen del som för patienternas samt delaktiga i besluten om arbetssättets utveckling kommer implementeringen omedelbart att underlättas (Eriksson 2005:159f). För att uppnå det krävs kommunikation mellan sjukhusets olika delar. Ledningen måste kommunicera med personalen och låta dem delta i utvecklingen av processerna. I annat fall kan beslutet uppfattas som påtvingat och då riskerar man att kränka professionernas autonomi. Det kan i sådana fall leda till att professionerna istället omformulerar beslutet eller väljer att inte verkställa det (Eriksson 2005:168).

Främst gäller det att ”få med sig läkarna” om man ska lyckas, då övriga yrkesgrupperna inte verkar vara något problem. Det har dock visats nya trender i läkarkåren på senaste tiden, vilka kanske kan vara något positivt för framtida förändringar. Yngre läkare tycks nämligen vara mer benägna att ingå i tvärprofessionella team än äldre läkare, allt på grund av att den traditionella känslan för autonomi och att enbart ta hänsyn till sitt eget ansvar och kompetens verkar vara lägre än hos dem äldre läkarna. Det är en positiv förändring då tvärprofessionella team är nödvändiga i sjukhusets komplexa värld, eftersom ingen yrkesgrupp ensam kan lösa samordningsproblemen (Norbäck och Targama 2009:278f).

I ett senare skede, när arbetssättet väl är igång, är det även viktigt med utbildning och stimulans om processerna som ska ges av sjukhusledningen. Det ska visas uppskattning i form av kvalitetspriser, för att hålla igång medarbetarnas motivation och fortsatt utveckling menar forskaren Nomie Eriksson (Ericsson 2005:153, 168).

3.2.3 Sjukvårdens komplexitet; institutioner

Anpassningen av gamla rutiner är nödvändigt ifall processorienteringen ska lyckas, då aktiviteterna kan leda till ineffektivitet genom att de tar mycket tid och ger dubbelarbete, vilket i sig strider mot processorienteringens grunder (Eriksson 2005:155f). För att ett gott resultat ska uppnås vid implementeringen är det därför viktigt att medlemmarna i en organisation är medvetna om institutionerna och deras existens, för att kunna acceptera ett beslut som går emot deras inarbetade rutiner (Eriksson 2005:48f). Rutinerna i sjukvårdens traditionella arbetssätt kan förändras genom en kombination av en *dialog* mellan personalen och *motivation* från så kallade eldsjälar (Ericsson 2005:165f).

Genom dialog skapas det medvetenhet om hur sjukvården traditionellt fungerar på enheterna och det är först när personalen blir medvetna om situationen och arbetssättets nödvändighet då den kan börja förändras. Vidare leder dialog till utbyte av kunskaper och idéer kring patientgrupper och diagnoser, vilket i sin tur leder till standardisering av aktiviteter i effektiva processer och kvalitetsförbättring (Eriksson 2005:150f).

Något annat som enligt professionerna tycks vara nödvändig för utvecklingen av ett processinriktat arbetssätt är eldsjälarna. Med eldsjälarna menas medarbetare, vars uppgift i implementeringen är att översätta beslutet om arbetssättet till övriga medarbetare. Eldsjälarna ansvarar för att driva utvecklingen framåt, genom att ge stöd och motivation till sina arbetskamrater och hjälpa dem förstå behovet av verksamhetsförändring (Eriksson 2005:152).

Den kunskap som medarbetarna i en organisation utvecklar genom dialog, eldsjälarna och stimulans kan liknas vid "sökruiner". Med sökruiner menas i sammanhanget sökandet efter bättre sätt att utföra sjukvården på. Kunskapen från dialogen och motivationen från eldsjälarna leder till att medarbetarna uppfattar att det finns ett behov av att förändra arbetssättet. Är dessutom det nya arbetssättet förenligt med de rådande institutionerna kommer det att tillämpas mycket lättare. Det är först då gamla rutiner kan börja bytas ut till förmån för nya idéer. Det är i sin tur inte det bästa arbetssättet som genomförs vid en förändring utan det arbetssättet som uppfattas som bättre än det befintliga (Eriksson 2005:165ff).

4 Empiri – Sahlgrenska Universitetssjukhuset

4.1 Om Sahlgrenska

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, förkortat SU, bildades den 1 januari 1997 genom att de tidigare sjukhusen Sahlgrenska, Mölndal och Östra slogs ihop. Akutmottagningarna slogs också ihop och idag finns det tre akutmottagningar på sjukhuset, varav en är barnakutmottagning. Det finns även särskilda psykiatriska akutmottagningar, samt gyn- och ögonakut.

Efter den 1 januari 1999 ingår sjukhuset i Västra Götalandsregionen inom vilken det finns hälso- och sjukvårdsnämnder som tar beslut om den vård som ska bedrivas i Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det finns också en politisk styrelse för sjukhuset med nio ordinarie ledamöter. Det formella beslutmandatet förs fram utav sjukhusdirektören inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Sjukhusets organisation styrs genom det balanserade styrkortet, är uppdelad i sex områden vars varje områdeschef är direkt underordnad sjukhusdirektören (www.sahlgrenska.se).

4.2 Akut-och Olycksfallsmottagningen Sahlgrenska sjukhuset (AKOM)

Vid AKOM bedrivs det vuxen somatisk sjukvård, utveckling och utbildning samt forskning. AKOM på Sahlgrenska Universitetssjukhuset utgör traumavårdscentrum för hantering av olycksskadade patienter i Västra Götalandsregionen. Det är en dygnsöppen akutmottagning som riktar sig till alla över 16 år. Mottagningen har 130 anställda inom olika kompetensområden. Hälften av de patienter som ankommer till AKOM gör det via ambulanssjukvård och 36 % via remiss från primär- eller öppenvård (www.sahlgrenska.se).

4.3 Processorientering inom SU

Målet för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är att “beskriva sjukhusövergripande processer och bilda tvärprofessionella team med deltagare från alla berörda verksamheter“, allt i syfte om att arbetet ska ske processinriktat. Sjukhuset har infört nya handlingsmetoder samt bildat välfungerande team, bland annat inom områdena akutsjukvård och stroke. En regional utvecklingsplan för akutmottagningarna fastställdes år 2008, för att senare införas året därpå. Utvecklingsplanen består av tre moduler med områdena bemötande, information och service, ledtider och personalens kompetens. Uppföljningen av processerna sker två gånger per år och dessa kan man läsa om i sjukhusets årsredovisningar (Årsredovisning 2010:30).

Genom åren har olika förändringar skett i verksamheten. Under 2010 utvecklade man exempelvis en så kallad väntometer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som informerar patienterna om situationen på akutmottagningen. Under hösten 2011 påbörjades arbetet med att ta fram en gemensam arbetsmodell för akutmottagningarna inom internmedicin, som är baserat på ”best practice”, om hur man mest effektivt använder akutmottagningarnas resurser (Årsredovisning 2011:39).

Vidare förbättringsarbete som har skett är ett projekt där ambulanssjuksköterskor fått tillåtelse att bedöma om patienter ska skrivas in direkt på vårdavdelning redan i ambulansen (Årsredovisning 2010), samt projektet ”Snabb-spår” som är till för patienter med mindre komplicerade sjukdomar och ortopediska skador (Årsredovisning 2010:31).

Under 2011 låg fokus mer på det faktum att patienterna på akutmottagningen blev allt fler. Som följd tillsattes delprocessteam till befintliga tvärprofessionella team i syfte att ytterligare stärka processorganisationen. Vid sidan om tvärprofessionella team som finns i akuten har sjukhuset även infört sådana där de mest sjuka omhändertas, nämligen trauma och beroendevården (Årsredovisning 2011:30ff). Traumavårdsprocessen är väldigt aktuell på Sahlgrenska för tillfället, enligt den intervjuade sektionschefen. Hon menar på att det handlar om att på ett standardiserat sätt ta hand om patienterna som råkar ut för olyckor, som exempelvis bilolyckor eller våldskador (Intervju 1).

4.4 Triage

En omfattande förändring som har gjorts vid processarbetet är *trriage* (franska ”sortering”). Triage är ett prioriteringsarbete där patienten kommer direkt till kvalificerad sköterska och får en systematisk undersökning och bedömning, en process som endast tar några minuter. Det enda som spelar roll vid prioriteringsarbetet är det medicinska tillståndet. Varken väntetid,

ålder eller andra faktorer påverkar den kvalificerade sjuksköterskans bedömning om patientens tillstånd.

Prioriteringsarbetet styrs av hälso- och sjukvårdslagen som säger att den med störst behov av vård också skall tilldelas denna först oavsett ålder, kön eller social status. Det finns också etiska principer från Riksdagen som fungerar som ytterligare riktlinjer, vilka är;

- Människovärdesprincipen (alla människor har lika värde),
- Behovs- och solidaritetsprincipen (man satsar resurser där dem mest behövs),
- Kostnadseffektivitetsprincipen (vid val av verksamheter eller åtgärder skall en bra relation mellan kostnader och effekter eftersträvas).

Människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Det betyder med andra ord att svårare sjukdomar prioriteras över lättare trots att dem kostar mer. Vad som klassas som en svår sjukdom bedöms av läkarna. Prioriteringsarbetet blir i sin tur tydligast på akutmottagningarna på grund av den stora belastningen och etiska riktlinjer präglar hela arbetet (www.sahlgrenska.se).

4.5 METTS, METTS-pre

Triagearbetet har utvecklats till flera metoder, däribland METTS-metoden (Medical Emergency Triage and Treatment System) samt prehospital-metoden (METTS-pre). Den förstnämnda metoden infördes den 17:e januari 2008 men kallas numera för retts. Enligt sektionschefen är metoden ett standardiserat sätt att ta emot alla patienter, där man triangerar dem utifrån risken att det händer något allvarligt under deras tid på akuten. Metoden utvecklades på grund av att man hade för långa väntetider, och man ville därför sortera patienterna utefter svårighetsgraden. Såsom ST-läkaren uttryckte det: ”Man såg att man hade massa patienter men man visste inte vem som var sjuka och vem som hade nästappa.” (Intervju 1).

Triagering enligt METTS ser ut på följande vis:

- **Röd** (mycket akut sjukdomstillstånd),
- **Orange** (Svårt sjuk eller misstanke om allvarlig sjukdom),
- **Gul** (Inga tecken på omedelbart livshotande sjukdom),
- **Grön** (kan vänta utan medicinsk risk),
- **Blå** (symtom eller sjukdom som vanligtvis inte behöver vård på akutmottagning) (Årsredovisning 2009:30).

METTS har under de senaste åren använts som beslutsunderlag i syfte att ge en vård som både är snabb, korrekt och säker och att man på ett bättre sätt skall kunna bedöma en patients tillstånd (Årsredovisning 2009:30f). I samband med införandet av triagesystemet och med hänsyn till det ökade antalet patienter, har akutmottagningen även gjort förändringar i schemaläggning och bemanning av personal (Årsredovisning 2010:31).

4.6 Processorienteringens effekter

4.6.1 Positiva effekter

Processorienteringen har visat skilda effekter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Som resultat av olika förbättringsinsatser har ledtiderna på akutmottagningen och tidsintervallen för andra undersökningar blivit kortare, samarbetet med primärvården och tillgång till lediga vårdplatser har förbättrats och bättre samordning av resurser mellan verksamheter har ökat. Dock är resultatförbättringarna väldigt blygsamma om man jämför dem med betydliga insatser som vidtagits på sjukhuset de senaste åren (Årsredovisning 2010:35f). När det gäller triagesystemet har det, enligt Per Örningen, lett till bättre informationsöverföring mellan vårdpersonalen och minskat på dubbelarbete (www.sahlgrenska.se).

Den intervjuade läkaren på Sahlgrenska pekar också ut några positiva effekter med ett processorienterat arbetssätt, närmare bestämt METTS. Till skillnad från tidigare har man idag en standardisering vid omhändertagandet av patienter, med vitalparametrar inklusive puls, blodtryck och andningssekvens, vilket gör att identifieringen av riskpatienter har blivit bättre men också mer objektiv. Proverna görs tidigt vilket underlättar för läkarnas bedömning och sjuka patienter idag identifieras bättre än tidigare (Intervju 2).

Sjuksköterskorna vi intervjuade på Sahlgrenska Universitetssjukhuset anser att det mest positiva med införandet av ett processinriktat arbetssätt har varit standardiseringen, då man idag har någon grund att stå på. Det är speciellt fördelaktigt för nya sjuksköterskor, jämfört med tidigare då man gick mycket mer på känsla. Nu har man istället stöd att luta sig på och strikta regler, vilket leder till en relativ likvärdig bedömning av patienter (Intervju 3).

4.6.2 Negativa

Å andra sidan finns det mycket negativt också. Enligt sjuksköterskorna är det inte patienterna i centrum, utan processerna har införts främst av ekonomiska anledningar, för att slimma på organisationen och därmed kunna hålla budgeten (Intervju 3).

Den intervjuade läkaren påpekar också att triagemetoden egentligen inte har sina grunder i

processororienteringen. Han menar på att syftet med triage inte var att skapa ett processbaserat arbetssätt, utan att öka patientsäkerheten genom att använda vitalparametrarna för att upptäcka den kritisk sjuka patienten och samtidigt få någon form av kontroll efteråt med hjälp av färgindelningen: ”Folk tror att det är processer, men det är inga processer utan det är köskapande!” (Intervju 2).

Mycket visar på att akutmottagningens processer inte riktigt fungerar. Läkaren ger exempel på detta: ”Säg att det kommer 160 patienter, så är det ju helt makalöst att på kvällen klockan klockan 22 exempelvis när 60 utav dem inte kommit igenom. Och de är ju ett väldigt tydligt tecken på att våra processer inte fungerar då vi får en sådan ansamling av det som jag kallar för patientmassa.” (Intervju 2).

Läkaren anser att triage som process har skapat ett köproblem, ett bemanningsproblem och ett patientsäkerhetsproblem. Köproblemet avspeglar sig i ansamlingen av patientmassa, bemanningsproblemet i den smala läkarresursen i förhållande till antalet patienter och patientsäkerhetsproblemet skapas som följd av de första två faktorerna (Intervju 2).

4.7 Hinder och stöd utifrån intervjuerna

Införandet av processororienterat arbetssätt har påverkat Sahlgrenska Universitetssjukhusets organisation och därmed dess medlemmar. Som en av sjuksköterskorna uttryckte det: ”17:e januari, det datumet kommer jag aldrig att glömma!”, vilket tyder på att förändringen lämnat sina spår. I det här avsnittet kommer vi att presentera våra intervjuer utifrån ett flernivåperspektiv, där ”Intervju 1” utgörs av ledningen, ”Intervju 2” av läkare och ”Intervju 3” av sjuksköterskor. Sammanlagt består våra intervjuer med respondenter från tre olika verksamhetsnivåer – ledningen, läkarna och sjuksköterskor, så att vi i nästa skede lättare kan jämföra dem och därmed besvara vår frågeställning.

4.7.1 Hinder

4.7.1.1 Ledningen

Förändringen av arbetssättet innebar ingen större omställningen för cheferna, utan skillnaden var störst för personalen på golvet. Skillnaden vid införandet av triage var väldigt stor jämfört med innan, vilket bidrog till en kaosartad stämning med många arga medarbetare och inställningen ”Det här kommer aldrig gå... vi måste lägga ner allting.” infann sig. Den personalgrupp som enligt ST-läkaren var mest negativa till förändringen var läkarna, då processororienteringen inskränkte på deras rätt att själva bestämma när de skulle gå till vilken patient. Cheferna upplevde att det var svårt att stå på sig i en sådan situation där också

personalen skulle upplysas om att förändringen måste genomföras. Även vårdenhetschefen påpekar att det var två veckors kaos, på grund av att arbetssättet skiljde sig från det tidigare med många nya standardiserade regler kring diagnoser och sjukdomar som skulle läras in. Det tog en tid för personalen att ställa om, speciellt med den inställningen som rådde - ”det var bättre förr!”. Vårdenhetschefen säger att det som upplevs som akutens största problem i nuläget är att rätt så stor kö in till triagen kan byggas, på grund av att patienterna kommer väldigt ojämnt över dygnet. Före detta akutläkare påpekar även att ett återkommande problem är att många patienter söker sig in till akuten när de egentligen skulle kunna gå till vårdcentralen. Detta leder till långa väntetider och därmed ständiga klagomål på akutverksamheten.

4.7.1.2 Läkare

Läkaren påpekar att det alltid är svårt att göra en organisationsförändring på ett sjukhus, då det en stor organisation där gamla grunderna dessutom håller sig kvar länge. Även sjukhusets traditionella uppbyggnad i olika kliniker, där var och en är intresserad av att lösa sitt problem inom sitt område, utgör en svårighet vid skapandet av processer och omhändertagandet av patienterna. Såsom läkaren uttrycker det: ”Vi vill helst inte få in en multisjuk patient. Det är det värsta för oss, att få in en här på sjukhuset för att vi har organiserat oss efter ett organ, en sjukdom, en arbetsdiagnos”.

Vidare nämner han flera hinder för implementeringen där det första är ekonomiskt: ”Om man är utanför sjukvården så tror man ju att vi har organiserat oss på ett sätt så att patienter ska få en god och optimal vård, men så är det inte. Utan vi har organiserat oss efter de pengar vi har och inte efter att man ska göra rätt saker. Då kostar det mer.”

Läkaren påpekar att många neddragningar har gjorts i svensk sjukvård, vilket bland annat har resulterat i att Sverige idag har lägst antal vård- och akutplatser bland OECD-länderna. Därför har man försökt att effektivisera verksamheten, men enligt läkaren så har man har ”nått botten”. AKOM idag har mindre personal än andra akutmottagningar vid SU men samtidigt flest larm, mest patienter och framför allt mest svårt sjuka patienter. Det finns inga bra nyckeltal för hur man ska bemanna för att handskas med problemet. Det finns dessutom ingen nationell standard om hur mycket personal det ska finnas eller liknande.

Ett annat problem för akutmottagningen är hur vårdcentraler arbetar. När vårdcentralerna har stängt finns det inga jourcentraler som ersätter dem, utan patienterna hänvisas istället till akuten. Det leder till att många patienter periodvis söker sig in till akuten, som inte har

möjligheten att ge dem bra vård. Läkaren anser att den här frågan att skilja på primär och slutna vård är ett problem av politisk karaktär, som dock ständigt sopas under mattan.

Sista hinder som läkaren tar upp är kunskapsbrist när det gäller att genomföra projekt på ett sjukhus. Läkaren anser att kunskapen kring projektledning, ledarskap eller logistik inte var så omfattande när triage skulle införas.

4.7.1.3 Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna uppfattar det största hindret för förändringar vara att otillräckliga förutsättningar ges. Såsom en av dem uttrycker det: ”Det ges sällan möjligheter och förutsättningar för att lösa någonting. För får ni bara förutsättningarna, vilket i 99 fall av 100 handlar om mer personal, så löser vi alla problem. Det finns inte med på kartan att vi inte gör det!”.

Här pekade en av sjuksköterskorna på ett hinder som är ett av dem största, nämligen att AKOM ständigt har brist på personal, vilket gör att hela personalstyrkan inte är på plats när nya processer ska införas. Det kan även vara så att personalen finns men är fördelad på fel verksamhetsområden. Ett annat problem vid själva införandet är att den personen som har hållit i triageutbildningen inte är frigjord för att utgöra ett stöd för sina kollegor, utan ska istället utföra sina vanliga arbetsuppgifter och arbeta med triagen när tiden tillåter.

Mycket rör sig med andra ord kring ekonomin, där man får ”en påse pengar”, såsom sjuksköterskorna uttrycker det, vilka man sedan fördelar inom verksamheten. Har mottagningen för många patienter innebär det att man går i minus. För att lösa ekonomiproblemet drar man in på personal och vårdplatser. Sjuksköterskorna berättar att personalstyrkan på 10 år minskat från 69 till 57 personer. Enligt sjuksköterskorna är AKOM den mottagning som har mest patienter och svårast sjuka patienter, samtidigt som den har lägst bemanning av alla akutmottagningarna i Göteborg. Även bristen på vårdplatser är stor, vilket kan innebära att en patient får vänta i många timmar på akuten innan en plats blir ledig. Sjuksköterskorna uppfattar det situationen vara felbudgeterat och att den utgör ett uppenbart patientsäkerhetsproblem.

Sjuksköterskorna påpekar också mekanismer i sjukhuset som oftast inte syns utifrån. ”Det man kan säga är tokigast, som inte syns, är att om sjukhusdirektören inte klarar budgeten, så är man inte välkommen och ha den positionen längre. Klarar du inte så är det klart att du har misslyckats... Och så är det ju i alla led... Så vad tror ni kommer upp av det hur vi har det på

golvet? Ingenting... Å andra sidan, är situationen sådan att man något år lyckas hålla budgeten får man ett påslag på 1 % så att man sparar ytterligare året därpå. Det upplevs som fullständigt orimligt i en redan pressad ekonomisk organisation.”. Sjuksköterskan avslutar med att säga att yttrandefrihet inom organisationen är väldigt begränsad.

4.7.2 Stöd för att kringgå hinder

4.7.2.1 Ledningen

Det gjordes inget speciellt för att lungna ner situationen, utan det var mest tiden som gjorde sitt. Nu i efterhand är personalen nöjda med arbetssättet, enligt vårdavdelningschefen. Det som är dock viktigt att tänka på, enligt akutläkaren, är två faktorer. Den första är att få medarbetare, eller i hans fall läkarkollegor, att tydligt se poängen med förändringen som sker i och med införandet av ett processororienterat arbetssätt. Läkarnas arbete präglas av autonomi vilket kan vara svårt att påverka om man inte ser anledning till varför något ska ändras. Mycket handlar alltså om hanledning och att styra personalen i rätt riktning. För att bemöta den ytterst påverkade personalens klagomål och styra dem i rätt riktning hade det, enligt ST-läkaren, varit bra med ytterligare individer med expertkunskap.

Enligt vårdavdelningschefen är det viktigt att man vid stora förändringar ser över hela akutverksamheten, då man många gånger gör en förändring på inom ett verksamhetsområde som verkar isolerat men som påverkar de andra delarna också. Det gäller alltså att identifiera dem, så att implementeringen underlättas.

Akutläkaren påpekar att det alltid är svårt med den här typen av förändringar och att det viktigaste är att man är nära varandra på plats och att ha någon som har ”lite mer kunskap” och som också kan ta mer ansvar. Den personen måste finnas tillgänglig där hela tiden när alla frågetecken, klagomål och dylikt uppkommer, säger akutläkaren.

Vad man kan göra för att förhindra köbildningen in till triage är att utbilda allmänheten om var de ska söka vård. Enligt ST-läkaren är det här det viktigaste, men hur man kan göra en ”pedagogisk uppfostring” av allmänheten, har hon dock inga direkta förslag på.

4.7.2.2 Läkare

Om man ska ändra i en organisation så anser läkaren att man först ska satsa på att ändra de fundamentala grunderna. Läkaren anser att ett ökat teamarbete kan vara ett exempel på hur man kan överbygga den traditionella enhetsuppdelningen och hjälpa patienten snabbare till vård med tvärfunktionella team, istället för att flytta över patienten till ett sjukhus som har specialistmottagning för sjukdomsfallet.

Personalen har, enligt läkaren, varit ett stöd i implementeringen då de har tagit till sig det standardiserade arbetssättet inom triage på ett bra sätt, vilket har lett till att provtagningar och dylikt idag utgörs mycket snabbt och effektivt. Läkaren påpekar vikten av att ha en stark och stor personalgrupp som ska jobba med införandet av processerna: ”Det som jag tror var bra är att vi var många starka personer på den tiden. Så min tidigare chef som var här var väldigt stark och duktig person och vi hade en väldigt bred arbetsgrupp, där sekreterare, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare var med och jobbade med dem här sakerna då.”.

Vid frågan om läkaren hade infört processororienteringen på nytt, då är svaret ett ja. Dock hade läkaren gjort ett processbaserat system. Med processbaserat system menar han att fokus istället ska ligga på att skapa en optimal organisation för köer. Systemet ska helst likna en flygplats, där man har olika kassor som sköter olika resenärer. Det som läkaren tycker är bra är att sjukvården har utvecklats, idag finns det logistik i inom sjukvården och kunskaper överlag om processer har ökat mycket sedan innan. Å andra sidan anser han organisationen blivit mer komplex med nya metoder, såsom balanserade styrkort. Den nya kunskapen är något som han skulle ta med sig till framtida processer men han påpekar ändå att ”man kan inte lära sig så mycket på för mycket förberedelser”. Det som också är viktigt i sammanhanget, enligt honom är att förstå processen i praktiken, inte bara i teorin: ”När man ska ändra något så måste man ju förstå det i hjärtat på något sätt, i kroppen och inte bara som en teoretisk modell. Alltså allting måste upplevas. Om man gör någonting nytt som man inte har upplevt då, så måste man ju först uppleva det.”.

4.7.2.3 Sjuksköterskor

För att implementeringen ska bli lyckad kräver sjuksköterskor främst förutsättningar, i form av ekonomiska och personella resurser. De ger också mer konkreta förslag till hur implementeringen kan bli bättre. Det första förslaget är att en konsekvensbeskrivning görs innan själva införandet, då sjuksköterskorna upplevt att man aldrig gör detta innan man gör över till ännu fler nya processer. Att analysera om processens tänkta för- och nackdelar önskas, så att man på ett ungefär vet vad som väntar.

Det andra förslaget var hur dem gärna hade sett till ett lugnare tempo vid införandet av nya processer. Dels hade detta varit till fördel då det ständigt pågår mindre och större förändringar på akutmottagningen, men också dels för att ett lugnare tempo skulle ge dem möjlighet att smälta in allting lättare också därmed också mer förmögna till att hålla motivationen på en jämnare och högre nivå.

5 Analys

5.1 Jämförelse mellan nivåer

Våra gruppintervjuer gav oss en fördel att se till hur respondenterna i egenskap av gruppmedlemmar diskuterar och reagerar på en viss fråga. Det har inneburit att vi direkt har kunnat se hur de intervjuade reagerar på varandras svar och samspelar med varandra. Vi uppfattade en avhållsamhet hos ledningen att svara på våra frågor och en mycket stark känsla av att de gärna ville ”bolla över” våra intervjufrågor tillbaka till oss, eller till varandra, för att ”precisera dem mer”. Svaren blev inte så utförliga som vi hade förväntat oss, snarare mer ”ja” och ”nej” svar som vi sedan fick uppmuntra ledningen att vidareutveckla. Självfallet försöker man alltid försköna sin arbetsplats och det man står för och den här viljan var tydligast hos ledningen. Ledningen var även mycket ifrågasättande huruvida materialet kommer att användas och påpekade att anonymiteten var viktig för dem.

Den intervjuade läkaren var också noga med att fråga huruvida någon publikation av namn skulle ske. Dock var läkaren betydligt mer öppen och pedagogisk i sina svar. Hans pedagogiska svar var nästan på gränsen till ideologiska svar som vi kunde hitta i vår litteratur. Sjuksköterskorna å andra sidan, hade inga problem med varken frågorna eller anonymiteten, utan uttryckte öppet sina åsikter om verksamheten och pratade mycket om det faktiska arbetet på akutmottagningen. Det gjorde i sin tur att vi uppfattade sjuksköterskornas uttalanden som mest verklighetstroga, läkarens som mest ideologiska och ledningens som mest reserverade.

Som alla verksamhetsnivåerna har uttryckt i mer eller mindre omfattning är akutmottagningens största problem att få resurser. Ledningen anser sig behöva fler resurser i form av ekonomiska medel för att kunna delegera ansvaret till fler individer med stöd- och utbildarroll inom verksamhetsutvecklingen. Läkarna anser resurserna vara otillräckliga sett till att allt fler vårdcentraler stängs ned, vårdplatser minskas och personal skärs på ner medan patientantalet ökar. Det ständiga sparandet är något som sjuksköterskorna också lagt märke till och påpekar att införandet av ett processorienterat arbetsätt inte kan ske i en sådan situation. Personalen kräver istället mer resurser för att ta itu med bemanningsproblemet. Nivåerna är eniga om att otillräckliga resurser är ett hinder, men oeniga om hur resurserna ska fördelas.

Hos personalen uppfattade vi ett starkt missnöje med sjukvårdens auktoriteter.

Sjuksköterskorna uttryckte noga sitt missnöje om sjukhusets ledning och det ständiga sparandet. De tyckte att allt slängdes åt dem att ”tolka och fixa” men att förutsättningarna inte fanns där. Även läkaren var missnöjd med politikernas arbete, då det enligt honom var deras

ansvar att göra ändringar i dagens vårdssystem för att avbelasta akuten. Ledningen uppfattade att det var att stå på sig och stå emot alla arga medarbetare, när den kaosartade stämningen uppkom i samband med införandet av processororienterat arbetssätt.

Förklaringen till skiljaktigheter mellan de olika nivåerna ligger i att ena verksamhetsnivån påverkats i större skala än den andra verksamhetsnivån. Införandet av processororienteringen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset innebar således ingen större omständighet för ledningen och för chefskapet som funktion. För personalen på golvet, som utgörs av både läkare och sjuksköterskor, var förändringen betydligt mer omfattande.

5.2 Mest framträdande hinder

I analysen av teoretiskt underlag tillsammans med det empiriska från AKOM finner vi en positiv inställning för processororienteringen som styrmetod. Processororienterat arbetssätt är något som har ansetts vara gynnsamt i Nomie Erikssons studie (Eriksson 2005:116) och som även på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har gett fördelar vid omhändertagandet av patienter. Kritiskt sjuka patienter hittas idag bättre än innan genom att standardiseringen gett personalen en bra grund för bedömningen av en patients sjukdomstillstånd (Intervju 2, Intervju 3).

Trots positiva effekter tyder mycket på att akutmottagningens processer inte riktigt fungerar (Intervju 3), vilket leder oss till att processororienteringen hindras från att lyckas på grund av ett antal faktorer. Resursgapet är ett hinder som tydligast kan urskiljas i det teoretiska och empiriska underlaget. Resurserna utgör en grund till varför reformerna har införts i sjukvården, men också för att reformerna ska kunna genomföras (Norbäck och Targama 2009:72). För att processororienteringen ska lyckas behövs det förutsättningar i form av ekonomiska och personella resurser (Intervju 3). Vi upplever därför att resursgapet är grund till andra hinder, vilket innebär att allt egentligen kretsar kring ”den lilla påsen med pengar”, såsom sjuksköterskorna har uttryckt det (Intervju 3).

Vi kan se att de ekonomiska medlen utgör ett hinder allmänt för den svenska sjukvården, då vårdcentraler stängs ned, vårdplatser minskas och personal skärs ner på. Det har resulterat i att AKOM idag har mindre personal än andra akutmottagningar i Göteborg men samtidigt flest larm, och flest patienter (Intervju 2, Intervju 3). Många processer har införts på AKOM i syfte att försöka mildra effekterna av krympande resurser. Processerna tillkommer löpande då man strävar efter att effektivisera verksamheten men inga konsekvensanalyser görs för att påvisa processernas egentliga fördelar för AKOM. Det vi kan se utifrån detta är att

processororienteringens egentliga syfte ”patienten i centrum” försummas, och att fokus istället riktas på att hålla budgeten (Intervju 3). Det här fenomenet kan urskiljas i teorin och kallas för frikoppling (Berlin och Kastberg 2011:204ff). Att frikopplingen är något som AKOM präglas av bekräftas även genom läkarens och sjuksköterskornas uttalanden om att ”triage egentligen inte är processer, utan köskapande” (Intervju 2), att ”det inte är patient i centrum, utan budgeten” eller att ”när sjukhusdirektören inte håller budgeten är denne inte välkommen att inneha sin position längre” (Intervju 3).

Den slimmade organisationen sätter i sin tur krokben för att processerna ska få effekt, vilket blir en ond cirkel. Exempelvis kan vi se att även om patienterna får snabbare vård genom standardiseringen, har AKOM idag för få vårdplatser för att patienten ska gå vidare i processen och bli inlagd på en avdelning. Det resulterar i att patienten ändå får vänta, vilket i sin tur innebär en ineffektiv process (Intervju 2). Ett annat exempel som tas upp av forskarna Norbäck och Targama är den ständiga bristen på läkare, där läkare klagat på ”en redan pressad arbetssituation”, vilket gör att även om processen är bra så är bemanningen för svag (Norbäck och Targama 2009:279f).

Det leder oss till ett annat problem, vilket är den tydliga hierarkin mellan läkare och sjuksköterskor. Det kan skapa problem i och med att patientens möte med läkaren är nödvändig samtidigt som läkarna är för få (Eriksson 2005:155f). Både i det teoretiska och praktiska underlaget visar det sig att läkare eller Cure, såsom Targama uttrycker det, är mest motstridiga till förändringar (Norbäck och Targama 2009:279f, Intervju 1). Det gör dem till den arbetsgrupp som utgör ett klart hinder då dem är den viktigaste länken i ett tvärprofessionellt samarbete (Norbäck och Targama 2009:279f).

I och med att sjukhusen har det svårt med att bemanna tjänster, resulterar det i brist på tid hos den befintliga vårdstyrkan att hinna med både daglig vårdproduktion och processutveckling. Processutvecklingen får alltså komma i efterhand i mån av tid och vilja, vilket innebär att endast ett begränsat antal processer genomförs på ett bra sätt (Eriksson 2005:95). Det här har vi även kunnat urskilja på AKOM, där en ständig brist på personal gör att hela personalstyrkan inte är på plats när nya processer ska införas. Det gör att den personen som har hållit i processutbildningen inte är frigjord för att utgöra ett stöd för sina kollegor, vilket gör att personalen tvingas göra det bästa av situationen (Intervju 3). När viktiga personer inte är där för att besvara frågor som uppkommer vid implementeringen leder det även till

kommunikationssvårigheter mellan personalen, vilket pekats ut som ett hinder för implementeringen i Nomie Erikssons studie (Eriksson 2005:84).

Då ett sjukhus är en stor komplex organisation med traditionella grunder blir det alltid svårt att göra en organisationsförändring (Intervju 2). Just när det gäller att praktisera standardiserad sjukvård i enlighet med processororienteringens principer försvåras detta av sjukvårdens traditionella indelning i enheter och avdelningar. Traditionellt sett är resurserna kopplade till enheter, vilket gör det svårt att istället koppla dem till processer. Enheterna är dessutom organiserade långt ifrån varandra, vilket gör det svårt att föra samman dem i processer (Eriksson 2005:154f). Den här komplexiteten är något Nomie Eriksson har påvisat i sin forskning och som vi har kunnat bekräfta genom vårt empiriska material, där läkaren från intervju 2 uttalar sig om att personalen på AKOM ser det som ”en mardröm” att få in en multisjukpatient (Intervju 2).

5.3 Stöd: Vad bör göras?

Utifrån det teoretiska underlaget ser vi att det i nuläget finns fler behov än resurser (Norbäck och Targama 2009:75ff), vilket även bekräftas av det empiriska underlaget där det finns ett tydligt gap mellan vad AKOM kan göra och vad den offentliga finansieringen medger (Intervju 2, Intervju 3). För att hantera problemet med otillräckliga resurser i förhållande till efterfrågan ser vi ingen lösning i att tillföra sjukvården mer pengar via skatterna. Det har redan konstaterats i Norbäck och Targamas forskning att en resursökning till sjukvården genom skattefinansiering inte är möjlig på grund av politiska och ekonomiska villkor (Norbäck och Targama 2009:75ff). Vi ser inte heller någon lösning i att skapa fler processer, då det kan innebära fler problem (Intervju 3).

Det vi uppfattar vara nödvändigt, som påpekas av Norbäck och Targama, är att åtgärda resursproblemet genom att istället göra rätt prioriteringar. Det behövs prioriteringar bland sjukdomsfall och diagnoser då alla behov inte kan tillgodoses med de resurserna som finns. Hittills har ett antal försök gjorts men lagts ner efter visat motstånd från allmänheten. Därför finns för nuvarande starka önskemål om klara principer och anvisningar, som ska kunna användas som underlag och stöd till dessa svåra prioriteringar. Det viktigaste är att prioriteringarna görs öppet så att rättvisepriinciperna bibehålls och att någon finns där för att försvara det valda handlings sättet (Norbäck och Targama 2009:75ff).

Att prioriteringar behövs visas även i vårt empiriska underlag. Det område där prioriteringar behöver ses över, enligt personalen, är hur resurserna prioriteras till olika enheter. I våra

intervjuer berättar personalen att dem upplever en felbudgetering till och inom AKOM, där mottagningen trots högst antal patienter har erhållit minst resurser i förhållande till andra akutmottagningar i Göteborg. Det här är dock problematiskt att åtgärda, då det inte finns några bra nyckeltal eller nationella standarder för sjukvården om hur mycket personal det ska finnas (Intervju 2, Intervju 3). Som vi kan se vore det således ett steg i rätt riktning att utforma sådana, allt för att kunna handskas med bemanningen som pekats ut som AKOM:s största problem (Intervju 3).

Vi finner fler lösningar till resursproblemet utifrån det analyserade materialet. I det teoretiska underlaget kan vi urskilja att antalet patienter är för stort i förhållande till resurserna vilket leder till en pressad arbetssituation (Norbäck och Targama 2009:279f). I det empiriska underlaget bekräftas det att AKOM har ett ständigt ökat antal patienter, men också att många som söker skulle klarat sig bra med ett besök till vårdcentralen istället (Intervju 1). För att handskas med problemet är det viktigt att inte bara rikta fokus mot sjukhusets producenter, utan även sjukhusets största konsumenter: patienterna. Förslag till hur problemet kan åtgärdas är flera, enligt våra intervjuer. Ett förslag kan vara att genom nya logistiska lösningar utveckla en optimal organisation för köer, så att köerna hanteras löpande. Ett annat är att driva fram frågan om att skilja åt primär och slutenvård på dagordningen. Ett tredje är att påverka patienternas beteende och handlingsätt genom informationsspridningar om var patienterna ska söka vård, så att man på akuten undviker patienter med nästäppa (Intervju 1).

I tidigare avsnitt har vi påpekat att kommunikationssvårigheter är ett återkommande problem, där personalen både i Erikssons studie och våra intervjuer önskar en person med ”lite mer kunskap” på enheten att vända sig till vid frågor och liknande (Eriksson 2005:84, Intervju 1, Intervju 3). Det visar vikten av att åtgärda problemet genom så kallade eldsjälare, som enligt professionerna i Nomies studie uppfattades vara nödvändiga för utvecklingen av ett processinriktat arbetssätt (Eriksson 2005:152). Även personalen på AKOM visar samma uppfattning i frågan. Att ha en stark personalgrupp som ska jobba med införandet av processerna, genom att stödja, möta alla frågor och bära ansvar är av stor vikt när en förändring ska ske (Intervju 2, Intervju 3).

Det är dessutom viktigt med dialog i övrigt, inte bara bland personalen utan de olika verksamhetsnivåerna sinsemellan. Ledningens roll betonas av forskaren Nomie Eriksson i det här fallet. Hon säger att implementeringen kan försvåras om ledningen inte kommunicerar med personalen. Brist på dialog kan leda till att personalen upplever ett beslut som påtvingat,

vilket senare leder till motstånd när det ska genomföras (Eriksson 2005:168). Även vårt empiriska material bekräftar att det är viktigt att ledningen får sina medarbetare att tydligt se poängen med förändringen. Främst gäller det att ”få med sig läkarna” av alla yrkesgrupper, då läkarnas arbete stark präglas av bestämmanderätt och är svårast att påverka (Intervju 1).

De fundamentala grunderna som sjukhuset präglas av tas upp i både det teoretiska och empiriska underlaget. Om man ska ändra i sjukvårdens komplexa organisation är det därför av stor vikt att ändra grunderna (Intervju 2). Sjukhusets traditionella uppdelning i enheter och aktiviteter med hierarkisk prägel hindrar processororienteringens genomslag. En anpassning av gamla rutiner och en omorganisering är därför nödvändig om implementeringen av ett processororienterat arbetssätt ska lyckas, då dess idéer skiljer sig betydligt från sjukhusets traditionella arbetssätt (Eriksson 2005:155f). Anpassningen har redan skett i en viss mån, läkarnas minskade autonomi är ett exempel (Norbäck och Targama 2009:30f). Ett ökat teamarbete kan vara ett annat exempel hur man kan verka för att överbygga den traditionella enhetsuppdelningen. På så sätt kan man hjälpa patienten snabbare till vård med tvärfunktionella team, istället för att flytta över patienten från ett sjukhus till ett annat i sökandet efter rätt mottagning (Intervju 2).

6 Slutsatser

I föregående avsnitt har vi beskrivit vad som hindrar införandet av ett processororienterat arbetssätt. Utifrån det teoretiska och empiriska underlaget har vi sedan problematiserat vilka hinder som är mest framträdande och hur man bör göra för att förebygga dessa hinder inför framtiden. Vi har även problematiserat studiens resultat genom att tolka hur förändringen har uppfattats på AKOM:s olika verksamhetsnivåer. Våra frågeställningar har varit: Vilka är de mest framträdande hindren som uppkommer vid införandet av ett processororienterat arbetssätt? Hur uppfattas de hinder av de olika verksamhetsnivåerna? Hur bör man på bästa sätt gå tillväga för att kringgå dessa hinder i framtiden? Vi anser oss redan har besvarat våra frågeställningar men kommer kort skriva det viktigaste vi har kommit fram till i följande avsnitt.

6.1 Hur uppfattas hinder av de olika verksamhetsnivåerna?

Bland verksamhetsnivåerna finner vi likheter såväl skillnader i hur förändringen har uppfattats. Likheten ligger i att alla verksamhetsnivåerna i mer eller mindre omfattning har uttryckt att akutmottagningens största problem är att få resurser. Nivåerna är eniga om att otillräckliga resurser är ett hinder, men oeniga om hur resurserna ska fördelas. Det leder i sin

tur till spänningar mellan nivåerna, då var och en vill främja sina egna intressen. Ledningen är intresserad av att hålla budgeten, personalen å andra sidan att genomföra sjukvård i enlighet med sjukvårdens principer om patientsäkerhet. Att genomföra sjukvården på det sättet anses bara vara möjligt med fler resurser till verksamheten. Allt detta gör att det råder ett starkt missnöje med sjukvårdens auktoriteter och det ständiga sparandet hos personalen. Förklaringen till meningsskiljaktigheter mellan ledningen och personalen ligger i att cheferna håller sig på distans medan personalen på golvet upplever de faktiska konsekvenserna av att arbets sättet förändras.

6.2 Vilka är de mest framträdande hindren som uppkommer vid införandet av ett processororienterat arbets sätt?

Det vi har kommit fram till efter analysen av vårt material är att det främsta hindret för utvecklingen av ett processororienterat arbets sätt, eller vilket annat arbets sätt som helst i sjukvården, är otillräckliga resurser. Samtidigt som resurserna utgör en förutsättning för att införandet av ett processororienterat arbets sätt ska kunna genomföras, är otillräckliga resurser den främsta anledningen till att processerna börjat införas. Resurserna kan därmed ses som ett överordnat hinder, eller ett moderhinder till övriga hinder. Övriga hinder som uppkommit till följd av de ständiga nedskärningarna är brist på personal samt färre vårdcentraler och vårdplatser i förhållande till det ständigt växande antalet patienter. Vidare så är sjukvården en omfattande verksamhet, med flera nivåer och enheter, vilket gör att många koalitioner uppstår dem emellan. Det leder i sin tur till kommunikationssvårigheter, samordningssvårigheter och anpassningssvårigheter.

6.3 Hur bör man på bästa sätt gå tillväga för att kringgå dessa hinder i framtiden?

När det gäller sjukvården kommer det alltid finnas ett gap mellan möjligheter och förutsättningar. Ju bättre sjukvården blir på att behandla sjukdomar desto fler patienter kommer att söka vård, vilket innebär att det alltid kommer finnas fler behov att tillgodose. Sveriges befolkning blir dessutom äldre, vilket tillsammans med andra förändringsfaktorer, ställer allt högre krav på sjukvården. ”Den lilla påsen med pengar” är därmed otillräcklig i förhållande till efterfrågan.

Vad vi har kunnat se utifrån vårt empiriska exempel är att sjukvården gör stora ansträngningar för att anpassa sig efter den här pressade situationen genom att införa nya styrmetoder. Även om man gärna vill ge en bild av sjukhuset som en modern och anpassningsbar organisation finner vi att verkligheten talar för något annat. Processerna fungerar egentligen inte såsom

man har tänkt sig, men man fortsätter att löpande skapa nya processer. Det här upplever vi som ett problem, då processororienteringen inte uppmuntrar till att skapa så många processer som möjligt, utan att skapa effektiva processer.

Det är därför viktigt att ha i åtanke att teorin utlovar mycket men att verkligheten är betydligt mer komplex för att allting ska förverkligas. Då ett sjukhus är en så komplex organisation är det kanske bättre att inte ha så höga krav på en enda styrmetod, utan att se möjligheten i att använda flera styrmetoden inom en och samma organisation. Å andra sidan så kanske det också handlar om att effekterna visas med tiden. Att tiden är en betydelsefull faktor har vi sett i exemplet om läkarkåren, där yngre läkare numera tycks ha en svagare utvecklad känsla av autonomi och är mer benägna att ingå i tvärprofessionella team än äldre läkare. Även ledningen inom AKOM på Sahlgrenska Universitetssjukhuset påpekade att den kaotiska stämningen vid processororienteringens införande ”avtog av sig själv”, vilket också visar att tiden kan vara en betydelsefull faktor i frågan.

Processororienteringen har visat en hel del fördelar för AKOM, men resursbristen har bromsat utvecklingen från dess fulla kapacitet. Vi har funnit ett flertal tänkbara lösningar på hur resurserna kan hanteras. Lösningen på resursgapet ser vi inte i att skapa ännu fler processer förrän förutsättningarna är på plats. Vi ser heller inte lösningen i att tillföra sjukvården mer pengar via skatterna, utan att istället rikta fokus på att prioritera de resurser man har.

Det vore ett steg i rätt riktning att utforma nationella riktlinjer för optimal bemanning av sjukvårdspersonalen och rangordning av olika sjukdomsfall. Att riktlinjer i nuläget inte finns innebär ett ansvarsproblem, då ingen har kunnat försvara prioriteringarna som man hittills försökt göra. Brist på ansvar tycks vara ett utbrett problem inom sjukvården, inte minst i fallet om processororientering på AKOM, där ansvariga personer oftast inte funnits på plats vid implementeringens början. I avgörande moment verkar det alltså saknas någon som kan ta ansvar, sätta ner foten och börja bestämma. Därför är det viktigt att ta itu med den här problematiken inför framtiden.

Resurserna som finns, otillräckliga eller inte, är till för att sjukvården ska tillgodose patienternas behov. Många patienter söker sig idag till akuten, när de egentligen skulle kunna gå till vårdcentralen dagen efter. Det leder till att många patienter hamnar fel och är det därför viktigt att se hur man kan göra för att påverka situationen. Informationsspridning som har lett till ett ökat antal patienter i första hand genom att deras medvetenhet om medicinsk teknologi

har ökat, kan användas i omvänd riktning för att minska efterfrågan genom att informera patienterna om den egentliga situationen på ett sjukhus och dess möjligheter.

Ett sätt är att driva fram frågan om att skilja åt primär och slutenvård på dagordningen, så att patienterna får fler vårdmöjligheter vid upplevd ohälsa. Problemet är dock att sådana insatser kräver resurser, vilket leder oss till en ond cirkel med fler krav och få resurser. Om vi bara hade mer pengar...

Den största och egentliga frågan vi ställer oss är hur man ska gå till väga med prioriteringsarbetet, för att det är något vi anser vara högst nödvändigt. Att rangordna sjukdomar och verksamheter är dock inte enkelt, vilket förklarar varför så lite har hänt hittills inom området. Vi undrar om prioriteringsarbetet kanske liknas vid arbetet med processutveckling? Först när förändringen införs skapas det ett kaos med missnöjda och motstridiga medarbetare som hävdar att det aldrig kommer att fungera. Sedan börjar medarbetarna vänja sig och acceptera utvecklingen med hjälp av starka personer, som sätter ner foten, tar ansvar och bestämmer att förändringen måste ske. Så småningom förvandlas acceptans hos medarbetare över till insikten om att förändringen verkligen är nödvändig och positiva effekter börjar visas i verksamheten. Kan ett prioriteringsarbete följa samma mönster där tiden gör sitt?

Det kan vi inte svara på. En sak är säker: prioriteringsarbete **behövs**. Men hur det ska göras är en annan fråga, vilken även kan vara början på en efterstudie...

7 Referenslista

7.1 Litteratur

- Berlin, Johan; Kastberg, Gustaf (2011):
Styrning av hälso- och sjukvård
Liber AB
- Blomqvist, Paula (2007)
Vem styr vården? : organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård
Stockholm, SNS förlag
- Bryman, Alan (2011)
Samhällsvetenskapliga metoder
Malmö, Liber

- Hallin, Bo; Siverbo, Sven (2003):
Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård
Lund, Studentlitteratur
- Nomie Eriksson (2005):
Friska vindar i sjukvården. Stöd och hinder vid förändringar i professionella organisationer
Göteborg, Göteborg University, printed by Kompendiet
- Norbäck, Lars Erik; Targama, Axel (2009):
Det komplexa sjukhuset. Att leda djupgående förändringar i en multiprofessionell verksamhet
Lund, Studentlitteratur

7.2 Elektroniska källor

- Fredin, Kerstin
<http://hitta.vgregion.se/?q=Svårast+sjuk+för+vård+först+på+SU&filter=scope:VGRegionsu&scoped=true&pageID=89259> [2013-05-06]
- Hammar, Elisabeth
http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_molndal/ambulans/FLISA%20METTS-Pre%20Elisabet%20Hammar.pdf [2013-05-06]
- Örninge, Per
http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_molndal/ambulans/METTS-Pre%20Per%20Örninge%202009%20doc.pdf [2013-05-06]
- Sahlgrenska hemsida,
• <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/Organisation/> [2013-05-06]
- Sahlgrenska hemsida,
http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/om_su/Organisationschema.pdf
[2013-05-06]
- Årsredovisning 2009
<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/styrelsen/Styrelserummet/Årsredovisning%202009%20SU%20dnr%20312%2021%202010.pdf> [2013-05-07]
- Årsredovisning 2010
<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/arsredovisning/SU-Arsredovisning-2010.pdf?epslanguage=sv> [2013-05-07]

- Årsredovisning 2011
<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/arsredovisning/SU%20%c3%85R%202011%20fastst%c3%a4ld%202012-02-03%20rev%200208.pdf?epslanguage=sv>
[2013-05-07]

8 Bilagor

8.1 Bilaga 1 – Intervjumall

Bakgrundsfrågor:

- Vad var syftet med att införa processororienterat arbetssätt i akutverksamheten?
- Kan du berätta om några signifikanta händelser i samband med detta?
- Hur ser förändringarna ut jämfört med innan om man tittar på bemanning av personalen, schemaläggning, ronder och liknande aktiviteter?
- Berätta lite om er informationsspridning gällande processororientering till personal och övriga.

Hinder vid implementering:

- Vilka hinder har ni stött på vid införandet av processororientering?
- Hur upplever du personalens(ledningens) inställning till det nya arbetssättet?

Åtgärder för att kringå hinder:

- Vilka åtgärder har ni fått göra för att kringå dessa hinder?

Förbättringar av implementering:

- Anser du att processororienteringen har uppfyllt era förväntningar? Varför/varför inte?
- Om du hade fått genomföra processororienteringen med den kunskap du har idag, vad hade du gjort annorlunda?