



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Förbättringsarbete inom sjukvården

- *En studie av Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbete med kontinuerliga förbättringar*

Kandidatuppsats i Logistik

Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet
Vårterminen 2014

Handledare: Elisabeth Karlsson

Författare:
Leo Greene Carlstedt
Adam Gräsberg

Födelseårta
19900920
19890709

Sammanfattning

Uppsatsens titel:	Förbättringsarbete inom sjukvården – En studie av Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbete med kontinuerliga förbättringar
Uppsatsnivå:	Kandidatuppsats i logistik
Författare:	Leo Greene Carlstedt, Adam Gräsberg
Handledare:	Elisabeth Karlsson
Nyckelord:	Lean, lean healthcare, TQM, kontinuerliga förbättringar, förändringsarbete, effektivisering, sjukvård, processer

Med en allt äldre befolkning i Sverige ökar vårdbehovet samt kravet på sjukvården. Samtidigt minskar andelen arbetsför befolkning som skall bidra till att, den till stor del skattefinansierade, sjukvården upprätthålls. Således blir sjukvården och dess effektivitet ett ständigt aktuellt ämne. Med syfte att förbättra sjukvården har man vänt blickarna mot bilindustrin, där förbättringstänket är starkt förankrat med lean-production som ett av flera koncept som tillämpas. Trots dess utbredda användningsområde kritiserar konceptet för att inte passa sjukvården, där ett mer humanistiskt perspektiv värdesätts.

Denna studie har som syfte att vidare förstå hur en av Sveriges största vårdorganisationer arbetar med förbättringsarbete samt identifiera upplevda framgångsfaktorer i förändringsarbete. Genom kvalitativa intervjuer och observationer har vi kartlagt hur tre vårdenheter på Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetar med sitt eget framtagna förbättringsverktyg FOKUS, med avsikt att förstå hur förändringsarbete tillämpas och förankras.

Kontinuerligt förbättringsarbete, enligt FOKUS-modellen, finner tydlig förankring i befintliga teorier om verksamhetsutveckling. FOKUS-modellen har skapat en medvetenhet bland vårdenheterna för att identifiera problem, samt en förståelse för hur de skall lösas. FOKUS tillför idag ett forum för personalen att identifiera och lösa problem samt att utvärdera förbättringsåtgärder. Detta skapar ett klimat för ständig förbättring.

Resultatet visar på att samtliga vårdenheter har lyckats förankra ett kontinuerligt förbättringsarbete. Avvikelser går dock att hitta mellan avdelningarna i hur man initierat förändringsarbetet. Centrala faktorer vid tillämpning och förankring av förbättringsarbete har varit en pådrivande ledning och en betoning på allas delaktighet. Vidare har det varit viktigt för avdelningarna att få en stor frihet, inom ramen av ledningens anvisningar, att på operativ nivå tolka hur förbättringsverktyget skall användas.

Förord

Föreliggande rapport är en kandidatuppsats skriven under vårterminen 2014 vid Handelshögskolan, Göteborgs Universitet.

Vi vill tacka samtliga respondenter på Gynekologiavdelningen, Hematologiavdelningen och Uppvakningsavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som har tagit sig tid att delta i denna undersökning. Ett stort tack framförs till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Emma Svensson som gett oss möjlighet att skriva denna rapport och sammanfört oss med de olika verksamheterna.

Vidare vill vi tacka vår handledare Elisabeth Karlson som bistått med hjälp och konstruktiv kritik under arbetets gång samt tålmodigt svarat på otaliga frågor.

Göteborg, 2014-05-28

Leo Greene Carlstedt

Adam Gräsberg

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund.....	1
1.2 Problemdiskussion	2
1.3 Syfte.....	4
1.6 Disposition	4
2. Metoder och metodval	6
2.1 Vetenskaplig ansats.....	6
2.2 Forskningsmetod.....	6
2.2.1 Fallstudie	7
2.2.2 Intervjumetod	8
2.2.3 Observationer	9
2.3 Urval av studieobjekt.....	9
2.3.1 Val av respondenter	10
2.4 Datainsamling.....	11
2.4.1 Intervjuernas genomförande	11
2.4.2 Observationernas genomförande.....	12
2.5 Sekundärdata	12
2.6 Metodkritik	13
2.7 Källkritik.....	14
3. Teoretisk referensram	16
3.1 Lean.....	16
3.1.1 House of Lean.....	16
3.1.2 Ledningens roll.....	18
3.2 Lean i sjukvården	19
3.2.1 Slöseri	20
3.2.2 Ständiga förbättringar	20
3.3 Att leda förändring	21
3.4 Total Quality Management	24
3.4.1 TQM:s kärnvärden	25
3.5 Tidigare studier.....	26
3.5.1 Lyckade förbättringsarbeten inom svensk sjukvård	27
3.6 Analysmodell.....	29
4. FOKUS-modellen.....	30
4.1 Vad är FOKUS?	30
4.1.1 Formulera problem	30
4.1.2 Organisera förbättring	31
4.1.3 Kontrollera orsaker.....	31
4.1.4 Utforma och testa.....	31
4.1.5 Stabilisera och säkerställ.....	32
5. Empiri	33
5.1 Att påbörja förändring	33
5.1.1 Syftet bakom förändringsarbetet.....	33
5.1.2 Införandet.....	35
5.2 Hur förbättringsarbete tar sin form i verksamheten idag.....	39
5.2.1 Gynekologiavdelningen	39
5.2.2 Hematologiavdelningen.....	41
5.2.3 Uppvakningsavdelningen	43
5.3 Utmaningar i framtiden	44

6. Analys	46
6.1 Förändringsprocessen	46
6.1.1 <i>Behov av förbättringsarbete</i>	46
6.1.2 <i>Att börja med förbättringsarbete</i>	46
6.1.3 <i>Kvalitetssäkra förändringarna</i>	47
6.1.4 <i>Förankra förändringarna</i>	48
6.2 FOKUS i verksamheten	48
6.2.1 <i>Eliminering av slöseri</i>	48
6.2.2 <i>Visualisering av verksamheten</i>	49
6.2.3 <i>Kontinuerlig förbättring</i>	50
6.2.4 <i>Att skapa kvalitet</i>	51
6.2.5 <i>Att engagera medarbetarna</i>	52
6.2.6 <i>Att tillämpa modellen</i>	53
7. Slutsats	54
7.1 Slutsats.....	54
7.2 Förslag till vidare forskning.....	56
8. Referenser	57
9. Bilagor	62
Bilaga 1 – Intervjumall.....	62
Bilaga 2 – Verksamhetsbeskrivning.....	64
Bilaga 3 – FOKUS-tavlan.....	66

1. Inledning

Rapportens inledningskapitel går igenom bakgrunden, för en problemdiskussion och presenterar frågeställningar. Vidare presenteras syftet med rapporten och hur rapporten är disponerad.

1.1 Bakgrund

Denna uppsats berör sjukvården och dess effektivitet. En effektiv sjukvård, som skapar ett ökat värde för patienten, har både ett allmänintresse och utgör grunden för en ständigt aktuell samhällsdebatt. Med förändringar i demografin mot en allt äldre befolkning ökar vårdbehovet. Samtidigt minskar andelen arbetsför befolkning som skall bidra till att, den till stor del skattefinansierade, sjukvården upprätthålls. Bara 2010 uppgick kostnaderna för sjuk- och hälsovård till 9,6 procent av BNP (Statistiska centralbyrån, 2012). Således kan offentliga verksamheter inte, i lika stor utsträckning, förlita sig på skatteintäkter för att bedriva sin verksamhet (Stockholms Läns Landsting, 2009). Sjukvårdens effektivitet, att göra mer med mindre, skulle därmed kunna ses som högsta prioritet för att vidmakthålla en av de mest centrala samhällsnyttorna. Med ovanstående restriktioner finns det alltså inte utrymme att öka resurserna för att hantera den ökade efterfrågan. Nya arbetssätt som ligger inom de givna budgetramarna måste därmed framarbetas (Symreng, 2009).

Kravet på den svenska vårdens effektivitet och kundvård grundar sig, i mångt och mycket, i den marknadsanpassning som den offentliga verksamheten genomgick under 2000-talet där den vårdsökande gick från att vara patient till att bli kund (Nordgren, 2003). Denna bild exemplifieras i de långsiktiga målen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset som bland annat betonar vikten av att skapa värde för patienten (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2013).

Tillgängligheten är en av de faktorer som illustrerar problemet inom vården, där kö- och väntetider ofta är det som benämns som mest problematiskt. Problematiken uppmärksammades senast i Euro Health Consumer Index (2013) som en av de bidragande orsakerna till att svensk vård, enligt vårdtagarna, ansågs vara sämst i Norden. Med ambition att från politiskt håll hantera den föreliggande problematiken inom svensk sjukvård lagstodgades *vårdgarantin* 2010 i Sverige. I och med denna åtgärd stipulerades att, patienten skall komma i kontakt med primärvård samma dag som vård sökes; att patienten får en vårdtid inom sju dagar och att besök till planerad specialist och/eller behandling/operation skall ske inom 90 dagar (Sveriges kommuner och

landsting, 2014). Det övergripande syftet med vårdgarantin är att skapa en ökad tillgänglighet och hantera orimligt långa kötider (Sveriges kommuner och landsting, 2014). Vårdköerna som är en direkt effekt av en obalans i utbud och efterfrågan ökar inte bara trycket på vårdorganisationen utan påverkar även patientsäkerheten. Väntetider tenderar således att ses som en olägenhet som ger en negativ inverkan på den rådande opinionen och blir därmed en prioriterad fråga hos politiker (Vissers et al., 2001). På grund av de ekonomiska restriktioner som föreligger inom den svenska sjukvården är en fullständig eliminering av kötider inte en genomförbar lösning (Hanning, 1996).

Alla dessa externa krafter driver dagens sjukvårdsorganisationer att aktivt arbeta med förändringsarbete för att skapa en inre och en yttre effektivitet. Sjukvårdens utmaningar handlar idag mycket om den så kallade inre effektiviteten, alltså hur väl verksamheten använder befintliga resurser för att skapa ett utflöde (Purbey et al., 2007). Detta kan direkt översättas till antalet patienter som kan behandlas av den befintliga vårdpersonalen, och definieras som att göra saker rätt (Ax, Johansson och Kullén, 2009). Den yttre effektivitet kan i sin tur härledas till exempelvis den upplevda servicen, kundnöjdhet och kvaliteten (Purbey et al., 2007) och definieras som: att göra rätt saker (Ax, Johansson och Kullén, 2009).

Trots problemen som nämns ovan står sig den svenska sjukvården relativt väl utifrån en internationell jämförelse i förhållande till de medicinska resultat som levereras, men brister i fråga om tillgänglighet för patienter (Rognes och Åhlström, 2009). Bilden av den svenska vården går alltså isär. Att arbeta med verksamhetsstyrning är ett återkommande tema i svenska vårdorganisationer, detta tyder på en vilja att tackla dessa problem (Rognes och Åhlström, 2009).

1.2 Problemdiskussion

För att möta de politiska löften som vårdgarantin genererade var Sveriges vårdorganisationer tvungna att aktivt börja arbeta med verksamhetsutveckling och förändringsarbete. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset¹ påbörjades detta arbete med att ett antal övergripande strategiska mål för vårdorganisationen framarbetades. Dessa mål innefattade bland annat en betoning på kvalitativ vård som bedrivs på ett tryggt och säkert sätt samt på jämlika och jämställda villkor. Det fanns även en tydlig ambition att öka tillgängligheten och effektiviteten i vården (SU årsredovisning, 2011). Utifrån de formulerade målen infördes 2010 en rad metoder för att effektivare styra och utvärdera vårdorganisationen på SU. Många av de metoder som man tillämpar på SU har sin förankring i fordonsindustrin, däribland metoder som grundar sig i Total Quality

¹ Fortsättningsvis kommer SU att användas som förkortning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Management samt i den vedertagna lean-filosofin². Enligt Arvidsson (2007) bidrar dessa metoder med kunskap som är väsentlig i förbättringsarbetet.

Lean-filosofins huvudsakliga syfte är att eliminera slöseri och öka värdet för kunden (Womack och Jones, 1996). På senare år har koncept från lean-filosofin även överförts till sjukvårdens processer med många lyckade resultat. Introduktionen av lean inom den offentliga sektorn, och då inte minst inom sjukvård, har gjort att ledningen och den operativa delen av verksamheten blivit mer flödesorienterad. Där har förbättringar bland annat lett till bättre genomströmning och förkortad kötid för patienter (Rognes och Svart, 2012). Högfelt, Sjögren, och Weimarsson (2011) bekräftar leans växande popularitet inom svensk sjukvård, där nio av de tio undersökta sjukhusen använder sig av någon typ av lean-koncept.

Men trots sina bevisade fördelar har lean som styrmetod inom sjukvården kritiserats. Den kritik som lyfts fram är dels att lean ofta har ett väldigt produktionsorienterat synsätt, med fokus på den maskinella processen (Fillingham 2007; Papadopoulos 2008). Ett synsätt som kritikerna anser inte är tillämpligt i sjukvården, där människan står i centrum för verksamheten (alltså ett mer humanistisk synsätt). De som förespråkar lean menar dock att hänsyn har tagits till dessa brister. Vidare menar Rognes och Svarts (2012) att lean måste anpassas för att vara applicerbar i en vård- och omsorgsmiljö. Mazzocato et al. (2010) betonar vikten av att rätt kontextuella förhållanden i organisationen föreligger för att lyckas med lean-implementering. Vidare anges fyra huvudsakliga komponenter som präglar lean-arbete i sjukvården: process förståelse, kontinuerlig förbättring, effektiva processer samt problemlösning. Vad som är lean inom sjukvården har blivit mycket av en tolkningsfråga och det råder inte enighet om begreppets innebörd inom vården, vilket försvårar implementeringen (Papadopoulos, Radnor, och Merali, 2011)

Vårdenheten som organisation skiljer sig, till stor del, från de industriella verksamheter där många av förbättringsmetoderna har sitt ursprung. Det finns därmed vissa fundamentala skillnader som kan ses som problematiska vid implementerings- och utvecklingsarbete i vårdorganisationen. Vårdorganisationen utgörs, till stor del, av professionella yrkesgrupper så som läkare och sjuksköterskor. Dessa grupper tenderar att eftersträva autonomi och skapar en vårdorganisation som består av små självständiga grupper med skilda normativa förhållningsätt (Abernethy, 1995). Vidare styrs dessa grupper av en stark rituell och ceremoniell kultur (Ouchi, 1979). Införandet av nya koncept inom denna starkt traditionella och professionella kultur kan lätt resultera i konflikter (Gustavsson, 1987). Förändringen kan leda till att djupt rotade etiska normer i

² Se avsnitt 3.1

de professionella grupperna plötsligt ifrågasätts (Abernethy, 1995). Denna komplexa struktur med många motstridiga intressen gör sjukvården särskilt svår att förändra (Papadopoulos, Radnor, & Merali, 2011; Papadopoulos, 2008). Trots ovanstående problematik menar Spear (2005) att det är just den professionella organisationens höga kunskapsnivå och professionalism som gör att de besitter kapacitet och förmåga att leda förbättringsarbete, så som exempelvis lean.

I stora organisationer med fritt arbetande organ kan det förekomma skillnader i det kontextuella förhållandet verksamheter emellan. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har 53 verksamheter som i någon mån har infört lean-metoder som förbättringsarbete (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014). FOKUS-modellen, som är ett verktyg för kontinuerliga förbättringar, har framarbetats med syfte att ge vårdenheterna ett enkelt instrument för att förbättra verksamheten. Avdelningarna på SU har dock lyckats olika väl med att implementera FOKUS. Det förefaller därmed intressant att undersöka varför implementeringen har fungerat bättre på vissa avdelningar jämfört med andra, samt analysera vilka framgångsfaktorerna är. Ämnets aktualitet gör att studiens resultat skulle kunna ses som relevant såväl inom Sahlgrenska Universitetssjukhusets organisation som inom andra vårdorganisationer.

Vi avser därmed att besvara följande frågeställningar:

- 1. Hur arbetar Sahlgrenska Universitetssjukhuset med ständigt förbättringsarbete?*
- 2. Vilka är de upplevda framgångsfaktorerna i det kontinuerliga förändringsarbetet?*

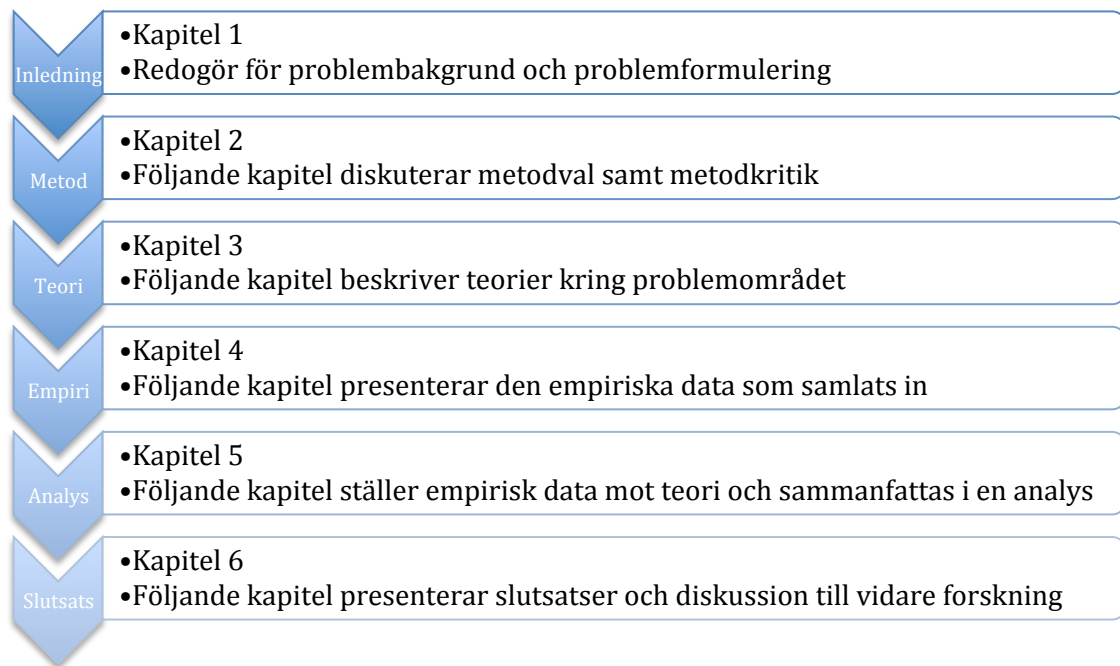
1.3 Syfte

Syftet med föreliggande uppsats är att undersöka hur en vårdorganisation tillämpar och förankrar kontinuerligt förbättringsarbete inom organisationen. Vidare har följande delsyfte formulerats:

Delsyfte 1: Identifiera upplevda framgångsfaktorer i förändringsprocessen.

1.6 Disposition

Modellen nedan presenterar uppsatsens disposition och ger en kortfattad förklaring till respektive kapitelns innehåll.



Figur 1: Disposition, Källa: Egen framtagen modell

2. Metoder och metodval

I följande kapitel redogör och motiverar vi val av metod. Därefter beskriver vi urvalsprocessen av studieobjekt och respondenter samt intervjuernas genomförande. Avslutningsvis diskuteras metodproblem och källkritik.

2.1 Vetenskaplig ansats

Valet av forskningsmetod ligger i problemets natur, men en bred uppsättning av metoder besvarar bäst de berörda frågorna (Esaiasson et al. 2012). Då aktuellt problemområde berör arbetet kring en vårdorganisation lämpar sig en kombination av deskriptiva och förklarande studier. Dessa metoder tillämpas för att besvara frågor som var, när, hur och vidare ge en djupare förståelse för fenomenet (Esaiasson et al. 2012). Vetenskapens övergripande angreppssätt speglas i två motpoler, positivism och hermeneutik. Positivismen, vars rötter finns i naturvetenskapen, syftar till att genom mätningar och observationer bekräfta teorier med den så kallade verifierbarhetstesens (Patel och Davidsson, 2011). För att en teori skall vara vetenskapligt gångbar är den tvungen att verifieras empiriskt (Patel och Davidsson, 2011). Känslor och värderingar etc., som inte kan vägas eller mätas, är inte relevanta enligt positivismen (Wallén, 1993).

Hermeneutiken är dess motsats. Detta vetenskapliga förhållningssätt beskrivs ofta som tolkningslära för att grundligt förstå innebörden av olika fenomen. Hermeneutikens kvalitativa natur ger utrymme för en subjektiv och engagerande forskarroll (Patel och Davidsson, 2011). Då vår intention är att samla djupgående och vidare kunskap om fenomenet har vi avvisat positivismen. Samtidigt anser vi inte att ett hermeneutiskt tillvägagångssätt i sin helhet kan påvisas och uppsatsen har därav tagit en tolkande ansats. Genom intervjubaserad datainsamling och observationer har vi strävat efter att få en fundamental förståelse för forskningsområdet, för att därigenom kunna knyta insamlad data till vedertagna teorier inom området.

2.2 Forskningsmetod

Induktion, deduktion och abduktion är de tre angreppssätt som Patel och Davidsson (2011) anger för att relatera teori till empiri. Vi har arbetat utifrån ett abduktivt arbetssätt och således kombinerat en induktiv och en deduktiv ansats. Inledningsvis har en teoretisk referensram byggts upp utifrån vedertagna teorier. Därefter har vi med hjälp av kvalitativa intervjuer och observationer

samlat in data för att slutligen ha återgått till teorin och anpassat denna efter det empiriska materialet. Detta för att utifrån ett deduktivt angreppssätt se vilka förklaringsfaktorer som skulle ha betydelse för sammanhanget, men samtidigt erhålla så mycket ny kunskap som möjligt (Esaiasson et al. 2012). De främsta fördelarna med den abduktiva ansatsen är att forskaren får ett öppet förhållningssätt till det empiriska materialet samtidigt som det finns en tydlig förankring i befintliga teorier (Patel och Davidsson, 2011).

I denna rapport har ett kvalitativt angreppssätt ansetts lämpligt. Detta motiveras med att det kvantitativa tillvägagångssättet, med dess något mer rigida struktur, inte kan generera den djupgående kunskap som rapporten syftar till. Vidare ger den kvalitativa forskningsmetoden möjlighet till en öppen diskussion och man kan i realtid korrigera och ställa följdfrågor för att säkerställa det empiriska materialets relevans för att besvara frågeställningen (Holme et al., 1997). Med ett kvalitativt tillvägagångssätt kan man identifiera specifika egenskaper och det empiriska materialet ger ett större tolkningsutrymme (Wallén, 1993).

Utifrån den kvalitativa ansatsen finns det flera möjliga tillvägagångssätt. Bland dessa är intervjuer och observationer två centrala metoder för datainsamling. Nedan följer en beskrivning av de metodval som tillämpats vid datainsamling i föreliggande undersökning.

2.2.1 Fallstudie

Fallstudie som forskningsmetod är tillämpligt då man vill beskriva eller få en djupare förståelse för en specifik situation, exempelvis företeelser i en skola, ett litet samhälle eller en organisation (Bryman, 2011). Vidare menar Yin (2009) att en fallstudie lämpar sig bäst då forskningen syftar till att förstå "hur" och "varför" ett fenomen gestaltar sig. Fallstudiens främsta fördel är även att den beskriver verkliga skeenden, vilket således ger forskaren en djup kunskap om uppkomsten och förloppet av en viss händelse (Wallen, 1993).

Valet av fallstudie som forskningsmetod motiveras med uppsatsens huvudsakliga syfte att studera det förändringsarbete som pågår i en vårdorganisation. Således kan de företeelser som studeras härledas till en specifik organisation och dess verksamheter. Vi har ansett det viktigt att studiens resultat skall ha en tydlig verklighetsförankring, vilket vi tror genereras bäst genom en fallstudie. Vidare ges det även genom en fallstudie möjlighet att se hur teoretiskt framtagna modeller tillämpas i praktiken. Med en uppsättning metoder kan vi utifrån det specifika fallet beskriva hur och varför en viss företeelse gestaltar sig, så som implementering av förbättringsarbete, vilket väl överensstämmer med studiens förklarande natur.

Yin (2009) menar att ett av de mest kritiska momenten i fallstudiens genomförande är valet av enheter att studera. Om det föreligger en otydlighet varför enheterna studeras och vilken relevans de har för fallet tappar uppsatsens syfte sin signifikans (Yin, 2009). I denna studie har vi fokuserat på det förändringsarbete som äger rum i vår uppdragsgivare, Sahlgrenska Universitetssjukhusets, organisation³. Utifrån det specifika fallet har tre enheter valts att studera mer ingående. Dessa enheter utgörs av Gynekologiavdelningen, Hematologiavdelningen och Uppvakningsavdelningen. Samtliga enheter tillhandahåller olika typ av vård, men de tillämpar alla förbättringsverktyget FOKUS. De tre vårdenheterna har varit framgångsrika i förankringen och tillämpningen av FOKUS-modellen, vilket gör dem intressanta för att besvara uppsatsens frågeställningar. Det som därav studeras i denna uppsats är hur respektive enhet infört och idag tillämpar förändringsarbete. Resultatet kan således inte generaliseras för hela organisationen, men kan ge en intressant anvisning av vad som är centralt i denna process.

2.2.2 Intervjumetod

Som nämns ovan kan en intervjubaserad forskningsmetod tillämpas för att samla in kvalitativ data. Följande uppdelning eller subkategorier av intervjumetoder kan tillämpas: ostrukturerade, strukturerade och semistrukturerade. Valet av dessa är av central betydelse för utformningen och graden av frihet som respondenten har för att tolka och besvara frågorna (Patel och Davidsson, 2011). Föreliggande rapport har utgått från en respondentundersökning och då mer specifikt tillämpat samtalsintervjuer.

Då det övergripande syftet med studien har varit att få djupare inblick i förändringsprocesser har en semistrukturerad struktur använts. Genom att tillämpa denna intervjustruktur möjliggörs för respondenten att fritt delge all information som denne kan framföra samtidigt som intervjun följer en förbestämd struktur. Vidare ges det mer utrymme för interaktion i denna, något mer öppna, intervjumetod och vi kan tydligare synliggöra hur vårt fenomen gestaltar sig i organisationen.

Den djupgående information som genereras i samtalsintervjun kan sedan användas för att utkristallisera mönster i respondenternas svar (Esaiasson et al. 2012). Inom ramen för detta problemområde kan detta tas i uttryck av centrala faktorer i implementeringsprocessen och förändringsarbetet. För att skapa jämförbara resultat krävdes det att respondenterna svarade på någorlunda lika frågor. Således framarbetades en intervjumall som berörde vissa specifika delområden⁴, vilket gav en möjlighet att uttyda mönster i materialet och isolera

³ Se bilaga 2 för vidare verksamhetsbeskrivning

⁴ Se bilaga 1 för intervjumall

upplevda framgångsfaktorer i linje med studiens huvudsyfte. Efter att i den teoretiska genomgången funnit centrala begrepp, som hjälpte oss att tolka det empiriska materialet, kunde vi fortsättningsvis strukturerat uttyda mönster och analysera insamlad data. Avslutningsvis gav den tillämpade metoden möjlighet att förtydliga eventuella otydligheter i frågorna, men även ställa kompletterande frågor. Vi anser att den semistrukturerade metoden gjorde att ett större djup återspeglas i det empiriska materialet.

Trots den mer öppna designen på intervjumetoden föreligger noggrann utformning av intervjumallen. Diskussionsämnenas precision ansågs underlätta bearbetningen och analysen av materialet.

2.2.3 Observationer

Som komplement till samtalsintervjuer kan man tillämpa direktobservationer. Några av de fördelar som anges med observationer är att iakttagelserna görs med forskarens egna ögon, således minskar behovet av att förlita sig på andras återberättelse. Observationer är lämpligt för att studera processer (Esaiasson et al., 2012). Då problemområdet, i mångt och mycket, handlar om att beskriva ett arbetssätt är det av stort intresse för författarna att se de processer som pågår inom studieområdet. Vidare så menar Esaiasson et al. (2012) att direktobservationer är särskilt lämpliga då man misstänker en diskrepans mellan ord och handling. Vi har i denna studie ansett att det kan vara en faktor som, om denna förbises, kan påverka möjligheten att få en sann bild av de tillämpade processerna. Avvikelser mellan ord och handling anser vi kan vara ett resultat av omedveten påverkan av yttre faktorer, så som stress och vana, vilket gör att de arbetssätt som sägs tillämpas skiljer sig från verkligheten.

Då förbättringsarbete är något som förekommer på ett relativt avgränsat område, en arbetsplats, anser vi det är av stor betydelse att befinna sig på plats. Följaktligen motiveras även metodvalet då vi tror att processerna påverkas av exempelvis samspelet mellan personalen, vilket är svårt att mäta genom intervjuer och samtal. Direktobservationer kan således ge en uppfattning om den sociala verkligheten och de beteenden som är närvarande (Bryman, 2011). Observationerna har haft som huvudsakligt syfte att få en förståelse för förbättringsarbetet och den sociala verklighet som respondenterna befinner sig i. Vi tror att denna metod kan göra det lättare att relatera till de svar intervjuerna genererar. Observationerna kommer således inte presenteras separat, utan tjänar mer ett stödande syfte.

2.3 Urval av studieobjekt

Urvalsprocessen är av central betydelse och påverkar hur väl frågeställningen går att beprövas. Genom att tydligt specificera frågeställning och

informationsbehovet ökar man möjligheten att välja respondenter som besitter rätt kunskap (Denscombe, 2009). I vårt fall fanns det rätt tydliga avgränsningar som hjälpte oss i urvalsprocessen. Utifrån föreliggande frågeställningar kunde vi sätta upp vissa urvalskriterier. Bland dessa var det huvudsakligen en välutvecklad implementering och tillämpning av förbättringsmetoder. Utifrån dessa gjordes en ytterligare särskiljning, där tid beaktades. Detta för att säkerställa att det fanns en varaktighet i det förbättringsarbete som tillämpades i valda verksamheter. Således var den inledande fasen i urvalsprocessen relativt selektiv. Lämpliga avdelningar inom vårdorganisationen på SU diskuterades även med kontaktperson på logistikavdelningen på SU. Sammanfattningsvis var den främsta avgränsningen: avdelningar som under en längre period har förankrat förbättringsarbete. Tidsaspekten ansåg vi också vara betydande då den gör att undersökta avdelningar har en erfarenhet av förändringsarbete, som ger värdefull fakta och bidrar till att besvara frågeställningarna.

Med bakgrund till ovan beskrivna urvalskriterier fördes diskussion med ansvarig kontaktperson på logistikavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom att tillämpa ovan nämnda urvalskriterier kunde lämplig avgränsning göras. Utifrån detta gjordes ett urval av tre stycken vårdenheter som under en längre period tillämpat förbättringsarbete. Det skedde även en ytterligare avgränsning där de avdelningar som antogs kunna ge mest information valdes ut. Detta är en avgränsning som skulle kunna påverka studiens förmåga att generaliseras, men var något som vi ansåg nödvändigt för att ens kunna angripa problemet. Respektive vårdenhet inom urvalsgruppen ägnar sig åt olika typ av vård. Denna särskiljning gjordes med ambition att hitta komponenter som ansetts viktiga och varit närvarande i samtliga tre vårdenheter förbättringsarbete.

2.3.1 Val av respondenter

Då förändring och utveckling förankras på alla nivåer i organisationen ansågs det viktigt att alla individer som deltog och påverkades av förbättringsarbetet beaktades. Detta för att belysa problemet från olika perspektiv och erhålla en bred samt trovärdig empirisk data. Intervjuer genomfördes därmed med vårdenhetschef och vårdpersonal, så som sjuksköterskor och undersköterskor. Vårdenhetschef har ett mer övergripande ansvar över verksamheten medan vårdpersonalen har en större praktisk erfarenhet att arbeta med förbättringsprocesser. Genom att samla in data från båda yrkeskategorier kan man fånga diskrepansen mellan gruppernas upplevelser, samtidigt som mönster kan identifieras. Vi valde att ta en individ från respektive position och verksamhet, således erhöles två respondenter per verksamhetsområde. Den något mindre urvalsgruppen motiverades med de tidsrestriktioner som förelegat.

Vid datainsamling via direktobservationer har fokus legat på specifika yrkesgrupper från fall till fall. Mycket för att kunna identifiera samspelet mellan individer inom yrkesgruppen.

2.4 Datainsamling

2.4.1 Intervjuernas genomförande

Holme et al. (1997) menar att för att erhålla relevant data från intervjusituationen krävs det att forskaren är väl insatt i problemområdet och förstår respondentens verklighet. Av den anledningen ansågs det centralt att sätta sig in i den verksamhet som respondenten arbetade i. Därav gjordes det en genomgång av verksamheten och dess funktioner innan intervjuerna genomfördes.

För att skapa en naturlig och bekväm miljö för respondenterna lät vi respondenterna föreslå en lämplig plats för genomförandet. Genom att eftersträva en avslappnad samtalsmiljö försökte vi initiera till den intervjuade talade fritt om sina erfarenheter av förbättringsarbete. Intervjuerna genomfördes på sjukhusområdet i en ostörd miljö för att säkerställa att respondenterna inte kände sig övervakade. Då respondenterna, till stor del, tillhör en professionell yrkesgrupp var det av stor vikt att deras position inte ifrågasattes eller förminskades. Av den anledningen undveks frågor som kritiserade deras arbetssätt och fokus låg istället på att få en djupare kunskap om deras upplevelser och åsikter. Vi var även, med bakgrund av detta, noga med att förtydliga studiens syfte och att inga namn eller personuppgifter skulle publiceras. Endast yrkestillhörighet registrerades, då det ansågs betydande för vidare analys. Dessa åtgärder tillämpades för att, i så stor utsträckning som möjligt, skapa tillit mellan författare och den intervjuade.

Intervjuerna började med att respondenten presenterade sig själv och sin yrkesroll samt beskrev sina arbetsuppgifter. Därefter belystes respektive delområde, enligt den semistrukturerade intervjumetoden. Då intressanta infallsvinklar gavs fann möjlighet att ställa följdfrågor. Detta gav oss en djupare diskussion samtidigt som intervjun följde en förbestämd mall.

Under samtliga intervjuer närvarade båda författarna. En ansvarade för att leda intervjun medan den andre antecknade. Den tydliga rolluppdelen bidrog till att säkerställa informationsinsamlingen och dess kvalitet. Datainsamlingen kompletterades med ljudupptagningen för att minimera risken för att viktiga aspekter missades. Direkt efter intervjuerna jämfördes anteckningar mot ljudfilerna. Detta gav en god förståelse för materialet och hjälpte oss förmedla innehållet korrekt.

2.4.2 Observationernas genomförande

Som nämnts ovan har observationernas huvudsakliga syfte varit att få en förståelse för det förändringsarbete som pågått på avdelningarna. Genom att genomföra observationer har en förståelse för detta genererats. I inledande stadiet har vi studerat respektive avdelnings visualiseringstavla, även kallad FOKUS-tavla, samt hur de arbetar med standardisering och liknande verktyg. Vi anser att detta gett oss en större förståelse för de processer de beskrivit under intervjuerna och underlättat möjligheten att återkoppla med följdfrågor. Vidare har deltagande observationer genomförts under FOKUS-mötena. Även detta för att få en större förståelse för de processer som beskrivs samt upptäcka eventuella avvikelser mellan respondenternas svar och verkligheten.

Observationerna har tagit ett passivt angreppssätt, där vi rört oss i periferin. Det har varit av stor vikt att bibehålla en så naturlig miljö som möjligt där vi undviker att deltagandet påverkar de vanliga arbetsrutinerna eller att personalen känner sig övervakad. Vikten av att minimera inverkan av forskarens närvaro betonas i Denscombe (2009). Under samtliga observationer på FOKUS-mötena har vi försökt smälta in i gruppen och varit ytterst noga med att inte avbryta det samspel som pågår. Innan datainsamling påbörjades har vi upprepade gånger påpekat att studien syftar till att kartlägga de övergripande processerna i verksamheten och inte personalens effektivitet.

Båda författarna har deltagit under samtliga direktobservationer. Vi har under observationerna tagit löpande minnesanteckningar för att säkerställa att betydande information inte missas. Anteckningar och registrering av data har dock försökt minimeras och hållas diskret för att undvika att personalen känner sig övervakade. Fokus har legat på att närvara för att i efterhand mer ingående diskutera och anteckna.

2.5 Sekundärdata

För att få en övergripande bild av forskningsfrågan har föreliggande rapport använt sig av sekundärdata. Detta skedde främst i inledande del av processen för att ge oss en god kunskapsgrund och därigenom kunna angripa fenomenet förändringsarbete och implementering i sjukvården. Sekundärdata i form av böcker, vetenskapliga artiklar, forskningsrapporter och avhandlingar har hämtats från betrodda databaser som PubMed, Emerald, Scopus samt Google Scholar. Informationssökning gjordes systematisk, vilket innebar att valda nyckelord tillämpades, så som "lean", "lean healthcare", "continuous improvement", "process", "TQM" och "implementation". Viss kompletterande data har även erhållits från Sahlgrenskas logistikavdelning med syfte att skapa

en förståelse för verksamheten. Det hämtade materialet har använts både vid litteraturgenomgången samt legat till grund för utformande av den teoretiska referensramen.

2.6 Metodkritik

I diskussioner om studiens trovärdighet brukar två fundamentala begrepp diskuteras, validitet och reliabilitet. Validitet avser om en studie är fri från systematiska fel och om vi mäter det vi påstår att vi mäter, detta beskrivs som begrepps- respektive resultatvaliditet (Esaiasson et al., 2012). Reliabilitet syftar till undersökningens trovärdighet, möjligheten att generalisera resultatet. Studien skall alltså kunna utföras upprepade gånger och samma resultat uppnås. Som framgår av beskrivningen är reliabilitet svårt att erhålla vid en kvalitativ undersökning. Esaiasson et al. (2012) menar att uppnå validitet är av störst betydelse för att kunna göra trovärdiga slutsatser kring det empiriska materialet.

Då denna studie till övervägande del har tillämpat kvalitativa metoder, är diskussionen kring reliabilitet mindre relevant. Detta på grund av de svårigheter som föreligger med att replikera de sociala processer som infinner sig i kvalitativa sammanhang (Bryman, 2011). Således har fokus legat på att stärka materialets inre validitet. Vid intervjuer kan en kritisk faktor vara att forskaren upplever situationen felaktigt och därav misstolkas den information som respondenten ger. Detta påverkar i sin tur sammanställningen och slutsatser av materialet (Holme et al. 1997). För att reducera risken för eventuella feltolkningar har vi noga bearbetat frågorna och diskuterat eventuella intervjusituationer. Den semistrukturerade designen på intervjuerna möjliggjorde också att korrigerar vissa frågor för att bättre besvara frågeställningen. Vidare anser vi att risken minimerats genom att båda författarna har närvarat under intervjutillfället, således har en jämförelse av upplevd intervjusituation varit möjlig.

Urvalet är av central betydelse och bidrar till att säkerställa validiteten. Vi har med ett strategiskt tillvägagångssätt gjort ett lämpligt urval, där vi försökt erhålla respondenter med så stor kunskap och erfarenheter som möjligt. Patel och Davidsson (2011) menar att genom att välja respondenter från olika miljöer kan man tolka variationer och således öka validiteten. I föreliggande rapport har vi av den anledningen valt intervjupersoner som har ett något mer övergripande ansvar över verksamheten/avdelningen samt personer som har en mer operativ roll. Vidare har även respondenter tagit från olika verksamhetsområden, där samma koncept har applicerats. Genom att få en överblick av variationerna har vi även skapat oss en uppfattning om vad som är gemensamt. Detta för att identifiera upplevda framgångsfaktorer som skulle kunna ses som verksamhetsöverskridande. Att intervjua personer från olika delar i

verksamheten kan vara ett sätt att hantera de validitetsproblem som uppkommer då svaren färgas av respondenternas intressen (Esaiasson et.al., 2012). Då insamlad data, i mångt och mycket, grundar sig i människors erfarenheter är detta ett problem som har beaktats. Vi har försökt reducera denna risk genom observationer för att ge stöd eller ifrågasätta intervjuinnehållet. Vidare har även intervju svaren, som beskrivs ovan, jämförts mellan respondenterna. Således har en trianguleringsliknande metod använts för att säkra empirins tillförlitlighet. Vi anser trots allt att intervjuerna kan ge intressanta perspektiv kring problemområdet.

Genom att tillämpa observationer som en kompletterande metod kan vi gardera oss mot intervju effekten. Alltså den inverkan intervjuarens närvaro har på respondenternas uttalanden och villighet att ge en ärlig bild. Dock kan metodvalet ses som problematiskt, t.ex. på grund av den extremt subjektiva tolkningen av händelser som observationer beskriver (Denscombe, 2009). Skeenden, så som processer, kan uppfattas och tolkas fel av forskaren, vilket följaktligen har inverkan på hur situationen beskrivs. Denna problematik har återkommande beaktats för att försöka minimera dess inverkan på empirin. Då båda författarna närvarat under samtliga observationer har vi kunnat jämföra hur de olika situationerna har tolkats. Genom att ifrågasätta våra argument för tolkning kan vi genom diskussion erhålla en ökad validitet. Vidare har vi använt oss av intervjuer för att skapa en uppfattning om hur våra tolkningar ställer sig mot de inblandade personernas tolkning av situationen. Vi vill även klarlägga att det inte funnits någon märkbar diskrepans mellan vad som sagts på intervjuerna och det som framgått genom observationer på avdelningarna. Detta anser vi stärkare uppsatsens validitet ytterligare.

Vi är fullt medvetna om svårigheten att generalisera de resultat som erhålls i studien, då fokus fästs vid en organisations förändringsarbete, där specifika kontextuella förhållanden förelegat. Dock tror vi att resultatet kan ge en värdefull infallsvinkel för organisationer som, i ett svenskt kontext, står inför liknande beslut om lämpliga förbättringsmetoder, där FOKUS kan fungera som ett ramverk.

2.7 Källkritik

Att värdera och kritiskt granska sina källor är av central betydelse för att kunna återge en rättvisande bild av problemområdet. Det påverkar även hur användbar data är som man avser basera sin teoretiska referensram på (Esaiasson et al., 2012). Då ämnet har en relativt hög aktualitet så har det funnits mycket samtida material att tillgå, som samtidigt knyter an till flera olika forskningsområden. Av den anledningen har sekundärdata, i form av vetenskapliga artiklar och forskningsrapporter, hämtats från olika vetenskapliga områden. Dock anser vi att detta ger oss en bredare överblick av problemområdet. Vidare ger det oss

även grund att kritisk granska de subjektiva intressen som kan ha förelegat. Detta för att undvika att en missvisande bild ges. Övervägande del av källorna är dock vetenskapligt granskade, vilket ökar trovärdigheten. Rapporten har även använt källor som kan ha varit påverkade av politiska intressen. I dessa fall har extra stor hänsyn tagits till den kritiska granskningen, med syfte att från vår sida ställa oss objektivt till innehållet. Vissa av de källorna som använts har varit något daterade. Detta har i vissa fall ansetts nödvändigt för att ge ett korrekt historisk perspektiv.

3. Teoretisk referensram

Detta kapitel redogör för den teoretiska referensramen som ligger till grund för uppsatsen. Kapitlet tar upp teorier om lean och dess koppling till sjukvården, förändringsprocesser i organisationer och Total Quality Management. Vidare nämns även i den teoretiska referensramen exempel på tidigare studier.

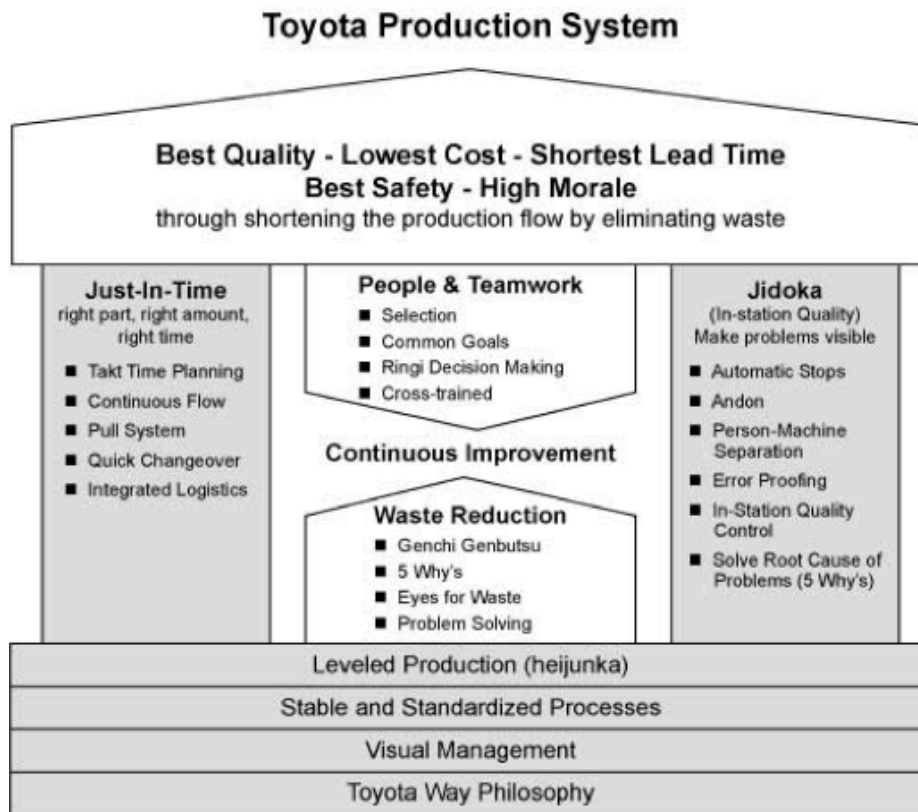
3.1 Lean

Konceptet lean-production härstammar från Toyotas fabriker i Japan. Det var under 1930-talet som dåvarande direktören Kiichiro Toyoda började utforma sina förslag på förbättringar från det som i grunden var Fords massproducerande montering. Förbättringar var bland andra ett mer kontinuerligt processflöde och möjlighet till större produktutbud. Det nya systemet kom att kallas Toyota Production System och tog en mer konkret form efter andra världskriget. I och med Toyotas framgångar har lean fått stor spridning världen över, och är nu ett tankesätt applicerat i flera industrier. (Shingo, 1989)

Grundkonceptet med lean handlar om att eliminera slöseri, så kallat muda. Mer värde för kunden skall skapas för kunden med mindre resurser och ta bort delar av processen som inte tillför värde ur ett kundperspektiv. Det ultimata målet med lean är att tillhandahålla perfekt värde åt kunden genom en perfekt utformad värdeskapande process utan något slöseri (Womack och Jones, 1996).

3.1.1 House of Lean

Nedan visas en modell kallad TPS House, eller House of Lean, som Toyota tog fram som ett sätt att ge en ökad förståelse för hur de olika delarna i lean samverkar. Genom att använda ett hus som illustration påvisas att lean kan ses som ett strukturellt system som endast är effektivt om alla delar fungerar (Liker, 2009).



Figur 2: Toyota Production System, *The Toyota Way* (Liker, 2009), sid 33

Taket på huset beskriver målet med lean och dess värderingar; bästa kvalitet, lägsta kostnader, kortaste ledtider, högsta säkerhet och hög moral. Allt genom att eliminera slöseri och korta ner produktflödet. Värderingarna ger vägledning till hur medarbetarna skall agera i olika situationer för att kunna leva upp till kundens önskemål.

Den vänstra pelaren står för JIT (Just-in-time), vilket ofta formuleras som rätt delar i rätt mängd vid rätt tid. Ett effektivt användande av JIT skulle eliminera slöseri i form av lagerkostnader och onödig väntetid i produktionen och på så sätt skapa ett bättre flöde (Liker, 2009).

Den högra pelaren är Jidoka, vilket innebär att man kontinuerligt kvalitetssäkrar produkten och aldrig tillåter en defekt enhet fortsätta genom processen till nästa steg. Genom att jobba med principen allas ansvar, har personalen kontroll över maskiner och kan stoppa processen om fel upptäcks och direkt åtgärda det. De två pelarna, eller principerna, handlar om att tillsammans skapa ett gemensamt flöde (Slack, Chambers och Johnston, 2010).

I husets grund finns fyra delar som genomsyrar lean. Det är Heijunka, en metod för att jämna ut produktionen över tid genom att producera mindre

batchstorlekar istället för att producera större kvantiteter på en gång. De två sista fundamentala delarna i lean är stabila och standardiserade processer och visuell styrning. Visuell styrning är en metod som gör det lättare att se vad som händer i processen och ger en översikt var man befinner sig i sitt arbete. Det används även till att undersöka hur man kan lösa uppkomna problem och se vilka resultat som har uppnåtts (Bicheno, 2006).

Alla delkomponenter i huset är beroende av varandra. Just-in-time kan exempelvis inte utföras effektivt om processerna ej är stabila och kvalitetsgaranterade. Det förbättringsarbete som lean förespråkar hade inte varit möjligt utan visualisering av resultatet och standardiserade processer som gör så att medarbetarna undviker att uppfinna hjulet på nytt. De metoder som är bäst lämpade till att utföra olika uppgifter i verksamheten resulterar i standardiserade metoder, och för att kunna använda sig av dessa metoder behövs speciella verktyg och aktiviteter. Ett exempel på verktyg kan då vara en visualiseringstavla, där olika aktiviteter som skall utföras i verksamheten är tydligt utformade (Womack och Jones, 1996), samt även verktyget 5S som handlar om att standardisera och organisera arbetsplatsen (Manos, Sattler och Alukal, 2006). Vidare används även verktyget Ishikawadiagram, eller fiskbensdiagram, för att gå till roten på ett problem. Genom detta verktyg kan man med hjälp av små problem systematiskt leta sig fram till ett större fel i processerna. På så sätt är man noga med att de standardiserade arbetsmetoderna genomgående håller bra standard (Bergman och Klefsjö, 2003).

3.1.2 Ledningens roll

En förutsättning för att införandet av lean i en organisation skall fungera bra är att ledningen önskar att förändringen skall ske, att de tar ett beslut om förändringen och framförallt att de leder den (Jackson, 1996).

Lean-filosofin försöker skifta fokus hos ledningen i organisationer från att optimera enskilda teknologier, tillgångar eller avdelningar till att istället optimera hela flödet av produkter och tjänster ut till kunden horisontellt genom teknologier, tillgångar och avdelningar. Genom att göra detta skapar man processer som kräver mindre mänsklig ansträngning, mindre kapital, mindre utrymme och mindre tid för att skapa produkter och tjänster till mycket lägre kostnader och med mycket färre defekter jämfört med vanliga företagssystem. Det är dock inte bara att införa lean i en verksamhet och tro att det sköter sig självt. Man måste tänka långsiktigt och vara ihärdig i sitt beslut att införa lean (Womack och Jones, 1996).

Enligt Womack och Jones (1996), skall man tänka på tre fundamentala delar som ledstjärnor när man skall transformera en organisation till att använda sig av lean.

- **Ändamål:** Vad är kundvärdet man genererar i processen för att själv försöka blomstra som organisation?
- **Processer:** Hur skall organisationen bedöma att varje steg i processen genererar värde och att det är kapabelt, tillgängligt, flexibelt och tillräckligt samt att de är kopplade av ett flöde och pull strategier?
- **Människor:** Hur kan organisationen säkerställa att varje betydande process har någon ansvarig som hela tiden utvärderar och ser till så den följer lean standard? Hur kan man se till så alla som berörs av värdeflödet är aktivt delaktiga för att agera korrekt och hela tiden förbättra det?

3.2 Lean i sjukvården

Det var först i början av 2000-talet som lean healthcare, lean-filosofin inom sjukvården, gjorde sitt inträde och blev snabbt populär. Idag finns det flera exempel på sjukhus som lyckats uppnå förbättringar genom lean metoder. Ett av de första och mest slående exemplen i Sverige är Caphio St. Görans sjukhus i Stockholm⁵, som kunnat minska den genomsnittliga vistelsen för en patient på akutavdelningen med mellan 33 och 50 procent, och ökat andelen patienter som färdigbehandlas inom fyra timmar till runt 90 procent (från tidigare 50 procent) (Rognes och Svarts, 2012).

När man arbetar med lean i sjukvården skiftas fokus från resursutnyttjande till genomflödet av patienter, så kallad flödeseffektivitet. Det optimala hade varit att alltid ha resurser tillgängliga i takt med efterfrågan, men eftersom det förekommer variationer i bland annat patientflöde som inte går att påverka, är det svårt att prestera högt resursutnyttjande samtidigt som genomloppstider reduceras. Detta är tyvärr tvärtemot ett av målen med lean healthcare som innebär att patienter smidigt skall flöda genom sjukhusets processer och allt som inte skapar värde för patienten skall undvikas (Palmlblad, 2008).

De lean-principer som används inom sjukvården är dock desamma som vid industriella användningar och det finns stor potential att förbättra vården genom att eliminera påverkbara variationer som exempelvis dubbelarbete och onödiga processteg. Det är viktigt att se processerna ur patientens synvinkel och låta medarbetare kontinuerligt förbättra arbetssätten. (Rognes och Åhlström, 2008).

⁵ Se avsnitt *Tidigare studier*

3.2.1 Slöseri

En viktig del av lean-filosofin går ut på att eliminera slöseri, så kallad muda, vilket innebär alla de resurser som används och aktiviteter som utförs utan att ge värde till patienten. Inom lean talas det mycket om sju olika typer av slöseri (Bicheno, 2006; Manos, Sattler och Alukal, 2006):

- Överarbete
- Väntan
- Onödigt lager
- Onödiga rörelser
- Transport
- Onödig bearbetning
- Defekter
- Outnyttjad kreativitet och kapacitet hos de anställda

Exempel på ett stort slöseri som förekommer inom sjukvården är den väntan patienter måste genomgå för att bli behandlade, få sina provresultat, mediciner och liknande. Det är denna onödiga kötid som i mångt och mycket försöker kortas ner med hjälp av olika lean-koncept. Bland annat är målet att förenkla vårdpersonalens jobb genom att standardisera olika processer, som till exempel att förvara allt nödvändigt material centralt eller på väl utsatt plats. Den tid personalen tidigare lagt på att leta efter aktuella verktyg kan nu omvändas till att bearbeta patienter i kön (Bicheno, 2006). Slöseri kan även vara att inte utnyttja personalens kunskap, erfarenheter och kreativitet. Både individer och team besitter ofta kunskap som inte tillvaratas. Genom att träna personal i lean-koncept överkommes detta slöseri, där den främsta fördelen är att personalen som utvecklar processerna är även de som är involverade i den (Manos, Sattler och Alukal, 2006).

3.2.2 Ständiga förbättringar

Arbetet med förbättringar är en ständigt pågående process och det finns alltid utrymme att utvecklas vidare. I sjukvården ändras ständigt förutsättningar på grund av teknisk utveckling, lagkrav och nya metoder, således når man aldrig sitt mål (Manos, Sattler och Alukal, 2006). Arbetet med ständiga förbättringar, så kallat *kaizen*, utgör en central del inom lean-konceptet (Åhlström, 1997). Genom att engagera medarbetare i förbättringsprocessen utnyttjar man deras kunskap om företagets processer och uppnår således bättre resultat (Graban, 2009). Vidare bör det finnas en frekvent återkoppling i förbättringsarbetet där nya metoder snabbt kan beprövas och utvärderas för att förbättringsarbetet skall nå full effekt (Graban, 2009).

3.3 Att leda förändring

I sjukvården som i industrin är det dock inte bara att införa lean-konceptet och tro att det fungerar. I och med lean-filosofins inträde i sjukvården har man, precis som produktionsindustrin, fått erfara en del svårigheter med implementeringen. Organisationer har ofta en benägenhet att fokusera så mycket på att förbättra processer att de glömmer bort vad som egentligen behövs för att uppnå målet, nämligen att de som utför processerna blir bättre. *"Making people before making parts, or, in the ward's context, developing nurses before delivering care"* (Ballé och Régnier, 2007).

Svensk sjukvård är idag i ett kritiskt tillstånd med vårdtagare som uppfattar den svenska vården som sämst i Norden (Euro Health Consumer Index, 2013). Det finns därmed ett uppenbart behov av förbättringsarbete. John Kotter tar i sin artikel *Leading Change* (2007) upp åtta steg en organisation går igenom i sitt förändringsarbete. Det är av betydande vikt att man inte stressar fram en förändring utan låter varje fas ta sin tid. Ifall man stressar på processen finns det risk att förändringen stannar av och tillslut även degraderas till den punkten att organisationen är tillbaka i utgångsläget.



Figur 3: Eight steps to transforming your organization, *Leading Change* (Kotter, 2007)

Nedan följer en beskrivning av de åtta steg man går igenom för att förändra sin organisation enligt Kotter (2007).

1. *Upprätta ett behov:* ett tydligt behov är essentiellt för att påbörja en förändringsprocess. Ifall medarbetarna är medvetna om att det är en ej fungerande organisation blir de även mer mottagliga för förändring (Kotter, 2007).

2. *Sätt ihop en inflytelserik och drivande koalition:* När inställningen är rätt måste det i detta skede finnas någon som driver på och implementerar förändringen. För att få med sig de anställda och övertyga de som fortfarande tvivlar krävs en målinriktad ledare tillsammans med en stark grupp redo att styra förändringen (Kotter, 2007). I implementeringen av lean-metoder i sjukvården behövs det en förståelse för dess koncept och vetskapen att det inte bara är en samling redskap som kan användas efter behag. Detta måste även i sjukvården kommuniceras från ledningsnivå och neråt genom hela organisationen samt systemet bör konstrueras och utarbetas av medarbetarna själva för att nå bästa resultat. Genom att involvera medarbetarna blir de även delaktiga i förändringsarbetet och hjälper till att leda förändringen (Womack och Jones, 1996).

3. *Skapa en vision:* Tidigare nämnt i avsnittet *Ledningens roll* skall man enligt Womack och Jones (1996) tänka på tre fundamentala delar som ledstjärnor när man skall transformera en organisation till att använda sig av lean; ändamål, processer och människor. Genom att tänka på dessa delar kan man utarbeta en klar vision för vårdorganisation i hur man skall långsiktigt arbeta och vilka lean-metoder som skall genomsyra arbetet. Har man inte en utarbetad vision klart för sig kan förändringsarbetet lätt utvecklas till en rad av förvirrande och motstridiga projekt som tar organisationen i fel riktning eller ingenstans alls. En bra vision skall ge förståelse för varför förbättringen måste genomföras, att det är viktigt att den genomförs, hur det skall gå till och vad man skall uppnå med förändringen (Kotter, 2007).

4. *Kommunicera sin vision:* Den drivande faktorn bakom förändringen måste använda sig av alla tillgängliga verktyg för att kommunicera den nya visionen och strategin. Det är viktigt att ledningen efterlever sin vision i allt de gör och att avdelningscheferna som varje dag jobbar nära medarbetarna gör desamma. I många fall har det sätt på vilket organisationens ledning handlar och betar sig större betydelse än vad de kommunicerar verbalt. Organisationens informella ledare bör även involveras i förändringsarbetet. De har ofta en betydande inverkan på sina medarbetare på grund av sina erfarenheter, personligheter, kunskaper eller liknande (Sörqvist, 2004). Människor som har insikt i vad som sker känner sig vanligtvis mer trygga och har därför lättare att acceptera förändringar. Därför är det centralt med ett förändringsarbete som genomsyras av öppenhet och transparens i sin kommunikation (Kotter, 2007).

5. *Uppmuntra egna initiativ som efterföljer visionen:* Samtidigt det nya budskapet och rutinerna kommunicerar ut är det viktigt att gör sig av med alla hinder i vägen för förändringen och ser till att uppmuntra risktagande och icke traditionella idéer. Ifall hindret i vägen råkar vara en person, till exempel en avdelningschef som underminerar förändringen, är det viktigt att man behandlar personen korrekt och i linje med den nya visionen. Det är dock väldigt viktigt att åtgärder vidtas, allt för att bemyndiga förändringsarbetet och bibehålla visionens trovärdighet (Kotter, 2007).

6. *Planera och driv igenom kortsiktiga vinster:* Att genomföra en ordentlig förändring i en organisation tar tid. För att hålla medarbetarna engagerade och stöttande av den nya visionen är det därför viktigt att planera in visuellt tydliga delmål och fira dessa när man passerar de på vägen. Samtidigt skall man ge de delaktiga medarbetarna erkännande för deras arbete i förändringsprocessen och till och med beförtra de medarbetare som jobbar extra väl för att implementera den nya visionen (Kotter, 2007).

7. *Befäst alla förbättringar och arbeta mot ännu mer förändring:* Det är väldigt viktigt att man i detta skede inte tar ut segern i förskott, utan istället fortsätter att använda den trovärdighet man får ut av att klara av delmål till att vidare ändra rutiner och system som inte ligger i linje med visionen. Vårdorganisationen skall här medvetet anställa läkare som tror på förändringen och parallellt utbilda befintlig personal så de självständigt kan vidareutveckla arbetet (Kotter, 2007).

8. *Institutionalisera nya metoder:* Det åttonde och sista steget beskriver hur betydande det är att förändringarna i organisationen institutionaliseras på djupet. Syftet är att få den nya visionen att reflektera organisationens delade värderingar och sociala standard, och inte bara att den är kopplad till en viss ledning eller till en speciellt karismatisk ledare som har drivit processen. Kopplingen mellan det nya beteendet och organisationens framgång måste konstant artikuleras, för att få medarbetarna att förstå att det är deras hårda arbete och mottaglighet av förändringarna lönar sig. I detta sista steg är det angeläget att fundera över när personen eller ledningen som hela tiden har varit med och drivit förändringsarbetet skall kliva av sin post. För att inte organisationen skall förlora sitt momentum och falla tillbaka i gamla spår bör över successionsordningen och en person anställas efter hur väl hen personifierar den nya visionen och såväl kan fortsätta institutionaliseringen (Kotter, 2007).

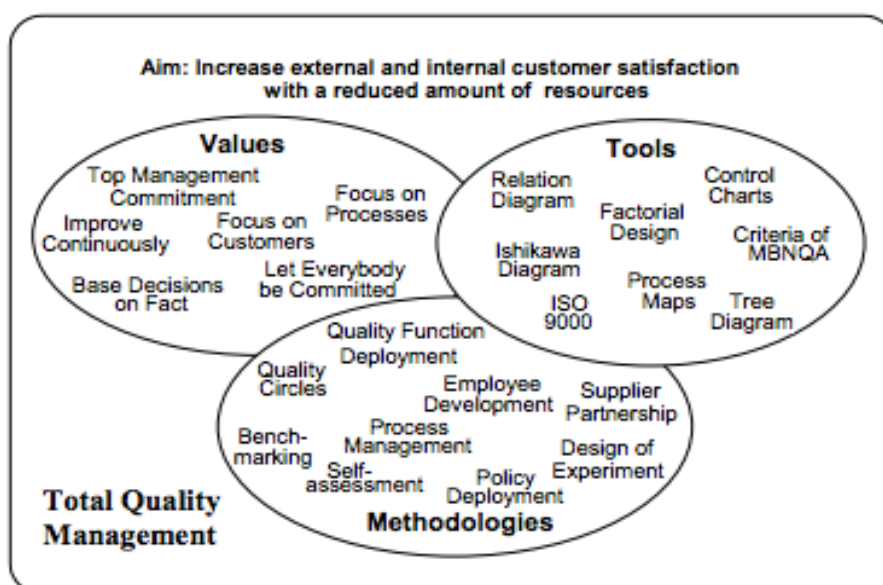
3.4 Total Quality Management

Begreppet Total Quality Management, eller TQM, har som många andra styrmetoder sitt ursprung i bilindustrin. TQM har, liknande lean, många begreppsförklaringar och definitioner (Svensson, 2004). Dahlgaard et al. (1998) beskriver begreppet som:

"A corporate culture characterized by increased customer satisfaction through continuous improvements, in which all employees in the firm actively participates."

Således är det ett kontinuerligt förbättringsarbete, som genomsyrar hela företaget, för att öka kundnöjdheten. TQM åsyftar alltså att förstå och förbättra företagets kvalitet. Bergman och Klefsjö (2003) menar att begreppet huvudsakligen syftar till att kontinuerligt tillfredsställa, om inte överträffa, kundens behov och förväntningar till lägsta möjliga kostnad.

TQM har det senaste decenniet kommit till att bli en nyckelfråga för företaget, mycket på grund av en ökad konkurrens där förmågan att tillfredsställa kundernas behov har blivit betydligt viktigare för ens konkurrenskraft (Dahlgaard et al., 1998). Hellsten och Klefsjö (2000) nämner tre övergripande komponenter för TQM arbete i en organisation. Dessa består av kärnvärden, tekniker⁶ och verktyg. Kärnvärden utgör grunden för organisationskulturen och tekniker består av de aktiviteter som möjliggör måluppfyllelse. För att stödja arbetet finns det praktiska och välutformade verktyg så som statistiska verktyg för analys och beslutsfattande. Dessa komponenter rör sig i symbios, stödjer och är beroende av varandra för att kunna förbättra företagets verksamhet (Hellsten och Klefsjö, 2000).

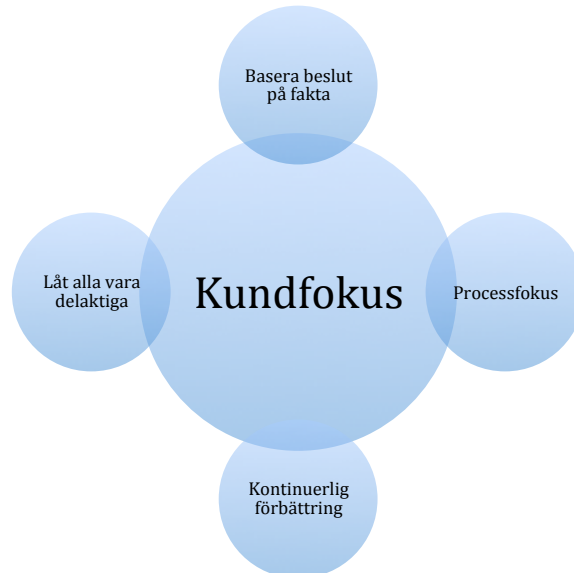


Figur 4: Komponenterna av TQM, Svensson (2004), s.217

⁶ Enligt Svensson (2004) kan tekniker även tolkas som metoder/metodik

3.4.1 TQM:s kärnvärden

TQM bygger enligt Bergman och Klefsjö (1994) på fem centrala, men även kritiska, element för att arbeta med kvalitetsutveckling och kontinuerlig förbättring. Dessa beskrivs i figuren nedan och kommer fortsatt att förklaras kortfattat. Beskrivningen baseras huvudsakligen på Bergman och Klefsjö (2003).



Figur 5: "Hörnstenarna i total quality management", Källa: Fri tolkning, Bergman och Klefsjö (2003)

3.4.1.1 Kundfokus

Kunden, en person eller organisation, kan ses som orsaken till varför ett företag existerar och vill skapa värde. Därav blir kundens behov en nyckelfaktor för att definiera begreppet kvalitet. Den grundläggande processen för att skapa ett kvalitativt erbjudande och således värde för kunden, innefattar att först förstå kundens behov och förväntningar, för att sedan kunna tillfredsställa dem. Trots att det gäller att tillfredsställa det uttryckta behovet, är det även av stor vikt för organisationen att förstå det latenta behovet hos kunden. Genom att vara expert på sin egen produkt eller tjänst kan organisationen skapa ett erbjudande som både överraskar och överträffar förväntningarna hos kunden (Bergman och Klefsjö, 2003).

3.4.1.2 Basera beslut på fakta

Det är av stor vikt att beslut baseras på välgrundad fakta, där beslutsunderlaget inte påverkas av slumpmässiga faktorer (Bergman och Klefsjö, 2003). Det första som bör göras innan en förändring påbörjas bör således vara att genomföra mätningar. Dels för en ökad kunskap om företagets faktiska verklighet och dels för att identifiera avgörande fakta (Dahlgaard et al., 1998; Bergman och Klefsjö, 2003).

3.4.1.3 Processfokus

Genom att kartlägga och analysera sina processer kan organisationen identifiera problem och möjliga förbättringsområden. Detta skapar ett processsynsätt som möjliggör för ett effektivare arbetssätt (Bergman och Klefsjö, 2003). Rentzhog (1998) menar att en process är en serie av standardiserade aktiviteter som upprepas för att skapa värde för kunden. Vidare betonar författaren vikten av att standardisera sina processer för att kunna erbjuda en identisk produkt eller tjänst upprepade gånger. Bergman och Klefsjö (2003) och Rentzhog (1998) framhåller betydelsen av att kontinuerligt samla information och historisk data för att effektivt kunna förbättra sina processer.

3.4.1.4 Kontinuerlig förbättring

Den tredje komponenten i modellen är kontinuerliga förbättringar. De externa kraven på kvalitet ökar kontinuerligt. Detta driver organisationen att ständigt arbeta med kontinuerliga förbättringar för att kunna hantera omvärldens krav. Förbättringsarbetet blir således inte bara en nödvändighet utan också en konkurrensfördel. Det finns även en kostnadsaspekt som motiverar förbättringsarbete, då det idag innebär en signifikant kostnad att hantera defekter och andra kvalitetsbrister i produktionen. Det japanska begreppet kaizen kan beskrivas som "förändras för det bättre" och syftar till att många små vardagliga förbättringar kumulativt skapar en större effekt för att slutligen tillfredsställa kundens behov bättre (Bergman och Klefsjö, 2003). Detta arbete måste dock utföras genom att använda specifika metoder, så som Ishikawadiagram, även kallad fiskbensdiagram (Hellsten och Klefsjö, 2000).

3.4.1.5 Låt alla vara delaktiga

För att säkerställa att kvalitetsarbete, så som TQM, förankras och utvecklas krävs det att alla i organisationen är engagerade i det kontinuerliga förbättringsarbetet för att slutligen optimalt tillfredsställa slutkunden (Bergman och Klefsjö, 2003).

Detta element är ett resultat av arbetet med överstående punkter. Bergman och Klefsjö (2003) menar att för att förankra ett effektivt kvalitets- och förändringsarbete krävs det att de anställda får möjlighet att ta initiativ för att göra ett bra jobb och följaktligen får erkännande för detta.

3.5 Tidigare studier

Vi lever i en allt mer global värld med en snabbt växande marknadsekonomi, där förändring är avgörande för en organisations överlevnad (Beer & Nohria, 2000). Samma realisation har nått sjukvården där privata aktörer slåss om marknadsandelar med kommunala sjukhus, och kunden, i det här fallet patienten, har större krav på sin vård (Nordgren, 2003).

Men förändring är svårt. Få organisationer som ger sig på förändring klarar av att genomföra den väl till den mån att förändringen får långsiktigt fäste. Det är en avancerad process och upp till 70 procent av alla förändringsinitiativ misslyckas (Beer & Nohria, 2000). Ofta är det så att ledningen skyndar igenom en förändring utan att låta den sjunka in och accepteras av medarbetarna. Vidare försvåras förändringsarbetet ytterligare på grund av en professionell kultur som ofta närvarar i vårdorganisationen och tenderar att föredra en hög grad autonomi (Abernethy, 1995). Det finns dock en del lyckade förändringsarbeten i den svenska sjukvården. Nedan beskrivs ett urval av de sjukhus som har varit framgångsrika med att införa lean-konceptet.

3.5.1 Lyckade förbättringsarbeten inom svensk sjukvård

Sjukhus	Avdelning	Förändringsarbete	Resultat
Capio St. Görans sjukhus	<ul style="list-style-type: none"> Akutmottagning 	<ul style="list-style-type: none"> Visualisering – flaskhalsar Resursallokering Standardisering Kontinuerlig återkoppling – iterativt arbete 	<ul style="list-style-type: none"> Minskad väntetid och behandlingstid Flexibel utskrivning av patienter – bättre resursutnyttjande
Karolinska Univer-sitetssjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> Inledningsvis akutsjukvård Stegvis implementering i resterande vårdorganisation 	<ul style="list-style-type: none"> Flödesarbete Kartläggning/visualisering Standardisering Flödesgrupper, team Tydligt ledningsstöd 	<ul style="list-style-type: none"> Minskade väntetider Ökad patientsäkerhet Effektivare kapacitetsutnyttjande
Skånes Univer-sitetssjukhuset (SUS)	<ul style="list-style-type: none"> ADHD-mottagningen på BUP, ortopedavdelningen och sarkommottagningen 	<ul style="list-style-type: none"> Flödesarbete, verktyget 5S, team av specialister 	<ul style="list-style-type: none"> Kortade ner utredningstiden, ökade kapaciteten och minskade väntetiden

Tabell 1: Sammanställning av förbättringsarbete, Källa: Egen framtagen modell

Capio St. Görans sjukhus i Stockholm var en av pionjärerna att införa lean healthcare i Sverige. Förändringsarbetet med lean på St. Görans påbörjades när sjukhuset var i ett krisläge på grund av överkapacitet (Läkartidningen nr 47, 2008).

Inledningsvis samlades personalgrupperna och försökte lösa problemen tillsammans istället för att var och en fokuserade på sina egna problem. Det var viktigt att personalen själva kom på hur arbetssituationen kunde förbättras och genom dessa möten granskades hela flödet och flaskhalsar och stopp hittades snabbt, samt en åtgärd kunde tas fram. Ett sätt att förhindra flaskhalsar och onödig väntetid var att de tyngsta resurserna sattes först i kedjan, i det här fallet specialistläkarna. Sjukhuset förbättrade även informationssystemet, speciellt det kopplat till ambulanspersonalen. En utförlig analys av situationen kan nu delges till sjukhuset innan patienten ens har anlänt. På St. Görans visualiserades hela tiden resultatet av det dagliga arbetet och då speciellt patientflöden visualiserades genom en vit tavla som illustrerade vårdprocessen (Läkartidningen nr 47, 2008). St. Görans har även standardiserat arbetsplatserna och sett till så all utrustning har sin givna plats. Detta minimerar onödiga rörelser och slöseri av tid och ökat fokus kan läggas på patienten (Rognes och Svarts, 2012).

På Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm insågs vikten av att undvika slöseri. För att förbättra sina processer började Karolinska med att kartlägga nuvarande akutflöde. Där identifierades värdeskapande och icke värdeskapande aktiviteter vilket resulterade i en flödeskarta. Genom att kartlägga flödet kunde man visualisera inflöde av patienter, som ställdes i relation till kapacitetstillgången. Personalen fick därmed en förståelse för hur kapacitet och efterfrågan avvek (Granelli och Murray, 2008). Flödesarbetet på Karolinska Universitetssjukhusets akutmottagning drivs av en egen förbättringsgrupp. Denna grupp ansvarar för utvecklingen av de lean-inspirerade arbetet. Gruppen innefattar anställda på alla olika nivåer och således alla som, på ett eller annat sätt, berörs av förändringsarbetet. Gruppen leds av en så kallad flödesledare. Denne, vanligtvis en läkare, arbetar som alla andra i det aktuella akutflödet, men har speciellt avsatt tid att arbeta enbart med förändringsarbetet. Förändringsgruppens arbete förankras i ett starkt och tydligt stöd hos sjukhusledningen, som utgör en stödgrupp. Stödgruppen bidrar med kunskap och vägledning (Granelli och Murray, 2008) och Karolinska betonar vikten av ledningens inblandning i flödesarbetet (Karolinska Universitetssjukhuset, 2013).

Skånes Universitetssjukhuset inledde sina förbättringsarbeten 2007 genom att påbörja tre pilotprojekt. Dessa var bland annat arbetet med patientflöden och processer på ADHD-mottagningen på BUP, där utredningstiden kortades från fyra månader till tre veckor samtidigt som kapaciteten ökade med 70 procent, och en ortopedavdelning där man arbetade med verktyg som 5S (Rognes och Svarts, 2012). Skånes Universitetssjukhuset började med att genomföra omfattande frivilliga breddutbildningar i form av en två timmars föreläsning och lean-spel samtidigt som de genomförde frivilliga chefsutbildningar inom lean-

konceptet. Efter detta gavs avdelningarna fria händer att själva identifiera förbättringsmöjligheter och genomföra förändringar.

På sarkom-mottagningen i Lund har man anammat lean-konceptet och på så sätt kunnat minska väntetiden för diagnos av bröstcancer från 42 dagar ner till tre timmar (Granelli och Murray, 2008).

3.6 Analysmodell

De teorier som ovan presenterats utger grunden för vår analysmodell som används för att se hur de undersökta vårdavdelningarna arbetar med förbättringsarbete. Vidare skall vårdavdelningarnas förändringsarbete analyseras och genom att ställa insamlad intervjudata mot den teoretiska referensramen skall upplevda framgångsfaktorer identifieras. Analysen kommer i stort delas upp i följande två områden: förändringsprocessen och förbättringsarbete i verksamheten idag.

Förändringsprocessen kommer dels att analyseras utefter Kotters teorier kring att leda förändring (2007). Vi kommer undersöka tillvägagångssättet av förändringsarbete på vårdavdelningarna och dra kopplingar till Kotters åtta steg för att försöka urskilja framgångsfaktorer. Samtidigt vill vi med hjälp av lean-filosofins perspektiv undersöka vilka förutsättningar som krävs för att en förändring skall vara möjlig.

För att vidare kunna fastställa hur vårdorganisationen arbetar med ständigt förbättringsarbete har vi valt att använda teorier rörande lean-production (Liker, 2009; Womack och Jones, 1996). Vi har även sett att tidigare forskning angående lean i sjukvården ofta berör eliminering av slöseri (Bicheno, 2006), något som vi tror kommer vara av central betydelse likaså i vår undersökning.

Ett annat centralt begrepp som ofta kommer upp när förbättringsarbete nämns, är ständiga förbättringar, även kallat kontinuerliga förbättringar. För att beröra detta ämne har vi valt att ta upp Total Quality Management (Bergman och Klefsjö, 2003; Hellsten och Klefsjö, 2000) och förbinda dess teorier till hur kvalitetsförbättringar sker i vårdorganisationen.

4. FOKUS-modellen

Föreliggande kapitel presenterar Sahlgrenska Universitetssjukhusets eget framtagna förbättringsverktyg FOKUS. Modellen presenteras utifrån dess delar Formulera problem, Organisera förbättring, Kontrollera orsaker, Utforma och testa, Stabilisera och säkerställ.

4.1 Vad är FOKUS?

Dagens moderna samhälle har höga krav på sin sjukvård. För att vara konkurrenskraftig är det därför centralt för vårdorganisationen att hålla hög standard och följa med i utvecklingen. Sahlgrenska Universitetssjukhuset använder sig av sin egen framtagna FOKUS-modell för att arbeta med ständiga förbättringar och effektivisera sina processer. FOKUS-modellen innefattar olika metoder och verktyg, varav det mest centrala är FOKUS-tavlan, ett visuellt verktyg för snabba avstämningar, mätning och uppföljning.

Med hjälp av FOKUS-modellen kan medarbetarna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset lättare uppfatta problem i det vardagliga arbetet, strukturerat organisera sig för att lösa problemen och säkerställa att de aldrig dyker upp igen.

FOKUS-modellen fungerar som ett komplement till organisationens verksamhetsplan och används tydligt till att just fånga upp problem i vägen för att nå sina mål. Med hjälp av FOKUS kan avdelningen bryta ner de uppfattade problemen och fokusera på att lösa de problem som ger stor förbättring. Detta arbetar ledning och medarbetare med tillsammans, eftersom syftet med FOKUS-modellen i grund och botten är att ge vårdpersonalen metoder och verktyg för att aktivt kunna förbättra sitt arbetssätt och tillslut värdet för patienterna.

4.1.1 Formulera problem

Formulera problem handlar om att upptäcka problemet, välja rätt problem att fokusera på och sen analysera sitt utgångsläge genom olika mätningar.

Det är genom användande av FOKUS-tavlan som problem fångas upp som har betydelse för verksamheten. På arbetsplatsträffar eller andra möten där tavlan är ett centralt verktyg lyfts problem som behöver åtgärdas. Vid tavlan höras förbättringsförslag och synpunkter som kommer från patienter och även förbättringsförslag och problem som tas upp av medarbetare.

Sedan är det dags att välja rätt problem att lägga sin tid och energi på. Sortering kan ske efter hur hög förväntad effekt det förväntas ge om problemet blir löst och hur stor arbetsbörda som krävs för att lösa det. De problem som inte läggs fokus på vid ett första tillfälle sparas, för att lösas vid ett senare tillfälle. Problemet bör vara avgränsat, relevant och mätbart samt möjligt att lösas på plats framför FOKUS-tavlan.

Som en del i att formulera problemet skall utgångsläget analyseras och visa resultatet tydligt på FOKUS-tavlan. Målet skall visuellt markeras och vidare skall hinder för att nå målet identifieras. Om problem identifieras bör ett tydligt mål specificeras, vilket skall vara SMART – Specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbestämt. Delmål bör även finnas klart uppsatta på vägen.

4.1.2 Organisera förbättring

En betydande del i förbättringsarbetet är att organisera sig för att lösa stora eller små problem. En taktik bör utarbetas för varje problem, baserat på dess storlek och påverkan. Små problem kan oftast lätt lösas direkt vid FOKUS-tavlan eller av en arbetsgrupp bestående av en till två personer som återkopplar vid nästa möte. Större problem kräver dock en större arbetsgrupp och en större insats.

Verksamhetens chef måste här vara delaktig i att tidsbegränsa uppgifter och se till så att varje uppgift får en ansvarig. En handlingsplan skall skrivas och sen följas upp vid tavlan. De uppgiftsansvariga skall tillsammans med verksamhetens chef förankra problemet, mätningar och åtgärder och se till att mandat för förändring finns.

4.1.3 Kontrollera orsaker

För att kunna lösa ett problem, är det bra att förstå vad som orsakar problemet från första början. Det är betydelsefullt att engagera medarbetarna i kartläggningen av orsakerna och till sin hjälp kan man ta verktyget fiskbendiagram (även kallat Ishikawadiagram), brainstorming eller 5-varför?.

4.1.4 Utforma och testa

Åtgärder skall tas fram tillsammans med lösningsförslag till problemet, även här kan verktyget brainstorming användas. Rösta fram de förslag till åtgärder som skall genomföras och informera chef och medarbetare att test av de nya åtgärderna skall ske. Vid behov, ta fram en handlingsplan som visar vad som skall göras och när, samt vem som skall genomföra det. En riskanalys bör göras innan de nya åtgärderna genomförs.

Efter åtgärderna har testats skall dess effekt mätas och ett resultat sammanställas. Vidare bör man även utvärdera de testade åtgärderna och jämföra mätningar från utgångsläget och nuläget. Om inte målet nås med hjälp av åtgärderna, då går man tillbaka till de tidigare framtagna lösningsförslagen och testar nya åtgärder. Om åtgärderna däremot leder till att målet uppfylls, är det dags att gå vidare till steget Stabilisera.

4.1.5 Stabilisera och säkerställ

I detta stadie skall lyckade åtgärder kommuniceras och säkerställas genom bra dokumentation och information. Alla berörda parter skall vara medvetna om vad de lyckade åtgärderna har bidragit med. Eftersom nya åtgärder kan leda till nya arbetssätt är det viktigt att följa upp de nya arbetssätten genom kontinuerliga mätningar över tid. Frekvensen på dessa mätningar kan tillslut glesas ut allt efter som arbetssätten blir mer etablerade.

5. Empiri

Följande avsnitt presenterar det material som samlats in via intervjuer och observationer på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Insamlad data har hämtats från verksamheterna Gynekologiavdelningen på SU, Hematologiavdelningen på Östra sjukhuset och Uppvakningsavdelningen på SU. För ytterligare information rörande verksamheterna, se bilaga 3.

5.1 Att påbörja förändring

5.1.1. Syftet bakom förändringsarbetet

Samtliga vårdenheter uppger att de tampades med problem som påverkade arbetsmiljön och avdelningens effektivitet innan arbetet med ständiga förbättringar inleddes. Denna uppfattning delas i samtliga fall av både vårdenhetschefer och medarbetare. Vidare anses det, i majoriteten av fallen, att FOKUS har bidragit med en sedan länge efterfrågad metodik för att minska de upplevda störningarna och att arbeta med förbättringar.

5.1.1.1 Gynekologiavdelningen

Vårdenhetschefen på Gynekologiavdelningen berättar att arbete med förbättringsarbete, genom FOKUS-modellen, påbörjades efter ett direktiv från ledningen. Innan modellen började tillämpas fanns det inget tydligt arbetssätt för att angripa problem som uppkom på avdelningen. Därav blev introduktionen av kontinuerligt förbättringsarbete, genom FOKUS-modellen, en introduktion av ett nytt arbetssätt. Vårdenhetschefen upplever dock att det, innan metodens införande, fanns en stor ambition att arbeta med förbättringsarbete. Störningar som påverkade avdelningen och dess effektivitet skapade ett uppdämt behov hos medarbetarna att förbättra och förändra verksamheten. Det främsta problemet, enligt vårdenhetschefen, var att det inte fanns en tydlig agenda och/eller metodik för hur problem skulle angripas och således förbättra verksamhetens rutiner. Detta skapade en misstro i personalstyrkan, som ansåg att de problem och förbättringsförslag som lyftes inte gavs någon uppmärksamhet hos ledningen eller endast glömdes bort i väntan på handläggning.

”Vi behövde fånga upp medarbetarnas potential.” – Vårdenhetschefen, GA⁷

⁷ Fortsättningsvis kommer Gynekologiavdelningen refereras som GA i citat

Det som uppfattades att FOKUS-modellen skulle bidra med var ett forum för att diskutera och driva förbättringsarbete. Denna åsikt stärks även hos den intervjuade medarbetaren, som upplever att förbättringsmetoden gav en "tydlig och självklar agenda" för att dagligen lösa problem och bidra till kontinuerlig förbättring. Medarbetaren menar även att de initialt uppfattade att FOKUS-modellen, och mer specifikt FOKUS-tavlan, visuellt åskådliggjorde avdelningens problem.

5.1.1.2 Hematologiavdelningen

Hematologiavdelningens vårdenhetschef menar att den huvudsakliga orsaken bakom införandet av kontinuerligt förbättringsarbete och FOKUS var påtryckningar från ledningen. Alla större avdelningar på SU skulle börja arbeta med metoder för att förbättra verksamheten. Vidare anser hon att initiativ till modellen togs för att engagera medarbetarna i det kontinuerliga förbättringsarbetet och samtidigt ge cheferna ett verktyg för att systematiskt arbeta med förbättring. Trots ett behov av förbättringsverktyg på avdelningen, betonas det att en avgörande faktor var ledningens ambition att införa modellen. Medarbetaren anser att en grundläggande orsak bakom införandet av modellen var de små problem och "irritationsmoment" som dagligen uppkom i verksamheten och påverkade arbetsmiljön. Dessa problem diskuterades ofta i korridoren mellan kollegor men kommunicerades och synliggjordes inte för samtliga i personalen. Således fortlöpte problemen utan att på ett metodiskt sätt lösas. Även här framhävs att FOKUS modellen gav personalen ett forum för att åskådliggöra och diskutera problem. Medarbetarna lyfter likaså fram att vårdenheten, genom modellens metodologi, fick ett redskap att identifiera rotorsaken till problem.

5.1.1.3 Uppvakningsavdelningen

På Uppvakningsavdelningen anser vårdenhetschefen att det, i mångt och mycket, var en kombination av personligt intresse och direktiv från ledningen som drev påbörjandet av ett systematiskt förbättringsarbete. Medarbetaren på Uppvakningsavdelningen beskriver hur avdelningen tidigare upplevde mycket små problem som ledde till missnöje bland personalen, den dåliga kommunikationen mellan medarbetarna gjorde att arbetsmoment ofta suboptimerades av varje enskild individ. Det vittnas om att de ofta uppstod små konflikter om arbetsrutiner och upplevda problem. Detta upplevdes som både tidskrävande och ineffektivt. Medarbetaren upplever att införandet av FOKUS-modellen syftade till att ge avdelningen en verktygslåda för att tillsammans belysa de problem som uppkom. Vidare påpekar medarbetaren att införandet av förbättringsverktyget skapade en öppnare dialog på arbetsplatsen och bidrog till att skapa ett forum för att lösa konflikter. Hon anser att det efter införandet var

lättare att förankra de förbättringsförslag som diskuteras och fastställts på FOKUS-mötena.

”Det blev lättare att hänvisa till vad som gemensamt bestämts på FOKUS-mötena om nya arbetssätt ifrågasattes av vissa i personalen.” – Medarbetaren, UA⁸

5.1.2 Införandet

Det praktiska tillvägagångssättet för att införa verktyg för kontinuerliga förbättringar skiljer sig mellan vårdenheter. Hur FOKUS-modellen har implementerats och vem som har tagit initiativet varierar mellan avdelningarna, där vissa uppger att samtliga medarbetare utbildades innan implementeringen och andra avdelningar tagit egen ansats för att införa förbättringsverktyget. Hur länge avdelningarna tillämpat FOKUS-modellen varierar, men för samtliga avdelningar har arbetet pågått över två år.

5.1.2.1 Gynekologiavdelningen

På Gynekologiavdelningen berättar medarbetaren att hon har erfarenhet tidigare införande av FOKUS-modellen, från anställning på annan avdelning på SU. Avdelningen har fortfarande inte lyckats förankra arbetsmetoden. En av de främsta orsakerna till detta anser hon vara hur ledningen på avdelningen hanterade implementationen. Hon återger att det inte uppgavs något tydligt syfte varför förbättringsverktyget skulle tillämpas.

”Att använda verktygen i FOKUS-modellen var för krångligt, det blev istället sjutton resor värre att försöka lösa problem.” – Medarbetaren, GA

Komplexiteten som upplevdes anser medarbetaren skapade ett motstånd till att börja arbeta med verktyget, vilket resulterade i att projektet med FOKUS avbröts. Respondenten framför även att det fanns strikta riktlinjer om att FOKUS-modellen skulle införas i sin helhet där alla delar skulle ingå. Det som medarbetaren upplevde annorlunda på Gynekologiavdelningen, jämfört med de tidigare erfarenheterna, var att modellen vid införandet bearbetades för att passa verksamheten. Vidare menar hon att detta bidrog till att få medarbetarna att känna sig bekväma med modellen och förankra metodologin. Det betonas att ”FOKUS-konceptet inte bara kan kopieras”.

Implementeringsprocessen beskrivs enligt vårdenhetschef, till en början som något problematisk. Ovanan att arbeta med förbättringsarbete på ett systematiskt sätt gjorde att det inledningsvis var svårt att få medarbetarna att

⁸ Fortsättningsvis kommer Uppvakningsavdelningen att refereras som UA i citat

involvera sig i diskussionerna vid FOKUS-tavlan. Till en början upplevde vårdenhetschef att förbättringsmötena lätt blev till en "slasktratt" där man riktade mycket personlig och negativ kritik mot varandra. För att detta skulle undvikas menar hon vidare att det i inledningen måste förtydligas att problem och förbättringar är gemensamma och skall således lösas tillsammans av hela gruppen. Det framhävs att avdelningen till en början provade olika typer av arbetssätt med FOKUS-modellen. Detta involverade allt ifrån FOKUS-tavlans placering, antal möten i veckan och dess längd, till att praktiskt arbeta med modellens olika verktyg. Vårdenhetschefen anser att det mest centrala i inledande fas är att vara ihärdig och experimentera med vad som passar verksamheten inom ramen för förbättringsverktyget. Genom att få en kontinuitet i FOKUS-mötena så anser respondenten att verktyget gick från att vara ett främmande objekt till att bli ett naturligt inslag i det dagliga arbetet. Vidare betonas allas delaktighet, det vill säga att alla yrkeskategorier skall närvara under mötena, och att detta prioriteras av alla. Vårdenhetschefen återger att hon i början handgripligen samlade in alla yrkeskategorier innan mötena.

"Vi har testat väldigt mycket men aldrig gett upp, FOKUS-mötena har varit högprioriterat... det viktigaste är envishet." – Vårdenhetschefen, GA

Vårdenhetschefen menar att chefens roll till en början är att leda förändringen. Att genuint involvera sig i förändringsarbetet anser hon är ett sätt att sprida inspiration och engagemang till medarbetare.

Rent praktiskt påbörjades arbetet med FOKUS med en heldags utbildning. Detta gavs först endast till chefer men, vårdenhetschefen påpekar att hon efter påtryckningar fick alla medarbetare att delta i utbildningen. Detta förklaras med att respondenten anser att det i slutändan är medarbetarna som leder förändring.

"FOKUS är medarbetarnas verktyg." – Vårdenhetschefen, GA

5.1.2.2 Hematologiavdelningen

Vikten av att prova sig fram med FOKUS modellen stöds även av vårdenhetschefen på Hematologiavdelningen. Modellen ansågs till en början relativt fyrkantig, därför ansågs det viktigt att i första stadiet försöka utforma modellen till att passa verksamheten.

"Jag tänkte att vi gör på vårt sätt. Jag tror att det var en av orsakerna att det blev så framgångsrikt." – Vårdenhetschefen HA⁹

⁹ Fortsättningsvis kommer Hematologiavdelningen att refereras som HA i citat

Genom utbildning av alla medarbetare försökte man tidigt i processen skapa engagemang. Utbildningen utgjordes av en heldags utbildning, där deltagarna fick en genomgång av förbättringsverktyget och dess metod. Det genomfördes även en gruppövning, där man med hjälp av modellens verktyg försökte lösa problem som hade förankring i den dagliga verksamheten. Vårdenhetschefen menar att detta tillvägagångssätt hjälpte personalen att förstå modellens nytta. Tillämpningen av FOKUS påbörjades dagen efter. Det uttrycks av både vårdenhetschefen och medarbetaren att det var betydande att man började arbeta med verktyget utan fördröjning.

"Går det några veckor mellan utbildning och införande, har folk tappat styrfarten."

– Vårdenhetschefen, HA

Vårdenhetschefen anser att det är medarbetarna som driver förändringen och att hon som chef inte är ledande i arbetet. Samtidigt framförs det av medarbetaren att chefens medverkan betyder mycket för personalens engagemang. Vidare menar medarbetaren att enhetschefen har både en praktisk och symbolisk betydelse för att man inledningsvis skall göra framsteg. Chefens närvaro tror hon själv uttrycker att ledningen värdesätter deras förbättringsarbete.

En uppfattad svårighet vid införandet var att personalen till en början var mycket lösningsorienterade och tenderade att glömma bort att kartlägga problemens bakgrund. Då modellen syftar till att identifiera rotorsaken anser hon att en chefs roll är att säkerställa att detta inte glöms bort. Respondenten menar att genom att tillsammans belysa problem kan flera olika perspektiv beaktas och det hjälper personalen förstå den egentliga orsaken.

Vidare poängterar vårdenhetschefen att yrkeskategorier, så som läkare, fann det problematiskt att delta på mötena i början. Det fanns en uppfattning att problemen och framförallt förbättringsarbetet inte rörde yrkesgruppen. Dock uppkom de för många problem som inte gick att lösas utan läkarnas närvaro, vilket gjorde att samtliga yrkesgruppers närvaro fortsättningsvis blev obligatorisk.

Vid införandet på Hematologiavdelningen har man haft stöd från kvalitetsavdelningen. Detta uppges av båda respondenter som värdefullt, för att erhålla vägledning och återkoppling av pågående arbete.

5.1.2.3 Uppvakningsavdelningen

Vårdenhetschefen berättar att införandet av FOKUS-modellen på Uppvakningsavdelningen inte föregicks av några utbildningar. Avdelningen fick

erbjudande att påbörja arbetet endast med stöd av anställd på kvalitetsavdelningen. Genom så kallad brainstorming började avdelningen probleminventera. Inledningsvis identifierade man irritationsmoment, eller problemområden, vilka formulerades på FOKUS-tavlan. Vårdenhetschefen uppger att intentionen var att börja småskaligt.

"Vi började med att göra det väldigt enkelt. Starta med små irritationsmoment som var lätta att åtgärda. Så man fick en positiv effekt, quick wins." –
Vårdenhetschefen, UA

Enligt vårdenhetschefen bestämdes det tidigt att det som stadgades på FOKUS-mötena, exempelvis förändring i arbetsrutiner, var gällande för alla i personalen. Vidare så menar hon att alla hade möjlighet att lyfta problem, men det var på mötet problemlösningen diskuterades och genomfördes.

Medarbetaren vittnar om att införandet kom plötsligt utan någon specifik förvarning. Dock anser hon att personalen välkomnade förändringen, mycket på grund av att det var ett nytt arbetsredskap att tillämpa på avdelningen. En faktor som anses bidragande för införandets framgång var chefens engagemang. Det ingav trygghet för personalen att ha en person att stödja sig på i den inledande fasen av förändringsarbetet.

"Att chefen trodde på modellen fick oss att också tro." – Medarbetaren, UA

Vårdenhetschefen betonar att det är viktigt att implementeringsprocessen får uppleva flera faser, där modellens utformning förändras. Vidare framhålls allas deltagande som viktigt, men anses även problematiskt. Vissa yrkeskategoriers närvaro var problematiskt vid implementationen. Detta problem sägs, till stor del, fortfarande vara aktuellt.

Slutligen lyfter vårdenhetschefen på Uppvakningsavdelningen att avdelningen arbetade mycket med att dokumentera förbättringsarbetet i början. Där man tydligt registrerade hela lösningsprocessen från problemidentifiering till lösning.

	Syfte med förbättringsarbete	Viktiga faktorer vid införande
Gynekologavd.	<ul style="list-style-type: none"> • Direktiv från ledningen • Stor ambition att arbeta med förbättringsarbete • Fånga upp medarbetarnas potential • Visuellt åskådliggöra avdelningens problem 	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i modellen för alla medarbetare • Modellen bearbetades för att passa verksamheten • Lösa problem och förbättringar tillsammans • Vara ihärdig och experimentera • Alla yrkeskategorier deltar vid mötet

Hematologavd.	<ul style="list-style-type: none"> • Direktiv från ledningen • Engagera medarbetarna i det kontinuerliga förbättringsarbetet • Verktyg för att arbeta med förbättringar 	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildning i modellen för alla medarbetare • Prova sig fram och utforma modellen så den passar verksamheten • Sätt igång arbetet med FOKUS direkt efter utbildning • Chefens närvaro viktig för att stötta medarbetarna • Stöd av kvalitetsavdelningen vid införandet
Uppvakningsavd.	<ul style="list-style-type: none"> • Direktiv från ledningen och vårdenhetschefens intresse • Behov av en verktygslåda för att belysa problem • Ge ett forum för öppnare diskussion 	<ul style="list-style-type: none"> • Startade utan utbildning, endast med stöd från kvalitetsavdelningen • Började småskaligt med att lösa enkla problem • Delaktiga på FOKUS-mötet har beslutande rätt • Exceptionellt engagerad och drivande chef

Tabell 2: Sammanfattning införande av FOKUS, Källa: Egen framtagen modell

5.2 Hur förbättringsarbete tar sin form i verksamheten idag

Samtliga verksamheter kallar till FOKUS-möten varje vecka. Frekvensen på dessa är baserat på förutsättningarna avdelningen har till att avsätta tid för ett möte. Gynekologiavdelningen har lyckats göra det till en daglig rutin medan de andra har de på veckobasis. Samtliga avdelningar inser vikten av att involvera sina medarbetare och jobbar med att göra arbetsplatsen till ett mer öppet klimat där konstruktiv kritik är utvecklande. Personalen lyfter uppfattade problem genom att fästa en signerad post-it lapp på FOKUS-tavlan, vilken sedan bearbetas vid nästa mötestillfälle.

5.2.1 Gynekologiavdelningen

5.2.1.1 Förbättringsarbetets funktion

Gynekologiavdelningen jobbar idag, enligt deras personal, ständigt med förändringsarbete. Detta visualiseras genom att hela tiden ta små, små steg mot det övergripande målet: minimera slöseri. På avdelningen involveras medarbetarna i det dagliga förbättringsarbetet, och det är genom deras tankar och idéer som små störningsmoment kan fångas upp. Vårdenhetschefen på Gynekologiavdelningen trycker på att det är viktigt att medarbetarna inte skall behöva slösa viktig tid på att leta efter material eller dubbeldokumentera. Exempelvis så uppges att det tidigare tillägnades mycket tid till att springa runt på avdelningen och försöka lokalisera instrument och material. Målet är att allt arbete omkring skall flyta på och patienten skall kunna sättas i fokus. För att få arbetet strukturerat krävs det dock att tid tas för att genomföra FOKUS-möten.

Gynekologiavdelningen har, olikt övriga undersökta avdelningar, FOKUS-möten varje dag. Den intervjuade medarbetaren anser att dessa möten skapar en tydlig och självklar agenda för varje arbetsdag och ger en överblick över verksamheten. Hon poängterar dock att det krävs vissa förutsättningar i verksamheten för att de anställda skall kunna sätta av en tid varje dag för att hålla dessa möten.

"Det lyckade arbete man gör tillsammans för att ta bort små "irritationsmoment" gör att det blir kul att arbeta med ständiga förbättringar." – Medarbetaren, GA

Både vårdenhetschef och medarbetare är överens om att de dagliga mötena är en kritisk faktor för ett lyckat förbättringsarbete. FOKUS-möten anses vara en självklar "check-up" för dagen och ger en kontinuitet i arbetet.

5.2.1.2 FOKUS rent praktiskt

Vårdenhetschefen på Gynekologmottagningen jämför FOKUS-mötena med en mini-APT (arbetsplatsträff). Gynekologiavdelningen har FOKUS-möten varje dag och de är schemalagda till 10 minuter. Det finns ett rullande schema som anger vem i personalen som skall hålla i mötet för dagen, det är alltså inte endast vårdenhetschefens uppgift. Vårdenhetschefen fortsätter med att påpeka hur chefens deltagande i FOKUS-arbetet har gått ifrån att vara praktiskt betonat till att idag ha en mer symbolisk betydelse, där det viktiga är att delta i gruppen och lyssna på medarbetarna. Enligt medarbetaren ger mötena en social samhörighet och samtidigt, som det fyller funktionen att medvetandegöra hela avdelningen om aktuella problem, skapar de ett forum för effektiv konfliktlösning. Medarbetarna kan visualisera problem som tas upp och det öppna klimatet som genomsyrar FOKUS-möten ger rum för bra diskussioner. Problem som har diskuterats tidigare återkopplas och tas upp, ibland flera gånger. Ifall problemet är av den art som inte kan lösas på 10 minuter, förs det vidare till ett APT. Den intervjuade medarbetaren påpekar dock att de flesta problem som tas upp skall kunna lösas direkt på plats genom till exempel verktyget Brainstorm. Vårdenhetschefen beskriver arbetsprocessen med FOKUS-modellen genom att lokalisera ett problem, ta fram en lösning, testa lösningen, utvärdera resultatet och, ifall det är lyckat, fastställa resultatet.

"Bara medarbetarna kan komma på hur vi skall arbeta så smart som möjligt." –
Vårdenhetschefen, GA

De flesta problem som lyfts upp görs genom att medarbetarna skriver ner sin tanke på en post-it lapp, signerar den och sätter upp den på FOKUS-tavlan. Man signerar lapparna just för att man senare skall kunna återkoppla till ägaren av ämnet. Det kan till exempel finnas oklarheter vad problemet egentligen rör eller i det fallet där ägaren av ämnet inte deltar på mötet, kan man alltid kolla av ifall

problemet behandlades korrekt. Alla problem är för FOKUS-tavlan lika viktiga och hanteras därefter. Enligt vårdenhetschefen är det viktigt att man bearbetar alla problem som tas upp, då alla har sin roll i att förbättra verksamheten. Finns det olösta problem kvar på tavlan efter mötet, gör man en notis om att ta upp dessa vid ett annat tillfälle. Medarbetaren nämner här att det finns vissa verktyg kopplade till FOKUS-modellen som avdelningen speciellt använder sig av för att lösa problem. Som tidigare nämnt är Brainstorm ett av dessa. Här nämns också Fiskbendiagram, även kallat Ishikawadiagram, dock inte som ett fullständigt koncept, utan det har överförts till avdelningen genom att man har strukturerat upp FOKUS-tavlan i fem olika delar. Dessa är exempelvis problem, närvaro och "bra saker". 5S är ett annat välanvänt verktyg på Gynekologiavdelningen. Vårdenhetschefen anser att 5S upplevs som den mest tillämpbara metoden i den dagliga verksamheten och även den mest naturliga i arbetet att eliminera slöseri. Genom 5S liknande metoder kan medarbetarna arbeta med att standardisera avdelningen, så alla hittar det de söker och kan arbeta utan problem i alla miljöer. Vårdenhetschefen påpekar att standardiseringen bidrar till patientsäkerhet, likväl som att minska extraarbete för de anställda. Till en början lades det stor vikt på att dokumentera förändringar och förbättringar, vilket inte anses lika viktigt längre. I dagsläget är det av största vikt att man arbetar framåt.

5.2.1.3 Viktiga delar i FOKUS-modellen

Vårdenhetschefen på Gynekologiavdelningen anger en framgångsfaktor i att avdelningen har kunnat förankra ett arbetssätt där medarbetarna vågar testa nya metoder i sitt dagliga arbete. Vidare anser hon att FOKUS-modellens främsta del är att testa lösningar och utvärdera dessa för att se ifall de har varit lyckade. Den intervjuade medarbetaren påpekar att FOKUS även är djupt förankrat i tankesättet hos de anställda. Medarbetarna är uppmärksamma och aktivt letar efter störningar i det dagliga arbetet att lyfta till FOKUS-tavlan.

"Man är som hårddiskar som noterar allt." – Medarbetaren, GA

5.2.2 Hematologiavdelningen

Medarbetaren på Hematologiavdelningen anser att det idag finns en stark vilja att arbeta med förbättringar. De flesta anställda har många års erfarenhet inom yrket och det är därmed en erfaren och trygg grupp.

Hematologiavdelningen har patienter med högt omvårdnadsbehov, vilket kräver mycket tid och resurser och lämnar lite utrymme för förbättringsarbete. På grund av tidsbristen i verksamheten, måste allt förbättringsarbete som sker göras så mitt i pågående verksamhet.

”Kravet på vården har ökat successivt, men verksamheten har ändå inte fått mer resurser.” – Vårdenhetschefen, HA

Vårdenhetschefen nämner att medarbetarna måste hitta vägar i den dagliga verksamheten där alla skall tänka på egen kontroll och systematiskt arbete gällande förbättringar. Personalen kan inte avsätta tid till detta, därför finns strukturen med tillfälliga arbetsgrupper som tar sig an ett problem och sedan presenterar lösningen genom FOKUS-möten. Dessa grupper sätts ihop vid de tillfällen då det uppfattade problemet är för stort för att hanteras på ett vanligt möte.

Vårdenhetschefen menar att FOKUS finns där för att kunna sätta strålkastarna på aktuella problem som pågår och som faktiskt innebär att avdelningen inte kan ge folk en trygg och säker vård. Den intervjuade medarbetaren anser att FOKUS är ett forum där personalen kan lyfta och diskutera de störningar som upplevs i verksamheten.

5.2.2.2 FOKUS rent praktiskt

Sedan implementationen upplever respondenterna ett ökat engagemang gällande förbättringsarbete och en vilja att arbeta för att förbättra för medarbetare och patienter. Enligt vårdenhetschefen blev även FOKUS-tavlan ett verktyg för ökad delaktighet i gruppen. Hematologiavdelningen har FOKUS-möten en gång i veckan, varje onsdag, och de pågår i 15 minuter. Det är vanligtvis vårdenhetschefen som håller i FOKUS-möten på avdelningen och är inte hon där, tar någon annan över. I dagsläget är dock alla yrkeskategorier representerade.

”FOKUS-tavlan är en tavla dit folk kan gå och se vad det är som sker och vad det är som har tagits upp”, uttrycker sig vårdenhetschefen. Medarbetarna lyfter ett problem rent praktiskt genom att skriva det på en post-it lapp, signera lappen och sätta upp den på FOKUS-tavlan. Varje onsdagsmöte väljs sen ett problem ut och man försöker systematiskt bearbeta allt som tas upp. Inga problem skall glömmas bort och alla problem följs även upp tills de är lösta. Vårdenhetschefen låter lösningar på problemen hänga uppe under en period. Detta menar hon hjälper avdelningen att återkoppla för att se om lösningen har förankrats.

5.2.2.3 Viktiga delar i FOKUS-modellen

Enligt vårdenhetschefen är det problemorienteringen, att finna rotorsaken till ett problem, som är det viktigaste elementet i FOKUS-modellen. Medarbetaren påpekar att avdelningen inte använder modellen i dess helhet utan de har modifierat modellen för att passa deras egen verksamhet och förenkla för

personalen. Med hjälp av FOKUS-tavlan lyfts det nu upp störningsmoment tidigare i skedet än innan. Tavlan har en aura av öppenhet och allt som lyfts upp görs det som konstruktiv kritik istället för gnäll. "Sätt upp det på FOKUS-tavlan så tar vi det då", används ofta enligt medarbetaren då konflikter dyker upp i korridoren. Enligt medarbetaren har detta bidragit till en mycket bättre arbetsmiljö.

5.2.3 Uppvakningsavdelningen

5.2.3.1 Förbättringsarbetets funktion

Vårdenhetschefen anser att FOKUS-modellen handlar om att de idag har hittat ett eget sätt att arbeta med verktyget. Den intervjuade medarbetaren anser att FOKUS är en "ventil", ett sätt att kunna beröra sina upplevda störningar i verksamheten. På mötet kan allt tas upp, det finns inga rätt eller fel.

"FOKUS-modellen är nu ett efterfrågat arbetssätt, en naturlig del i vår organisation. Skulle jag glömma bort det, så kommer garanterat någon annan och säger: skall vi inte ha FOKUS-möte idag?" – Vårdenhetschefen, UA

5.2.3.2 FOKUS rent praktiskt

Vårdenhetschefen förklarar hur FOKUS-modellen används genom att de anslår ett problem, försöker hitta ett mål med vad som skall förbättras. Hittar åtgärder till att det blir en förändring och sen utvärderar lösningen. Avdelningen använder sig till viss del av FOKUS-verktygen 5-varför?¹⁰ och även brainstorm. Rent praktiskt hittar personalen ett irritationsmoment som de anslår på tavlan med hjälp av post-it lappar och signerar. Onsdagen efter, på mötesdagen, tas problemet upp och den ansvariga kan själv förklara hur hen tänkte. Är den ansvariga inte med på mötet kommer problemet att lyftas ändå och de närvarande tar ett beslut. De beslut som tas av de närvarande på mötet är det som gäller. All personal är införstådda med detta och vill man ha sin åsikt hörd, är det ens eget ansvar att lägga sitt schema så att man kan delta på mötet. Större problem som mötet inte kan lösa på plats kan komma att föras vidare till en arbetsgrupp eller tas upp på APT. Alla yrkeskategorier är inte representerade på mötet. Läkare är till exempel inte delaktiga, vilket beror på praktiska skäl, enligt vårdenhetschefen.

"Problemet är att de läkare som är här aldrig är samma person. De kan vara här en vecka, sen tar det ett halvår tills de är här igen. Deras schema är uppbyggt så."
– Vårdenhetschefen, UA

¹⁰ Metod för att finna rotorsaken till ett problem genom att systematiskt ifrågasätta orsaken till problemet

5.2.3.3 Viktiga delar i FOKUS-modellen

Både den intervjuade vårdenhetschefen och medarbetaren tycker att bland det viktigaste med FOKUS-modellen är att den har bidragit till att ge arbetsplatsen ett mer öppet klimat. Vidare betonar medarbetaren att modellen verkligen löser problem. Många av de tidigare upplevda problemen har helt eliminerats. Vårdenhetschefen uttrycker att den största framgången är att problem kommer upp till ytan och diskuteras av personalen.

”Kommer det inte upp några problem, då får vi fundera. För det finns nämligen alltid problem.” – Vårdenhetschefen, UA

	Förbättringsarbetsfunktion	FOKUS rent praktiskt	Viktiga delar i FOKUS
Gynekologavd.	<ul style="list-style-type: none"> • Minimera slöseri • Fånga upp medarbetarnas tankar och idéer • Sätta patienten i fokus • Självklar agenda för varje dag och överblick över verksamheten 	<ul style="list-style-type: none"> • Möten varje dag, 10 min • Rullande schema vem som håller i mötet • För stora problem tas vidare till APT • Signerade post-it lappar • Alla problem hanteras • 5S, Ishikawadiagram och brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbetarna vågar testa nya metoder i sitt dagliga arbete • Utvärdera lösningar • Få medarbetarna att aktivt leta efter störningar
Hematologavd.	<ul style="list-style-type: none"> • Förbättringar i det pågående arbetet • Egen kontroll hos medarbetarna • Kunna belysa aktuella problem • Forum för diskussion 	<ul style="list-style-type: none"> • Möten en gång i veckan, 15 min • Vårdenhetschefen håller vanligtvis i mötet • Signerade post-it lappar • Följer upp alla problem 	<ul style="list-style-type: none"> • Finna roten till ett problem • Öppet klimat för konstruktiv kritik
Uppvakningsavd.	<ul style="list-style-type: none"> • Eget sätt att arbeta med förbättringar • Ventil för upplevda störningar 	<ul style="list-style-type: none"> • Möten en gång i veckan, 15 min • Vårdenhetschefen håller i mötet • Signerade post-it lappar • Beslut som tas på mötet gäller • För stora problem tas vidare till APT • 5-varför?, brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> • Ger arbetsplatsen ett mer öppet klimat • Problem kommer upp till ytan • Verkligen löser problem

Tabell 3: Sammanfattning av FOKUS i verksamheten, Källa: Egen framtagen modell

5.3 Utmaningar i framtiden

Samtliga avdelningar anser att brist på tid och knappa resurser är ett tryckande problem och kommer även att fortsätta vara det i framtiden. Avdelningarna är

ense om att FOKUS-modellen är ett bra verktyg för att möta dessa hinder, dock skiljer verksamheterna sig åt i hur de använder sig av konceptet.

På Gynekologiavdelningen anser vårdenhetschefen att tid för eftertanke och planering är viktigt för att kunna utveckla det kontinuerliga förbättringsarbetet. För att i framtiden kunna hantera fler patienter, snåla budgetar och lokalbrist menar respondenten att FOKUS-modellen kommer spela en stor roll. Genom dess utformning lyfts vardagsproblem och små störningar för att på så sätt kunna överkommas och via dessa når avdelningen de övergripande målen. Vidare påpekar vårdenhetschefen vikten av fortsatt utbildning, där tid har lagts undan för att alla medarbetare skall få möjligheten att gå en FOKUS-utbildning. Den intervjuade medarbetaren på Gynekologiavdelningen poängterar att utbildningen borde kompletteras med exempel från andra verksamheter. Hon anser det viktigt att information och exempel förmedlas av medarbetare på andra avdelningar och inte representanter från kvalitetssäkringsavdelningen. "Inga kostymklädda nissar", som hon uttrycker sig.

Enligt vårdenhetschefen på Hematologen finns det inga utsatta tider att jobba med förbättringar, personalen bör därför ha ett arbetssätt där kontinuerliga förbättringar kan vävas in i det dagliga arbetet. Den intervjuade medarbetaren på Hematologiavdelningen säger även hon att kontinuerliga förbättringar kan vara en nyckelfaktor för att hantera de förändrade förutsättningarna. Att ha en kontinuitet i förbättringsarbetet anses viktigt, den korta tid som avsätts för FOKUS-möten i veckan kan göra mycket för verksamheten, påpekar medarbetaren.

"Organisationen är ganska så pressad, det samma gäller individerna." –
Vårdenhetschefen, UA

Vårdenhetschefen på Uppvakningsavdelningen anser att små problem lätt hittar en lösning med hjälp av FOKUS modellen, men så fort problemet är av större art finns det ingen tid till att framarbete en lösning. Den intervjuade medarbetaren på Uppvakningsavdelningen anser, då Sahlgrenska Universitetssjukhuset är en så stor organisation, att det kan vara svårt att genomföra förbättringar som endast berör den egna avdelningen. Detta blir speciellt signifikant då patienter behandlas på flera ställen i kedjan. "Ett exempel är ifall en avdelning inte kan ta emot patienter som vi har behandlat, för de inte har några tillgängliga resurser", påpekar medarbetaren. I framtiden bör mer fokus läggas på att se helheten och samordna hela kedjan, fortsätter medarbetaren.

"Vi måste se till vad som är bra för patienten, det gör man inte i nuläget." –
Medarbetare, HA

6. Analys

Följande kapitel ger en analys av empirisk data mot den teoretiska referensramen där likheter och skillnader diskuteras. Analysen är uppdelad i två större delar, vilka är förändringsprocessen samt förbättringsarbete i verksamheten idag.

6.1 Förändringsprocessen

6.1.1 Behov av förbättringsarbete

Genom intervjuer med medarbetare och vårdenhetschefer på utvalda verksamheter framkommer det att samtliga avdelningar har tampats med problem som påverkat arbetsmiljön och dess effektivitet. Det har funnits ett genomgående behov av förbättringsarbete och till det ett verktyg för ändamålet. Enligt Jackson (1996) är en av förutsättningarna för ett lyckat införande av lean-metoder att ledningen i organisationen önskar att förändring skall ske, att de tar ett beslut om förändring och framförallt att de leder den. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset kom det direktiv att starta upp arbetet med FOKUS från ledningen, vilka också driver på arbetet samt stöttar verksamheterna med hjälp av kvalitetsavdelningen. Samtidigt får förbättringsarbetet starkt stöd av verksamhetens ledning, i form av vårdenhetscheferna, vilka driver förändringen på en operativ nivå.

Medarbetarnas betydelse i en förändringsprocess är dock inte att förbise. Kotter nämner i sin artikel *Leading Change* (2007) att ifall medarbetarna är medvetna om att det är en ej fungerande organisation, eller helt enkelt att problem existerar, blir de även mer mottagliga för förändring. Kotter (2007) lyfter det som en nödvändighet att de anställda skall inse behovet av förändring, vilket kan kopplas till de undersökta fallen på SU där majoriteten anser att FOKUS bidrar med en sedan länge efterfrågad metodik för att arbeta med förbättringar. Medarbetarna har alltså efterfrågat ett strukturerat sätt att arbeta med förbättringar och är därmed mottagliga för förändring inom området.

6.1.2 Att börja med förbättringsarbete

Det finns skillnader att finna i hur införandet av FOKUS-modellen har gått till mellan de undersökta avdelningarna. På Gynekologiavdelningen värdesattes utbildning av avdelningscheferna i allt som rör FOKUS, samt efter deras utbildning skickade vårdenhetschefen sina medarbetare på vidareutbildning i modellen. Detta rättfärdigade chefen med åsikten att det i slutändan är medarbetarna som leder förändringen. I teorin stöttar Ballé och Régnier (2007)

detta påstående och säger att organisationer ofta har en benägenhet att fokusera så mycket på att förbättra processer att de glömmer bort att det egentligen är de som utför processerna som behöver bli bättre. Uppvakningsavdelningen däremot startade upp sitt arbete med FOKUS utan någon utbildning. Vårdenhetschefen på Uppvakningsavdelningen påstår att deras verksamhet blev ett experiment för att se huruvida det går att införa FOKUS-modellen utan långa utbildningar med endast stöd från en representant från kvalitetsavdelningen. Vårdenhetschefen var initialt en drivande faktor i införandet och hade själv stor tilltro till modellen. Enligt Kotter (2007) är steg två, av de åtta steg en organisation bör gå igenom för att förändra sin organisation, att det skall finnas en inflytelserik och drivande koalition. På samtliga avdelningar har vårdenhetschefen initialt haft en drivande roll, vilket bidragit till att öka acceptansen för förändringsarbetet bland medarbetare. I samma fas är det viktigt att en förståelse för konceptet finns och att verktyget utarbetas av alla delaktiga, fortsätter Kotter (2007). I de undersökta avdelningarna har FOKUS tagit olika form, men den gemensamma nämnaren är att personalen på varje avdelning har varit med i utformandet av just sin verksamhets version av FOKUS. Av medarbetaren på Gynekologiavdelningen betonas det faktum att FOKUS-konceptet inte bara kan kopieras, utan måste anpassas efter rådande förutsättningar.

6.1.3 Kvalitetssäkra förändringarna

I teorin beskriver Womack och Jones (1996) vilka ledstjärnor man skall följa när man transformerar en organisation till att använda sig av lean-koncept. En viktig del som beskrivs är människans roll i förändringsarbetet. Vidare menar författarna att varje betydande process måste ha någon ansvarig som ser till att processerna utvärderas enligt lean standard. Det är så pass många processer som fortlöper samtidigt att enhetschefen och översköterskor inte kan utvärdera allt arbete. Som nämns i den högra pelaren av House of Lean, Jidoka, är allas ansvar väldigt viktigt för att kvalitetssäkra produkten och skapa ett gemensamt flöde (Slack, Chamber och Johnson, 2010). För att hantera och utvärdera arbetet mer grundligt, jobbar samtliga avdelningar med tillfälliga arbetsgrupper ihopsatta för ett speciellt syfte, till exempel att gå till roten på ett mer avancerat problem. Utöver detta krävs det att personalen själva kontinuerligt kvalitetssäkrar sitt eget arbete. Genom att involvera medarbetarna på avdelningen och be dem aktivt söka efter problem har alla undersökta avdelningar lyckats förbättra sitt arbete. Enligt Kotters (2007) femte steg skall man uppmuntra egna initiativ och icke traditionella idéer som efterföljer den nya visionen, just för att påvisa allas delaktighet. På Gynekologiavdelningen har detta gjorts på olika sätt sedan implementeringen. Ett lyckat exempel av detta är det faktum att vårdenhetschefen har fått alla medarbetarna att aktivt delta i FOKUS-möten och även har ett rullande schema på vem som håller i mötet för dagen.

Samtliga vårdenhetschefer på undersökta avdelningar anser att det är väldigt viktigt att vid införandet vara ihärdig och experimentera för att hitta vad som passar verksamheten inom ramen för förbättringsverktyget.

6.1.4 Förankra förändringarna

För att fortsatt lyckas med att hålla medarbetarna engagerade och stöttande av det nya arbetssättet gäller det att driva igenom kortsiktiga vinster (Kotter, 2007). På Uppvakningsavdelningen bestämde vårdenhetschefen initialt att de skulle bearbeta de störningsmoment som lättast kunde lösas. Intentionen var att börja småskaligt och på så sätt ge en positiv effekt av de nya rutinerna. Vidare hävdar Kotter (2007) att man skall befästa alla förbättringar som görs och arbeta mot ännu mer förändring. Gynekologiavdelningen och Hematologiavdelningen gör så genom att parallellt utbilda alla medarbetare i FOKUS-modellen, så de självständigt kan driva utvecklingen framåt utan överseende från enhetschefen.

Som åttonde och sista steg, förklarar Kotter (2007) att organisationen måste institutionalisera de nya metoderna. Det är här viktigt att få den nya visionen att reflektera organisationens delade värderingar och inte bara vara kopplade till en speciellt drivande ledare. På Uppvakningsavdelningen är det vårdenhetschefen som ger drivkraft åt förändringsarbetet. En medarbetare på avdelningen uttrycker sig "Att chefen trodde på modellen fick oss att också tro". Det gäller i detta fall att tänka på successionsordningen och se över vem som kan ta över vårdenhetschefens drivande fackla. Samtidigt är det dock mer hållbart på sikt att arbeta för att få ner visionen bland medarbetarna och få hela organisationen att dela samma värderingar (Kotter, 2007)

6.2 FOKUS i verksamheten

6.2.1 Eliminering av slöseri

Samtliga vårdenheter menar att FOKUS-modellen idag har utvecklats till ett verktyg för att identifiera störningar och små problem. Genom att kontinuerligt tillämpa verktyget kan avdelningarna arbeta med att eliminera det slöseri som störningarna resulterar i. Gynekologiavdelningen betonar ytterligare att eliminering av störningar är ett övergripande mål för att förhindra att personalen utför onödiga aktiviteter. Samtliga verksamheter anser att FOKUS är ett effektivt verktyg för att arbeta med förbättringar och har avsedd effekt på avdelningen. Arbetet med att identifiera störningar, som ett sätt att arbeta med kontinuerliga förbättringar, finner stöd i teorin genom lean-production. Liker (2009) menar att ett av lean-konceptets huvudsakliga syften är att identifiera störningar och slöseri och på så sätt bland annat förbättra den upplevda kvaliteten. Vidare menar författaren att detta ger en vägledning till medarbetarna över hur dessa skall agera för att förbättra företagets aktiviteter.

Det har i samtliga fall framgått att FOKUS-modellen har bidragit med ett verktyg för att öka förståelsen hur man skall arbeta med förbättringsarbete och således öka patienttillfredsställelsen. Att medarbetarna förstår syftet varför man skall arbeta med förändring är av väsentlig innebörd och framhålls som en nyckelfaktor för att lean-konceptet skall kunna utveckla verksamheten (Womack och Jones, 1996). Rörelse är enligt lean en form av slöseri och bör därför elimineras (Bicheno, 2006). Vårdenhetschefen på Gynekologiavdelningen anser exempelvis att mycket av de störningar som uppkommer beror att personalen springer och letar efter instrument, FOKUS bidrar till att belysa och lösa dessa problem.

Vårdenhetscheferna på Hematologiavdelningen och Gynekologiavdelningen uttrycker att det är genom medarbetarna som det dagliga förbättringsarbetet möjliggörs. Genom att tillämpa FOKUS-modellen frigörs personalens kompetens och potential. Detta är enligt Manos, Sattler och Alukal (2006) en metod för att eliminera slöseri. Författarna menar att genom att utnyttja de kunskaper och erfarenheter som individen och teamet besitter kan man förbättra arbetsrutinerna för de som utför dem, men även mer optimalt förbättra verksamheten. Intresset av att använda FOKUS-modellen på avdelningarna, där man genom FOKUS-mötena lyfter medarbetarnas problem och förbättringsförslag, indikerar på att det finns en tydlig ambition att i enlighet med lean-konceptet eliminera denna typ av slöseri.

6.2.2 Visualisering av verksamheten

Det som utgör grunden för förändringsarbetet i samtliga vårdenheter är de möten som genomförs vid FOKUS-tavlans. FOKUS-tavlans utformning varierar mellan varje avdelning och har inget standardiserat format. Det som dock uttrycks återkommande i varje vårdenhet är att, oavsett utformning, så anses tavlan ha en väsentlig betydelse för det anställda. Den tjänar syftet av att åskådliggöra vad som händer på avdelningen, vilka problem som är aktuella och även vilka problem och störningar som har åtgärdats. Det som specifikt uttrycks av medarbetarna är att de genom verktygets närvaro på avdelningen dels känner att upplevda problem noteras av chefer och medarbetare, men även att de, genom FOKUS-mötena, har egen makt att påverka de störningar som upplevs. Womack och Jones (1996) menar att visualisering av verksamheten och dess aktiviteter bidrar till att skapa en större förståelse bland de anställda hur man kan förbättra sitt arbete. Detta härleds även till det faktum att utan visualisering kan man inte identifiera var störningar uppkommer och således inte eliminera slöseri (Womack och Jones, 1996; Bicheno, 2006). Berman och Klefsjö (2003) hävdar att kartläggning av problem skapar ett processsätt som bidrar till effektivisering. Även tidigare forskning (Granelli och Murray, 2008) visar att visualisering, främst via tabeller och tavlor, är en av de bidragande faktorerna

för medarbetare att förstå hur förbättringsarbete skall påbörjas. Vidare skapade det en förståelse för avvikelser mellan kapacitet och resursutnyttjande (Graneli och Murray, 2008). Detta stöds av den intervjuade medarbetarna på Gynkologiavdelningen, som menar att FOKUS-tavlan inte bara bidrar till en överblick över aktuella problem och förbättringsarbete utan även åskådliggör det dagliga resursutbudet (personalen). Medarbetaren menar att detta hjälper personalen att på daglig basis planera verksamheten utifrån tillgängliga resurser och således undvika störningar.

Teorier om lean menar att visualisering syftar till att förstå flödet i verksamheten. På samtliga avdelningar anses inte visualiseringen fylla syftet av flödesanalys i den bemärkelsen utan eftersträvar mer att åskådliggöra störningar, som skulle kunna antas påverka flödet i vårdenheten. En av medarbetarna menar dock att det i framtiden bör finnas ett större fokus på hela flödet och helheten för att förbättringsarbetet skall nå sin fulla potential. Detta resonemang finner stöd bland annat i Shingo (1989), Slack, Chambers och Johnston (2010) och Palmblad (2008) som betonar vikten av flödeseffektivitet för att förbättra hela verksamheten.

6.2.3 Kontinuerlig förbättring

Vilken metodologi som används inom FOKUS-modellen för att skapa kontinuerliga förbättringar skiljer sig mellan avdelningarna, men vad som tydligt genomsyrar förbättringsarbetet är fokus på de små förbättringarna. Samtliga vårdenhetschefer menar att det är de små förbättringarna som leder fram till de större förändringarna, vilket i slutändan handlar om att ge en bättre vård till patienterna. Hematologiavdelningen och Gynkologiavdelningen delar uppfattningen om att inga problem är för små för att belysas. Det handlar således om att kontinuerligt förbättra verksamheten. Detta resonemang finner stöd inom Total Quality Management. Bergman och Klefsjö (2003) anger ett ständigt förbättringsarbete som en fundamental del inom TQM. Det japanska konceptet kaizen "förbättra för att förändra" syftar till att genom små förbättringar skapa en kumulativt större effekt (Bergman och Klefsjö, 2003; Åhlström, 1997). Denna syn på förbättringsarbete stöds av samtliga vårdenhetschefer. På en operativ nivå tolkas innebörden av kontinuerliga förbättringar som att eliminera "irritationsmoment" och medarbetarna menar att detta är FOKUS-modellens främsta fördel. Bergman och Klefsjö (2003) menar även att det kontinuerliga förbättringsarbetet påverkas av externa krafter. Det framlyfts av majoriteten av avdelningarna att kravet på vårdenheten ökar och vårdorganisationen ser det som ett kritiskt moment. Detta driver, i enlighet med vårdenhetschefen på Hematologiavdelningen och Bergman och Klefsjö (2003), behovet av att arbeta med ständiga förbättringar. Avdelningarna arbetar frekvent med kontinuerliga förbättringar genom FOKUS-möten, vilket enligt Graban (2009) är att föredra för

att maximera effekten av förändringsarbete. Hur ofta mötena genomförs varje vecka skiljer sig dock något mellan vårdenheterna.

Vårdenhetschefen på Gynekologiavdelningen anser att förbättringsarbetets främsta del är att, genom FOKUS, testa och utvärdera metoder. Graban (2009) menar att genom att kontinuerligt bepröva metoder minimeras risken för att förbättringsåtgärder når oönskat resultat, vilket tydligt återspeglar vårdenhetschefens syn på förbättringsarbete. För att förankra förbättringar krävs det att arbetsmetoderna standardiseras (Womack och Jones, 1996). På Hematologiavdelningen säkerställer man att förbättringsåtgärderna bibehålls genom att under en period efter införandet återkoppla för att se om de nya metoderna efterföljs. Påståendet om standardisering finner även stöd hos medarbetaren på Uppvakningsavdelningen som upplever det lättare att förankra nya arbetsmetoder då avdelningen genom FOKUS fastställer ett gemensamt sätt att arbeta. Den standardisering som tillämpas på Gynekologiavdelningen finner visst stöd i 5S metodologin och syftar till att underlätta arbetet för de anställda. Enligt Rentzhog (1998) möjliggör standardisering att erbjuda en identisk tjänst upprepade gånger, vilket skulle kunna översättas till att i vårdenheternas fall erbjuda likvärdig vård till alla.

6.2.4 Att skapa kvalitet

I majoriteten av avdelningarna uttrycks det att de kontinuerliga förbättringarna existerar för att kunna öka kvaliteten i vården. Patientsäkerheten är central i det dagliga förbättringsarbetet och enligt medarbetare på Hematologiavdelningen anses fokus på patienten som det huvudsakliga målet i framtiden. Att ha kunden, eller i detta fall patienten, i fokus vid kontinuerliga förbättringar för att vidare öka kvaliteten är av central betydelse inom TQM (Bergman och Klefsjö, 2003). Hellsten och Klefsjö (2000) nämner tre övergripande delar i organisationens arbete med TQM: kärnvärden, tekniker och verktyg. Kärnvärden är det som utgör och skapar organisationskulturen (Hellsten och Klefsjö, 2000). Detta representeras på olika sätt i vårdorganisationerna. I enlighet med Hellsten och Klefsjös (2000) tes finns det på samtliga vårdenheter idag stark förankring av ett förbättringstänk i organisationskulturen, enligt medarbetaren på Uppvakningsavdelningen anses FOKUS idag vara ett naturligt moment i arbetet. Samtliga avdelningar har en ledning som stödjer och involverar sig i förändringsarbetet, men betonar samtidigt medarbetarnas engagemang. Det som skiljer avdelningarna åt i detta avseende är vilken roll medarbeten spelar i förbättringsarbetet. Det är tydligt att vårdenhetschefen på Uppvakningsavdelningen har en drivande roll i förbättringsarbetet och anses både av sig själv och av medarbetarna som väsentlig för förbättringsarbetet fortlöpande. Detta skiljer sig något från Gynekologiavdelningen där det upplevs att medarbetarna är mer drivande i FOKUS arbetet och där vårdenhetschefen

mer rör sig i periferin, vårdenhetschefen på Gynekologiavdelningen menar att hon idag innehar en mer symbolisk roll.

För att nå måluppfyllelse krävs det en uppsättning tekniker (även kallad metoder) (Hellsten och Klefsjö, 2000). Bland dessa är experiment en metod för att förbättra verksamheten och öka tjänstebudets kvalitet. Gynekologiavdelningen tillämpar denna del genom att ha en öppenhet för att pröva på olika metoder för att lösa problem och förbättra verksamheten. Det går att finna likheter på de andra avdelningarna som även dem anser att man måste ha en öppenhet till förbättringsmetoder. Samtliga avdelningar använder sig av FOKUS-möten som en plats där förbättringsarbetet initieras. Det skiljer dig dock mellan vårdenheterna hur ofta dessa genomförs. Gynekologiavdelningen har en mer frekvent återkoppling mellan mötena som genomförs varje dag i veckan, vilket skulle kunna indikera på en effektivare förbättringsprocess. Förbättringsgrupper även kallade kvalitetscirklar skapar en effektiv teknik för att leda förbättringsarbetet och tillföra kvalitet (Hellsten och Klefsjö, 2000). Detta stämmer väl överens med vårdenheterna som anser att FOKUS-mötena utgör ett fundament i förbättringsarbetet.

Hellsten och Klefsjö (2000) menar avslutningsvis att välutformade verktyg, så som Ishikawadiagram, behövs för att stödja arbetet i föregående steg. Trots förhållandevis välutformade verktyg för att arbeta med kontinuerliga förbättringar så upplevs det inte som att det tillämpas någon klar metod som finner stöd i detta steg. Metoder som anges användas i de olika vårdenheterna är exempelvis 5S, Ishikawadiagram, brainstorm och 5-varför?. Dock framgår det att dessa metoder oftast inte används i sin helhet och tillämpas endast i viss utsträckning. Avdelningarnas fokus på att identifiera rotorsaken till problemet överensstämmer väl med Ishikawadiagram, brainstorm och 5-varför metodologin, samtidigt som 5S tycks vara en effektiv metod att genom standardisering förankra förändringen. TQM processen skall ses som ett system där de olika delarna är ömsesidigt beroende, därför kan inte bara en del optimeras för att förbättra verksamhetens kvalitet (Hellsten och Klefsjö, 2000). Författarna hävdar att förändringen måste bearbetas steg för steg där man börjar med organisationens kärnvärden för att sedan välja tekniker och verktyg (Hellsten och Klefsjö, 2000). Detta argument stöds till viss del då samtliga organisationer börjat arbeta med kärnvärden och tekniker, men det finns ännu ingen tydlig förankring av specifika verktyg.

6.2.5 Att engagera medarbetarna

Vikten av medarbetarnas delaktighet i förändringsarbetet, speciellt bland vårdenhetscheferna, lyfts återkommande i undersökningen. Vad delaktigheten innebär tolkas dock olika inom avdelningarna. Vad som framgår tydligt i alla

vårdenheter är att medarbetarna uppmuntras att belysa problem och komma med lösningsförslag. Medarbetarnas betydelse i förändringsarbetet finner starkt stöd i flera teorier. Bergman och Klefsjö (2003) menar att för att maximera förbättringsarbetets effekt, och i slutändan tillfredsställa kunden, krävs det att alla i organisationen är inblandade. Detta möjliggörs genom att medarbetarna tillåts ta initiativ i förbättringsarbete. Vidare menar Womack och Jones (1996) att man måste säkerställa alla berörda parter delaktighet i förändringsprocessen. Påståendet går hand i hand med de intervjuade avdelningarnas åsikt, vilka samtliga har lyft betydelsen av förbättringsarbetet som demokratisk arena där alla yrkeskategorier bör delta och lyfta sina problem. Tidigare studier om lean pekar på vikten av att alla yrkeskategorier deltar i förbättringsarbetet för att det skall nå lyckat resultat (Granelli och Murray, 2008).

6.2.6 Att tillämpa modellen

Det finns en gemensam uppfattning på samtliga avdelningar att FOKUS-modellen måste anpassas utifrån avdelningarnas förutsättningar. Vårdenheterna tillämpar endast somliga av eller vissa utvalda delar av de metoder som anges i grundkonceptet för FOKUS-modellen. Metoder som är hämtade från befintliga teorier om verksamhetsutveckling. Vidare anges anpassningen till verksamheten som en nyckelfaktor för att lyckas med införandet av förbättringsverktyget. En medarbetare från Gynekologiavdelningen säger uttryckligen att FOKUS-modellen inte bara går att kopiera utan måste anpassas efter varje avdelningen. Womack och Jones (1996) menar att alla delar inom lean-konceptet måste vara intakta och tillämpas för att metoden skall kunna ha någon inverkan. Vidare hävdar Bergman och Klefsjö (2003) att TQM består av fem kritiska delar som måste uppfyllas i förbättringsarbetet. Hellsten och Klefsjö (2000) menar att de tre delkomponenter som utgör grunden för förbättringsarbete skall föregås av varandra för att skapa en ökad kvalitet. Detta indikerar på att det finns en viss diskrepans, i detta hänseende, mellan vårt resultat och befintliga teorier angående hur det kontinuerliga förbättringsarbetet bör utformas. Detta lyfter frågan huruvida teorier som beaktar förändringsarbete behöver tolkas med den stringens som det ofta uppmanas att göra. Vilket tyder på att vad förbättringsarbete är och hur det skall genomföras, exempelvis TQM, inte kan generaliseras och tolkas från en förutbestämd mall.

7. Slutsats

Följande kapitel presenterar slutsatsen som kan dras efter att ha ställt det empiriska materialet mot den teoretiska referensramen. Vidare återkopplas här till rapportens frågeställningar och syfte samt ges det förslag till vidare forskning.

7.1 Slutsats

Nedan besvaras de frågeställningar som formulerades i början av uppsatsen.

1. Hur arbetar Sahlgrenska Universitetssjukhuset med ständigt förbättringsarbete?

Arbete med kontinuerliga förbättringar som tillämpas på SU idag finner starkt stöd i teorier om verksamhetsutveckling. Hur dessa används varierar dock mellan de studerade avdelningarna och det finns ingen tydlig förankring i bara ett förhållningssätt. Variationer i tolkandet av FOKUS-modellens metodologi kan förklaras med de skillnader som går att hitta i patienternas omvårdnadsbehov, avdelningarnas arbetsmetoder samt skiftande värderingar bland personalen.

Det som återkommer på samtliga avdelningar är uppfattningen att FOKUS har bidragit till ett öppnare klimat där problem tidigare och mer effektivt belyses. I och med införandet har det skapats ett forum som inte tidigare existerat för att diskutera problem och ge konstruktiv kritik. Detta indikerar på att förbättringsarbetet till stor del initieras vid FOKUS-tavlan där man genom att lösa små problem skapar en kumulativt större effekt.

Det kontinuerliga förbättringsarbetet genom FOKUS-modellen syftar till att, till stor del, identifiera problem och minska slöseri. För att åskådliggöra problem i organisationen blir då FOKUS-mötet en central del i förbättringsarbetet. När och hur ofta dessa möten genomförs varierar mellan avdelningarna. Dock finns det en tydlig ambition att de skall hållas rutinmässigt, minst en gång i veckan. Det finns därför en uppenbar kontinuitet i förbättringsarbetet och avdelningarna kan lätt återkoppla till problem som dykt upp och utvärdera lösningsåtgärderna. Kontinuiteten av förbättringsarbetet skulle även kunna tolkas som en bidragande faktor till att FOKUS-modellen anses ha blivit en naturlig del i majoriteten av de undersökta avdelningarnas arbetsrutiner. En reflektion är att då förutsättningar finns tycks mer frekventa möten ge bättre resultat.

Uppsatsens visar även på att avdelningarna endast använder delar av befintliga teorier för att arbeta med kontinuerlig förbättring, och att detta verkar vara en av nyckelfaktorerna till att de anser sig ha lyckats införa FOKUS-modellen på ett

effektivt sätt. Vidare lyfter tidigare forskning problematiken att använda sig av metoder framtagna ur fordonsindustrin och direkt överföra dessa till sjukvården. Det konstateras i uppsatsen att det är just anpassning till befintlig verksamhet som har varit en bidragande faktor till att framgångsrikt förankra arbetssättet. Detta tyder på att i en organisation, som till stor del utgörs av en professionell kultur, krävs det en större frihet att få utforma verktyget efter egna referenser och värderingar.

Tidigare forskning visar på att vad som är lean inom sjukvården och vilka metoder som bör tillämpas har blivit mycket av en tolkningsfråga. Med stöd av uppsatsens underlag skulle man kunna tyda detta som att det är av största vikt att inledningsvis fastställa vilka metoder som är bäst för organisationen, och inte vad befintlig teori anser generellt är bäst.

2. Vilka är huvudsakliga framgångsfaktorer i det kontinuerliga förändringsarbetet?

Det har flertalet gånger lyfts på ledningsnivå att det är medarbetarna som står för förändringsprocessen. Med detta menas att det är genom medarbetarna som problem kan åskådliggöras och även nå en lösning. Genom att arbeta med allas delaktighet och vara öppen för nya tankar och idéer, låter man medarbetarna komma med förbättringsförslag som följaktligen bidrar till att förbättra arbetsuppgifterna och slutligen ge en bättre vård. Efter införandet av förbättringsverktyget FOKUS går det att tolka ett ökat engagemang hos medarbetarna, där delaktigheten ger entusiasm att arbeta med förbättringar. Att medarbetarna får delta i förändringen ger en känsla av att ledningen värdesätter och erkänner deras förmåga att utveckla verksamheten. Det finns tydligt stöd till detta i teorier om förändringsprocesser och hur man förankrar nya rutiner i en organisation.

Även om det är tydligt att medarbetarna har en avgörande roll i förbättringsarbetet, så framkommer det att på samtliga avdelningar har det funnits en chef med en tydlig vision som tagit initiativet till att arbeta med kontinuerliga förbättringar. Det framgår av undersökningen att det initialt krävs en driven ledare med stor tilltro till modellens användbarhet, just för att skapa acceptans till det nya arbetssättet bland medarbetarna. Detta indikerar på att chefer och medarbetare fyller en funktion i olika faser av förbättringsprocessen, vilket bör beaktas.

Hur de undersökta avdelningarna jobbar med kontinuerliga förbättringar varierar. Dock visar resultatet på att en lyckad förankring av förbättringsarbete genom FOKUS-modellen bidrar till att skapa ett enkelt verktyg för medarbetarna och vårdenheten, vilket är dess huvudsakliga syfte.

7.2 Förslag till vidare forskning

Ett intressant perspektiv för fortsatt forskning är en studie av större omfattning som belyser hur organisationen i dess helhet arbetar med kontinuerliga förbättringar. Då rapporten endast har beaktat framgångsrika fall, hade det i en större undersökning varit intressant att i en komparativ studie även analysera mindre lyckade fall. Vidare hade det varit intressant att se hur Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbete med huvudplanering samverkar med det kontinuerliga förbättringsarbetet.

8. Referenser

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

Arvidsson, L. (2007). *Vårdlogistik*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Ax, C, Johansson, C och Kullvén, H (2009). *Den nya ekonomistyrningen*. 4., omarb. uppl. Malmö: Liber

Ballé, M., och Régnier, A. (2007). Lean as a learning system in a hospital ward. *Leadership in Health Services*, 20(1), 33-41.

Beer, M. & Nohria, N. (red.) (2000). *Breaking the code of change*. Boston, Mass.: Harvard Business School.

Bergman, B. och Klefsjö, B. (2003). *Quality from customer needs to customer satisfaction*. 2., [rev.] ed. Lund: Studentlitteratur.

Bertholds, E. (2010). Lean-marknaden passar inte i sjukvården. *Läkartidningen*, (23), 1560-1561.

Bicheno, J. (2006). *Ny verktyglåda för Lean*. Sverige: Revere AB.

Björnberg, A. (2013). *Euro health consumer index*. Health Consumer Powerhouse AB.

Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber
Brännmark, M. (2011).

Lean administration: En litteraturgenomgång av lean när konceptet implementeras i kommuner. Luleå: FALF2011: Det nya arbetslivet. FALF.

Dahlgard, J. J., Kristensen, K. och Kanji, G. K. (1998). *Fundamentals of total quality management: process analysis and improvement*. London: Chapman & Hall.

Denscombe, Martyn (2009). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Esaiasson, P, Gilljam, M, Oscarsson, H och Wängnerud, L (red.) (2012). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 4., [rev.] uppl. Stockholm: Norstedts juridik

Fillingham, D. (2007). Can lean save lives?. *Leadership in Health Services*, 20(4), 231-241.

- Graban, M (2008). Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction. Boca Raton: CRC Press
- Granelli, J. och Murray, J. (2008). Lean Health Care–An opportunity for Swedish health care to meet a increasing demand. Master of Science Thesis Stockholm, Sweden.
- Hanning, M (2005). Maximum waiting-time guarantee – a remedy to long waiting lists?: assessment of the Swedish waiting-time guarantee policy 1992-1996. Diss. Uppsala : Uppsala Universitet, 2005
- Hellsten, U., och Klefsjö, B. (2000). TQM as a management system consisting of values, techniques and tools. The TQM magazine, 12(4), 238-244.
- Holme, I.M. och Solvang, B.K. (1997). Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder. 2., [rev. och utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur
- Högfelt, D., Sjögren, T. och Weimarsson, H. (2011). Lean Healthcare: Jakten på nya nyckeltal i den svenska sjukvården.
- Jackson, T.L. (1996). Implementing a lean management system. Portland, Or.: Productivity Press
- Kotter, J. P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. Harvard business review, 73(2), 59-67.
- Larsson, I. och Rognes, J. Lean i äldrevården. På väg mot en värdefull styrning, 118.
- Leonard, D., och McAdam, R. (2002). The strategic impact and implementation of TQM. The TQM Magazine, 14(1), 51-60.
- Liker, J.K. (2009). The Toyota way: lean för världsklass. 1. uppl. Malmö: Liber
- Lövtrup, M. (2008). Modell från bilindustri skall rädda sjukvården. Läkartidningen, 106, 3396-9.
- Manos, A., Sattler, M., och Alukal, G. (2006). Make healthcare lean. Quality progress, 39(7), 24.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H. och Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. Quality and Safety in Health Care, 19(5), 376-382.
- Nordgren, L. (2003). Från patient till kund: intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. Lunds Universitet
- Ouchi, W.G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. Management Science, Volume 25, Number 9, pp 833-848.

Palmblad, S (2008) Toyota-modellen i sjukvården. Toyota Collage, nr 1, årg. 23

Papadopoulos, T. 2008. "We are not Japanese and we don't make cars: Translating Lean Thinking in healthcare using a case study in the UK National Health Service". Production and Operations Management Society Meeting, La Jolla, California, USA.

Patel, R och Davidson, B (2003). Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning. 3., [uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur

Purbey, S., Mukherjee, K. och Bhar, C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. International Journal of Productivity and Performance Management, 56(3), 241-251.

Rentzhog, O (1998). Processorientering: en grund för morgondagens organisationer. Lund: Studentlitteratur

Rognes, J. och Svarts, A. (2012). Lean i vården: en översikt över dagsläget i Sverige. Leading Health Care, (2), 18-46.

Rognes, J., och Åhlström, P. (2008). Hur kan sjukvården lära av andras produktionsledning. i Helgesson, CF. and Winberg, H.(red.), Detta borde vårddebatten handla om, IFL och EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm, 25-40.

Shingo, S och Dillon, A.P. (1989). A study of the Toyota production system from an industrial engineering viewpoint. Rev. ed. Cambridge, Mass.: Productivity Press

Slack, N., Chambers, S. och Johnston, R. (2010). Operations management. 6. ed. Harlow: Prentice Hall

Spear, S.J. (2005), Fixing health from the inside, today, Harvard Business Review, Vol. 83 No. 9, pp. 78-91.

Svensson, M(2002). TQM-based self-assessment in educational organisations. Lic.-avh. Luleå : Luleå tekniska univ.

Symreng, T. (2009). Vårdköerna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, orsaker och värdeskapande lösningar. Studentuppsats, Göteborgs Universitet.

Sörqvist, L. (2004). Ständiga förbättringar: en bok om resultatorienterat förbättringsarbete, verksamhetsutveckling och Sex Sigma. Lund: Studentlitteratur.

Vissers, J. M., Van Der Bij, J. H. och Kusters, R. J. (2001). Towards decision support for waiting lists: an operations management view. Health Care Management Science, 4(2), 133-142.

Wallén, G. (1993). Vetenskapsteori och forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur.

Womack, J. P. och Jones, D. T. (1996). Lean thinking: Banish waste and create wealth in your organisation. Simon and Shuster, New York, NY, 397.

Yin, Robert K. (2009). Case study research: design and methods. 4. ed. London: SAGE

Elektroniska källor

Karolinska Universitetssjukhuset (2011), Ständiga förbättringar – framtidens sjukvård. Hämtad 28 februari 2014. Tillgänglig:
http://www.karolinska.se/upload/Informationsavdelningen/Broschyror/liten%20flodesbroschyr_111101.pdf

Karolinska Universitetssjukhuset (2013, 2 december), Ledarskapets roll i förbättringsarbetet. Hämtad 27 februari 2014. Tillgänglig:
<http://www.karolinska.se/OM/Om-sjukhuset/Flodesarbetet-okar-patientsakerheten/Ledarskapets-roll-i-forbattningsarbetet/>

Karolinska Universitetssjukhuset (2013, 11 december), Flödesarbetet – ökar patientsäkerheten. Hämtad 28 februari 2014. Tillgänglig:
<http://www.karolinska.se/OM/Om-sjukhuset/Flodesarbetet-okar-patientsakerheten/>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2012. Årsredovisning 2011, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hämtad 31 mars 2014. Tillgänglig:
<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/arsredovisning/SU%20%C3%85R%202011%20fastst%C3%A4lld%202012-02-03%20rev%202008.pdf?epslanguage=sv>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2013). Verksamhetsplan och detaljbudget 2014. Hämtad 15 mars 2014. Tillgänglig:
<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/styrelsen/Styrelserummet/SU%20VP%20budget%202014%20inkl.%20bilagor%20fastst%E4lld%20131030.pdf>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014. Hämtad 23 maj 2014. Tillgänglig:
<http://www.sahlgrenska.se/su/gynekologimottagning-sahlgrenska>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014. Hämtad 23 maj 2014. Tillgänglig:
<http://www.sahlgrenska.se/su/hematologimottagning>

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014. Hämtad 23 maj 2014. Tillgänglig:

<http://www.sahlgrenska.se/su/civa>

Statistiska centralbyrån (2013). Svenska hälsoräkenskaper. Hämtad 24 februari 2014. Tillgänglig: <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Nationalrakenskaper/Nationalrakenskaper/Halsorakenskaper/231538/231546/>

Sveriges kommuner och landsting, Vårdgarantin - en del av hälso- och sjukvårdslagen. Hämtad 31 mars 2014. Tillgänglig: <http://www.vantetider.se/sv/veta-mer/vardgaranti/>

Åhlström, P (1997). Sequences in the process of adopting lean production. Diss. Stockholm Handelshögsk. Hämtad 30 mars 2014. Tillgänglig: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hhs:diva-854>

Stockholms Läns Landsting (2009). Framtidens hälso- och sjukvård. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Hämtad 28 februari 2014. Tillgänglig: <http://www.mapsec.com/images/rapporter/Huvudrapport%20slutlig.pdf>

9. Bilagor

Bilaga 1 – Intervjumall

Intervjufrågor – Vårdenhetschef

Tema 1: Verksamheten

1. Vad har du för anställning/titel på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, avdelning XX?
2. Vad innebär din roll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, avdelning XX?
3. Skulle du kunna beskriva hur er verksamhet arbetar med förbättringsarbete?
4. Hur länge har din avdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetat med FOKUS-modellen?

Tema 2: Före införandet

5. Vilka tror du var de främsta orsakerna till beslutet att börja arbeta med FOKUS-modellen?
6. Vad anser du drev påbörjandet av arbetet med FOKUS-modellen?
 - a. (Involverades medarbetare såväl som läkare och sjuksköterskor?)
7. Hur arbetade ni initialt med införandet av FOKUS-modellen?
8. Stötte ni på några utmaningar/svårigheter när ni införde FOKUS-modellen?
 - a. Om ja, vilka typer av utmaningar/svårigheter?

Tema 3: Efter införandet

9. Vad anser du gjordes bra vid införandet av FOKUS-modellen?
10. Vad anser du gjordes mindre bra vid införandet?
11. Vilken funktion fyller FOKUS-modellen för er verksamhet idag?
12. Hur arbetar ni med FOKUS-modellen idag?
13. Vilka delar i FOKUS-modellen är viktiga för dig?
 - a. Hur uttrycks det i ditt dagliga arbete?

Tema 4: Framtiden

14. Vilka framtida utmaningar och hinder anser du att Sahlgrenska Universitetssjukhuset (och andra sjukhus i Sverige) står inför vad gäller att effektivisera sjukvården?
15. Hur anser du att utmaningarna skall övervinnas?

Intervjufrågor – Medarbetare

Tema 1: Verksamheten

16. Vad har du för anställning/titel på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, avdelning XX?
17. Vad innebär din roll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, avdelning XX?
18. Hur länge har din avdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset arbetat med FOKUS-modellen?
19. Hur arbetar din avdelning med förbättringsarbete?

Tema 2: Före införandet

20. Vad tror du var orsaken till att ni började arbeta med FOKUS-modellen?
21. Hur arbetade ni initialt med införandet av FOKUS-modellen?
22. Vad tror du var viktigt vid införandet av FOKUS-modellen?
 - a. (Involverades medarbetare såväl som läkare och sjuksköterskor?)
23. Vilka problem/svårigheter/utmaningar upplevde du vid införandet av FOKUS-modellen?
 - b. Om ja, vilka typer av problem/svårigheter/utmaningar?

Tema 3: Efter införandet

24. Vad anser du gjordes bra vid införandet av FOKUS-modellen?
25. Vad anser du gjordes mindre bra vid införandet?
26. Vad anser du FOKUS-modellen fyller för funktion i er verksamhet?
27. Hur arbetar ni med FOKUS-modellen idag?
28. Vilka delar i FOKUS-modellen är viktiga för dig?
 - a. Hur uttrycks det i ditt dagliga arbete?

Tema 4: Framtiden

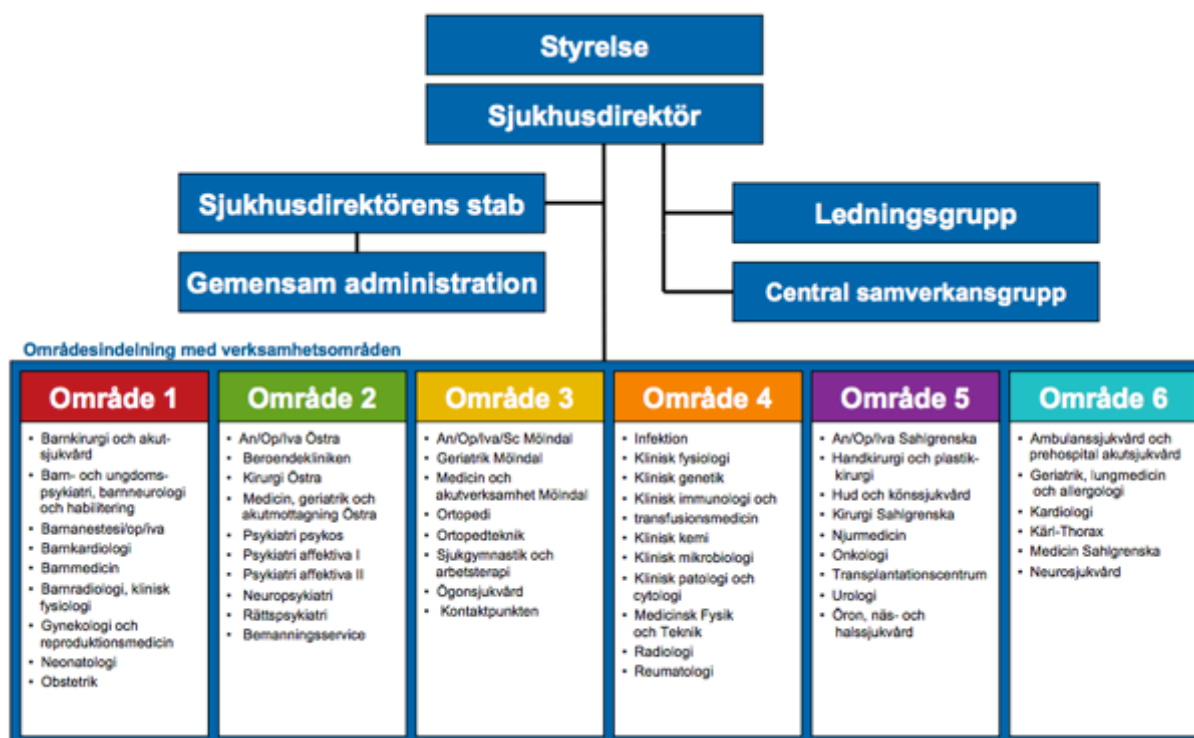
29. Vilka framtida utmaningar och hinder anser du att Sahlgrenska Universitetssjukhuset (och andra sjukhus i Sverige) står inför vad gäller att effektivisera sjukvården?
30. Hur anser du att utmaningarna skall övervinnas?

Bilaga 2 – Verksamhetsbeskrivning

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Sahlgrenska universitetssjukhuset är idag en av Sveriges största vårdorganisationer med 2000 vårdplatser. Verksamheten utför 28 förlossningar, tar emot 500 akutbesök och 3300 öppenvårdsbesök, dagligen. Sjukhuset består av en sammansättning av Göteborgs storsjukhus Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset, Högsbo sjukhus och Mölndals sjukhus samt flera mindre öppenvårdsmottagningar. Sjukhuset har som syfte att agera länssjukhus för Göteborgsregionen, tillhandahålla specialistvård för Västra Götaland, och i vissa fall hela landet. Allt detta arbete fördelas på en personalstyrka på 16 700 personer. Vidare bedriver även SU progressiv forskning och utveckling samt utgör en stor utbildningsapparat för Sveriges existerande och blivande vårdpersonal. Kunskapen från dessa områden utnyttjas även i den dagliga sjukvårdsverksamheten. SU:s mål verbaliseras i visionen *"sjukvård, forskning, utveckling och utbildning med högsta kvalitet"* (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014)

Verksamheten är uppdelad i sex områden. Dessa områden är i sin tur uppdelade i 53 olika verksamhetsområden med underliggande produktfamiljer. Ledningsgruppen består av sex ledamöter som under ledning av sjukhusdirektören beslutar om frågor av långsiktig och principiell karaktär. Dessa frågor hanteras för att sedan förenas i SU:s vision *"sjukvård, forskning, utveckling och utbildning med högsta kvalitet"* (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014). För att nå sina mål om kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik vård arbetar sjukhuset aktivt med förbättringsarbete, där processperspektivet spelar en väsentlig roll för sjukhuset (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2014).



Figur 5: Organisationsschema Sahlgreiska Universitetssjukhuset. Källa: Sahlgreiska Universitetssjukhuset, 2014.

Undersökta avdelningar

Nedan följer en kort beskrivning av de avdelningar inom Sahlgreiska Universitetssjukhuset som behandlas i det empiriska avsnittet av rapporten.

Gynekologiavdelningen

Till Gynekologimottagning Sahlgreiska kommer vanligtvis patienter för besök för gynekologisk bedömning och viss behandling eller återbesök efter vård på kliniken. Här finns mottagning för kvinnor med gynekologiska cellförändringar och urinläckage, även polikliniska dagkirurgiska ingrepp utförs (Sahlgreiska Universitetssjukhuset, 2014).

Hematologiavdelningen

Rapporten har undersökt Hematologimottagning Östra på Östra Sjukhuset. Den hematologiska verksamhetsinriktningen omfattar framför allt patienter med tumörsjukdomar i benmärg och lymfkörtlar. Här pågår polikliniska utredningar, transfusionsverksamhet, cytostatikabehandlingar och läkemedelsprövningar (Sahlgreiska Universitetssjukhuset, 2014).

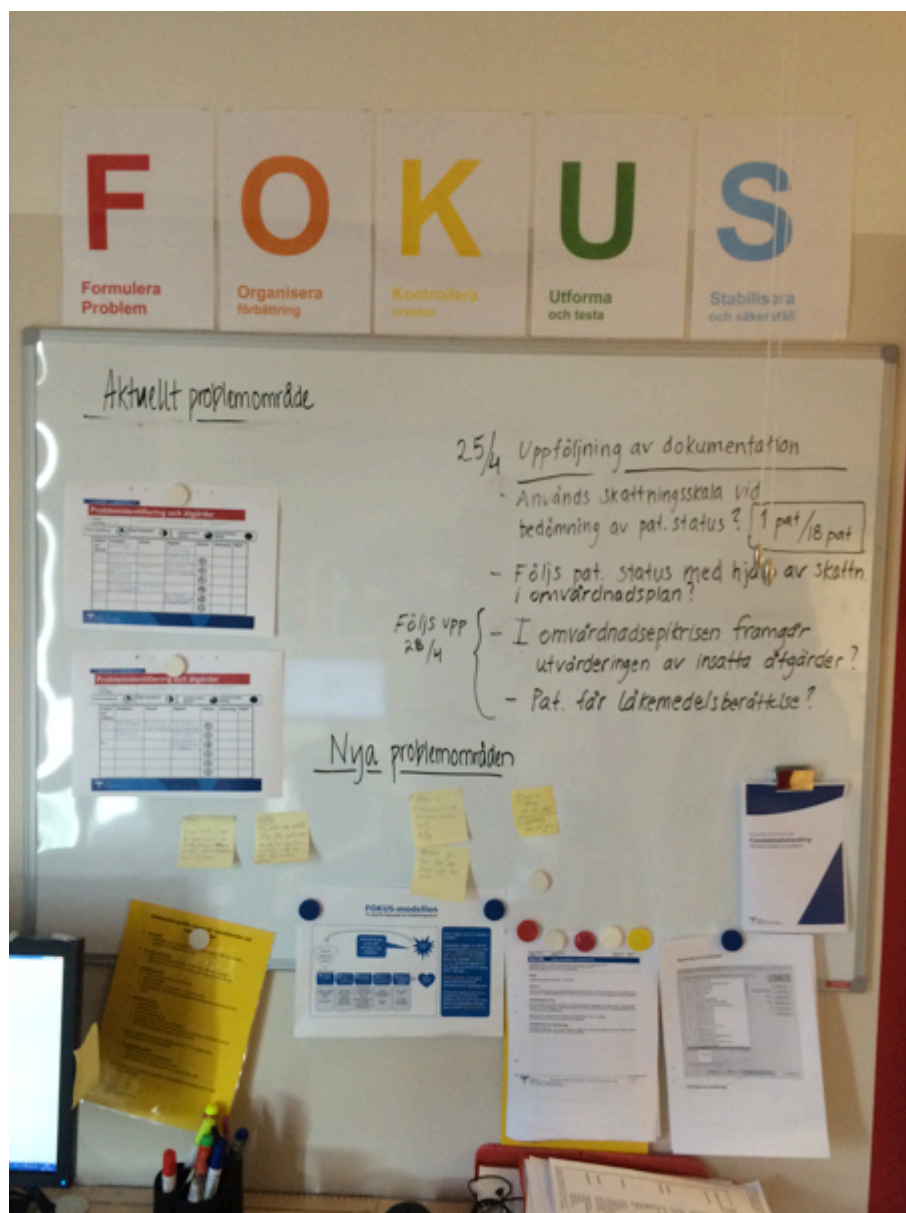
Uppvavningsavdelningen

På Uppvavningsavdelningen, avdelning 95 på Sahlgreiska, vaknar patienter upp efter narkos och vårdas efter övriga operationer. Här vårdas patienter i olika tillstånd, vilket gör att omvårdnadsbehovet på avdelningen varierar (Sahlgreiska Universitetssjukhuset, 2014).

Bilaga 3 – FOKUS-tavlans

Nedan presenteras FOKUS-tavlornas utformning på respektive avdelningar. Av sekretesskäl anges inte vilken avdelning tavlorna tillhör och hänvisas nedan som: Verksamhet 1-3.

Verksamhet 1



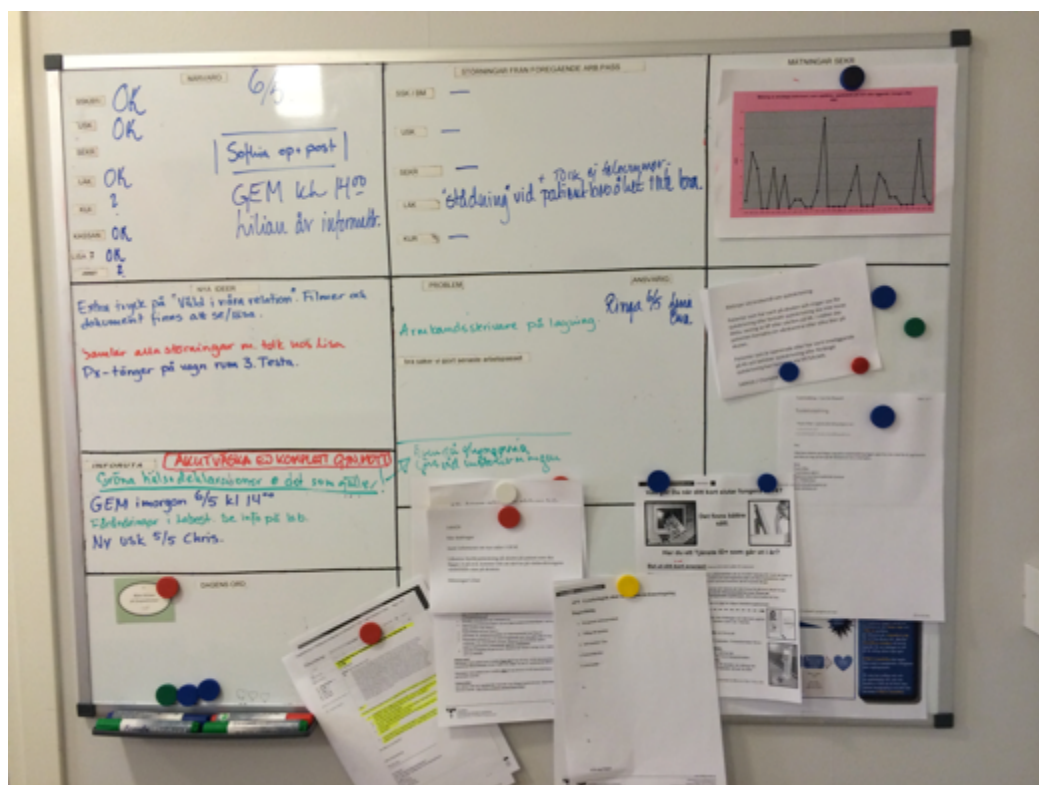
Källa: Eget foto

Verksamhet 2



Källa: Eget foto

Verksamhet 3



Källa: Eget foto