



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## HANDELSHÖGSKOLAN

# **En bättre akutsjukvård?**

## **-hur närakuten har påverkat**

### **Östra sjukhusets akutmottagning**

Kandidatuppsats i Logistik

Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet

Vårterminen 2019

Handledare: Peter Rosén

Författare

Mattias Söderström

Staffan Paulsson

Födelseår

930430

870224

## Förord

Under arbetsgången med denna uppsats har vi haft förmånen att komma i kontakt med flertalet kompetenta och generösa personer inom sjukvården. Vi vill rikta ett stort tack till Lisa Ståleby Båth som både hjälpt oss med datainsamlingen men även med en ingångsväg till den stora organisationen Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vi vill även passa på att tacka Daniel Johansson och Schani Kjaerbeck på akutmottagningen vid Östra sjukhuset som tagit emot oss på ett varmt och professionellt sätt samt bidragit med värdefull information. Förutom ovan nämnda vill vi även passa på att tacka Ann Söderström som via sin roll som hälso- och sjukvårdsdirektör bidragit med värdefull information ur ett strategiskt perspektiv.

Slutligen vill vi även passa på att tacka vår handledare Peter Rosén som via sin erfarenhet och brinnande intresse för sjukvården väglett oss och kommit med värdefulla synpunkter.

*Mattias Söderström och Staffan Paulsson*

*Maj 2019, Göteborg*



*Författarna under observationstillfället*

*2019-04-03*

## Sammanfattning

Sjukvården är en väldigt omdebatterad fråga som får ta plats i både politiska debatter, rapportering i massmedia samt en viktig byggsten i det svenska samhället. Det medför att utvecklingen inom sjukvården är en intressant och nödvändig fråga.

Med bakgrund av detta har vi valt att studera akutmottagningen vid Östra sjukhuset i Göteborg sedan implementeringen av den närakut som är belägen där. I denna uppsats kommer vi att svara på frågeställningen hur implementeringen av närakuten har påverkat arbetsmiljö, patientnöjdhet samt kötiderna på akutmottagningen. I denna uppsats kommer vi att diskutera kring dessa tre perspektiv.

För att tydligare förstå akutsjukvårdens utmaningar har vi genomfört tre intervjuer och en observation med olika roller inom organisationen för att få en tydlig bild av verksamheten. Till detta har vi samlat in datamaterial kring de tre perspektiven och jämfört dessa med projektets kostnader för att föra en diskussion kring nyttan i relation till värde.

I uppsatsens slutsats redovisas att kötiderna har minskat, arbetsmiljön har förbättrats och patientnöjdheten är i stort sett oförändrad. Detta tolkar vi naturligtvis som att implementeringen av närakuten har givit ett positivt utfall men om detta är värt investeringen är fråga för vidare forskning.

---

**Titel:** En bättre akutsjukvård? - *hur närakuten har påverkat Östra sjukhusets akutmottagning*

**Omfattning:** Kandidatuppsats 15hp, VT 2019

**Handledare:** Peter Rosén

**Författare:** Mattias Söderström och Staffan Paulsson

**Nyckelord:** sjukvård, arbetsmiljö, patientnöjdhet, vårdköer, vårdkostnader

---

## Innehåll

<b>1. Inledning</b>	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Problemdiskussion	2
1.3 Syfte	4
1.4 Frågeställning	4
1.5 Organisation	4
1.6 Avgränsningar	5
<b>2. Metod</b>	6
2.1 Kvalitativ och kvantitativ metod	6
2.2 Utvärderingsmetod	7
2.3 Deduktiv, induktiv och abduktiv ansats- relationen mellan teori och resultat	7
2.4 Datainsamling	8
2.4.1 Intervju	8
2.4.2 Urval	9
2.4.3 Observation	10
2.4.4 Transkribering	11
2.5 Litteraturstudier	11
2.6 Forskningsetiska aspekter	11
2.7 Källhantering	12
2.8 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet	13
2.9 Metoddiskussion	14
<b>3. Teoretisk referensram</b>	15
3.1 Resurser och flöden	15
3.1.1 Processflöden	15
3.1.2 Resurseffektivitet kontra flödeseffektivitet	16
3.1.3 Snabbspår i sjukvården	17
3.1.4 Värdeflödesanalys	18
3.2 Produktivitet	18
3.2.1 Utmaningar med att mäta produktivitet i offentlig sektor	19
3.2.2 Skillnaden mellan produktivitet och effektivitet	19
3.3 Arbetsmiljö i vården	20
3.4 Triagering	21

3.5 Vårdens finansiella läge .....	23
<b>4. Resultat</b> .....	24
4.1 Patientflöde .....	24
4.1.1 Patientens flöde på akutmottagningen .....	24
4.1.2 Akutmottagningens layout.....	25
4.1.3 Akutmottagningens bemanning.....	27
4.2 Kötider .....	28
4.2.1 Genomsnittstid till triagering under perioden januari till mars.....	28
4.2.2 Tid till läkarbedömning under perioden januari till mars .....	28
4.2.3 Total vistelsetid på akutmottagningen under perioden januari till mars .....	29
4.2.4 Genomsnittlig total vistelsetid per triageringsfärg under perioden januari till mars.....	29
4.2.5 Andel patienter till närakuten under perioden januari till mars .....	30
4.2.6 Total vistelsetid på akutmottagningen bland de patienter som hänvisas till närakuten under perioden januari till mars.....	31
4.3 Arbetsmiljö och personalens upplevelse .....	31
4.4 Patientnöjdhet.....	33
4.5 Kostnad för närakutens implementering.....	33
4.6 Sammanfattande resultat .....	34
<b>5. Analys</b> .....	35
5.1 Kötider och patientflöde .....	35
5.2 Arbetsmiljö och personalens upplevelse .....	38
5.3 Patientnöjdhet.....	39
5.4 Kostnadsanalys.....	39
<b>6. Avslutning</b> .....	41
6.1 Slutsats .....	41
6.2 Rekommendationer .....	42
6.3 Vidare forskning.....	42
<b>Referenser</b> .....	44
Böcker .....	44
Artiklar .....	44
Intervjuer och observation.....	45
Lagtexter, utredningar och rapporter .....	46
Webbsidor .....	46
Databas.....	47
<b>Bilagor</b> .....	48
Bilaga 1, intervju med logistiker Lisa Ståleby Båth .....	48

Bilaga 2, intervju med akututvecklaren Daniel Johansson .....	49
Bilaga 3, Intervju med Hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström.....	50
Bilaga 4, Observationsbeskrivning.....	51

# 1. Inledning

*I detta inledande kapitel kommer vi att presentera bakgrunden till uppsatsen och en övergripande ämnesbeskrivning. I kapitlet ges även en organisationsbeskrivning och problemdiskussion som sedan mynnar ut i uppsatsens frågeställning och syfte.*

## 1.1 Bakgrund

I valdebatten i anslutning till riksdagsvalet år 2018 var sjukvården den allra viktigaste frågan för väljarna enligt Sveriges televisions valundersökning (Sveriges television, 2018). Oavsett politisk tillhörighet är frågan högt prioriterad och samtliga politiska partier vill hitta en lösning som gagnar både patient och anställda inom sjukvården. I media har både personal och patienter vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagningar de senaste åren vittnat om en hög arbetsbelastning, ökade kötider och därtill en känsla av otillräcklighet. (Göteborgsposten, 2018)

I slutet av år 2017 startade Västra Götalandsregionen ett pilotprojekt i anslutning till Östra sjukhusets akutmottagningar där man öppnade en närakut. Närakutens uppdrag är att ta emot de patienter som har mindre allvarliga åkommor och som inte kräver specialiserad akutsjukvård, men samtidigt för sjuka för att hänvisas hem. De patienter som hänvisas till närakuten anses behöva läkarvård inom 24 timmar. Det uppsatta målet för närakuten var att förbättra patientnöjdheten, kötiderna och arbetsmiljön för de anställda på akutmottagningarna. (Johansson, 2019)

I Göteborg tar akutmottagningarna årligen emot ca 100.000 patienter och innan öppningen av närakuten prognostiserade Sahlgrenska Universitetssjukhuset att ca 20.000 av dessa skulle kunna vårdas på närakuten. (Johansson, 2019)

## 1.2 Problemdiskussion

Det finns ett flertal intressanta områden inom sjukvården som går att analysera och i vissa fall förbättra. Ett av dessa områden är kötider och hur man kan förbättra flöden för att minska dessa. Ett av sätten är att gå från ett stort flöde till flera mindre och använda ett så kallat snabbspår som studerats av flera forskare (Cooke et al, 2002). Ann Söderström, Hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen menar att patientflödet är en av de största utmaningarna för sjukvården och utmaningen blir hur man kan avlasta akutmottagningarna. Dels med förebyggande åtgärder i exempelvis hemmet men också med kompletterande vårdenheter. Ett problem som finns menar hon är att det inte finns någon instans mellan sjukhusens akutmottagningar och primärvårdens jourcentraler. (Söderström, 2019)

Ann Söderström menar att en utmaning inom sjukvården är att öka produktiviteten. Detta skulle kunna ske genom att minska den administrativa tiden för vårdpersonalen och i stället spendera mer tid hos patienterna. (Söderström, 2019) Inom forskningen menar man att en ökad arbetsmiljö också ger en ökad produktivitet. Genom att förbättra arbetsmiljön och arbetssätten tror man att vårdkvaliteten skulle kunna öka. (Foldspang et al, 2014)

En annan utmaning med det stora patientinflödet till akutmottagningen enligt Ann Söderström att det till viss del handlar om en kulturfråga. En stor del av det totala patientinflödet till akutmottagningen är inte i behov av akutsjukvård men besöker trots detta akutmottagningen. Det kan naturligtvis handla om att det ibland är svårt att få en tid hos den lokala vårdcentralen men många väljer trots lediga tider på vårdcentralen att besöka akutmottagningen. Det kan även vara svårt för personer som inte är uppväxta inom det svenska vårdssystemet att förstå till vilken vårdinrättning man skall vända sig till. Långt ifrån alla länder har samma sjukvårdssystem som Sverige vilket gör att vårdcentraler och närakuter är främmande för många. (Söderström, 2019)

Ett annat område som vi kommer att belysa är patientens perspektiv och hur nöjd den är med den vård som den får. En av utmaningarna som sjukvården står inför är att hålla en hög patientnöjdhet och vårdkvalitet samtidigt som man bibehåller en tillfredsställande arbetsmiljö.



Detta är ett subjektivt ämne och är därför svårt att mäta men än så viktigt då det handlar om människors välmående.

Att skapa en bättre sjukvård kan för många vara likvärdigt med att investera mer pengar som lösning på den problematik som råder (Läkartidningen, 2019). Henrik Ripa, ny tillträd styrelseordförande vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, menar att lösningen inte är att skjuta till ytterligare kapital utan man måste istället se till att förändra befintliga arbetssätt i kombination med bättre stödsystem. Enligt honom ökade Sahlgrenska Universitetssjukhuset år 2018 de finansiella resurserna med 7%, medan man endast kunde se en produktivitetökning på 4%. (Läkartidningen, 2019) Ann Söderström bekräftar Henrik Ripas påstående då hon tror att det går att justera arbetssätten och trycker framförallt på att det går att utveckla förebyggande vårdinsatser som till exempel digitala vårdtjänster. (Söderström, 2019) På akututvecklingscentrum vid Östra sjukhuset har man flera pågående vårdprojekt och man undersöker en rad olika alternativ där man förändrar arbetssätt och vårdstrukturen med befintliga medel. En alternativ väg som både är ekonomiskt nödvändig men också förhoppningsvis banbrytande. Ett av de projekt som man driver för närvarande är närakuten och förhoppningen man har på detta är att den skall minska kötiderna, förbättra arbetsmiljön och bibehålla en hög patientnöjdhet. Utmaningarna för att åstadkomma detta är kommunikation till allmänheten för att öka förståelsen till vilken vårdinrättning man skall vända sig samt hitta ett fungerande arbetssätt som gör att närakuten utnyttjas optimalt. (Johansson, 2019)

I denna uppsats resultatdel kommer vi att skilja på patientens och sjukvårdens perspektiv. En bevisad förbättring inom det ena perspektivet betyder inte att det andra perspektivet visar samma resultat. Bara för att kötiderna har minskat betyder inte detta att den enskilda patienten är nöjd med sin sjukhusvistelse.

### 1.3 Syfte

Uppsatsens syfte är att ge Sahlgrenska Universitetssjukhuset en bild av hur ett parallellt patientflöde för mindre vårdkrävande patienter på Östra sjukhusets akutmottagning har påverkat vårdköerna, patientnöjdheten och arbetsmiljön på akutmottagningen. Slutresultatet skall hjälpa Sahlgrenska Universitetssjukhuset att besluta om närakuten skall drivas fortsättningsvis och ge eventuella förbättringsförslag.

### 1.4 Frågeställning

- Hur har implementeringen av närakuten påverkat arbetsmiljön, patientnöjdheten samt kötiderna på akutmottagningen vid Östra Sjukhuset?

### 1.5 Organisation

På nationell politisk nivå organiseras frågor inom sjukvård under socialdepartementet, men drivs på regional nivå genom Sveriges 21 regioner. (SKL, 2019)

Västra Götalandsregionens sjukvårdsområde består utöver primärvård, folktandvård, habilitering, närsjukhus och specialistsjukhus av fyra stora sjukhusområden. Dessa är Södra Älvsborgs sjukhus, Skaraborgs sjukhus, NU-sjukvården samt Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för akut- och specialistsjukvården i Göteborg med omnejd och dess 700.000 invånare. Sahlgrenska Universitetssjukhuset består sedan år 1997 av tre sjukhus. Dessa är Mölndals sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset samt Östra sjukhuset varav samtliga tre har en öppen akutmottagning dygnet runt. (VGR, 2019)

Östra sjukhuset ligger i östra delarna av Göteborg och har akutmottagningar inom psykiatri, barnsjukvård samt en större akutmottagning med fokus på vuxna patienter över 16 år. Akutmottagningen på Östra sjukhuset behandlar sjukdomar inom områdena medicin och kirurgi, men inte ortopedi och neurologi som istället tillhör Mölndals sjukhus respektive

Sahlgrenska sjukhuset. Akutmottagningen på Östra sjukhuset byggdes i sin nuvarande form år 2015 och har en kapacitet på 50.000 patienter per år. (Johansson, 2019)

## 1.6 Avgränsningar

Vi har valt att enbart fokusera på Östra sjukhusets akutmottagning och den effekt som närakuten givit på verksamheten. Anledningen till att vi inte väljer att jämföra med resterande sjukhus inom Västra Götalandsregionen är eftersom det i dagsläget inte bedrivs någon närakutsverksamhet i anslutning till ett sjukhus. Det finns flertalet närakuter i olika former utanför Västra Götalandsregionen. Vi kommer inte att jämföra Östra sjukhusets närakut med dessa då de har en annan varierande organisation och andra arbetssätt kopplat till verksamheten (Söderström, 2019). Denna uppsats kommer att fokusera på tidsperioden innan och efter Östra sjukhusets implementering av närakuten.

## 2. Metod

*I detta kapitel förklaras uppsatsens metodologiska tillvägagångssätt. Respektive avsnitt inleds med en teoretisk beskrivning följt av uppsatsens faktiska tillvägagångssätt. Kapitlet avslutas med en metoddiskussion där vi förklarar val av studieperiod och motiverar val av intervjurespondenter.*

### 2.1 Kvalitativ och kvantitativ metod

Forskning kan grupperas i två kategorier som benämns kvalitativ och kvantitativ forskning. Den kvalitativa forskningen behandlar mjuka värden och dess karaktär bygger på textanalyser, intervjuer och observationer. (Patel & Davidsson, 2016) Den kvalitativa forskningen bygger mer på tolkningar, uppfattningar och reflektioner av en verklighet mer än en kvantitativ analys av en verklighet. (Bryman & Bell, 2017) Patel och Davidsson menar att den kvalitativa metoden ger oss tillgång att samla kunskap från specialister och yrkesverksamma som underlättar en datainsamling (Patel & Davidsson, 2016).

Den kvantitativa metoden berör en kvantifiering av en problematik där statistik ligger till grund för bearbetning. Två sätt vi definierar statistik på är deskriptiv och hypotesprövande statistik. Den deskriptiva statistiken ger en beskrivande och målande bild av det analyserade materialet och skall genom den beskrivningen ge en tydlig bild av problematiken på det valda området. Den hypotesprövande statistiken används när man skall testa och pröva en undersökande hypotes och om ens material bevisas eller motbevisas. (Patel & Davidsson, 2016)

Vi kommer att använda oss utav en kombination av kvalitativ och kvantitativ forskningsmetodik. För att kunna utvärdera situationen på akutmottagningen har vi tagit del av vårdstatistik från Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Denna vårdstatistik är av den deskriptiva typen och innehåller statistik kring inskrivningstider, utskrivningstider med mera. Vi har även utifrån ett kvalitativt perspektiv intervjuat tre personer i organisationen samt gjort en observation av verksamheten. Detta för att komplettera den deskriptiva vårdstatistik vi tagit del av från Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

## 2.2 Utvärderingsmetod

En utvärdering beskrivs som något man värderar på ett välplanerat och systematiskt sätt. Därmed blir utvärdering en process som följer en rad steg där man bedömer och påvisar hur ett arbete utförts. Ove Karlsson beskriver tre olika utvärderingsmönster som benämns målresultatutvärdering, processutvärdering samt interaktiv utvärdering. Den först nämnda målresultatutvärderingen kretsar kring att mäta och presentera utfallet från ett kvantitativt synsätt. Ett sådant tillvägagångssätt innebär inte att man analyserar skillnaderna utan det är upp till uppdragsgivaren att göra detta. Under det andra beskrivna utvärderingsmönstret, processutvärdering, flyttas fokus till hur det faktiska resultatet har kommit till. Processutvärderingen har en kvalitativ inriktning och berör frågor kring hur verksamheten fungerar i detalj. Den sistnämnda så kallade interaktiv utvärdering har ett stort fokus på att involvera flera olika delar av verksamheten för att få olika perspektiv på frågeställningen. Syftet med detta är för att öka resultatets relevans. (Karlsson, 1999)

Denna utvärdering kommer att utgå ifrån det interaktiva utvärderingsmönstret då vi kommer analysera resultat från den egna verksamheten i form av kötider, arbetsmiljö, patientnöjdhet samt en kostnad-nyttoanalys. Målet med denna utvärdering är att ställa dessa resultat gentemot varandra för att se hur dessa korrelerar.

## 2.3 Deduktiv, induktiv och abduktiv ansats- relationen mellan teori och resultat

I forskningsprocessen jämförs och sammanbinds den teoretiska referensramen med resultatinsamlingen för att sedan mynna ut i en analys. Det finns tre olika ansatser för att sammanbinda teori och resultat. Dessa benämns som den deduktiva, induktiva eller den abduktiva ansatsen.

Den deduktiva ansatsen handlar främst om att man genom befintliga teorier påvisar en slutsats. Den induktiva ansatsen går ut på att man studerar och samlar in resultat kring sitt forskningsområde utan att ha någon grund i någon vetenskaplig teori. Det insamlade resultatet skall sedan leda fram till en forskningsfråga och en vald teori. Författarna beskriver att risken

med den induktiva ansatsen är att man inte vet om teorin är för generell eller ej och hur långt den sträcker sig då det är en unik situation som styr valet av teori. Den abduktiva ansatsen bygger på en kombination mellan den deduktiva och induktiva ansatsen. Man bygger en hypotetisk idé från ett fall som i sin tur som skapar en teori som i nästa steg testas på fler fall och utvecklas därefter. (Patel & Davidsson, 2016)

Vi har använt oss av induktiv ansats då uppdragsgivaren bett oss att studera utfallet av närakutens implementering. Vi har till en början besökt akutmottagningen vid Östra sjukhuset för att studera deras problematik och utmaningar och därefter format problemformuleringen och sökt teoretiskt forskningsmaterial. Vi har förutom detta även utfört en observation av verksamheten då vi under en arbetsdag fått möjligheten att studera akutmottagningens flöden.

## 2.4 Datainsamling

Vi har i denna uppsats valt att använda två stycken huvudsakliga datainsamlingsmetoder. Dessa är intervju samt observation och vi har intervjuat totalt tre personer och utöver dessa utfört en observation.

### 2.4.1 Intervju

Intervju är det vanligaste tillvägagångssättet inom de kvalitativa forskningssätten. Det är främst flexibiliteten när det kommer till insamling av information som gör denna metod attraktiv. Inom den kvalitativa forskningen finns det två olika former av intervjuer som kallas ostrukturerad intervju samt semi-strukturerad intervju. Skillnaden mellan dessa två intervjuformer är att vid en ostrukturerad intervju är intervjuunderlaget begränsat medan det under semi-strukturerade intervjuer finns en lista med olika teman som intervjun ska handla om. När det kommer till frågorna i en kvantitativ intervju är dessa ofta formulerade och fastställa redan innan intervjun och det är även kring dessa frågor som intervjun senare kommer kretsa kring. I den kvalitativa intervjuformen försöker man istället hålla frågorna mer öppna för diskussion och låter intervjurespondenten forma dem. (Bryman & Bell, 2017)

När vi planerade intervjuerna beaktade vi framförallt två aspekter. Till att börja med behövde vi fastställa hur väl frågorna skulle vara förutbestämda eller om samtalet skulle lämnas mer

fritt. Den andra aspekten vi diskuterade var frågornas utformning och inbördes ordning som kallas grad av standardisering. (Patel och Davidson, 2016) Under en kvalitativ intervju är det inte ovanligt att samtalet avviker från frågorna som var tänkta att ställas och istället mynna ut i helt andra frågor som formas tillsammans med intervjurespondenten. (Bryman & Bell, 2017)

Vi har valt att använda oss av kvalitativa intervjuer. Den ena intervjun ägde rum med en logistiker från Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Bilaga 1). Under denna intervju valde vi att hålla det mer strukturerat då intervjuens syfte var datainsamling. Under intervjun som ägde rum vid Östra sjukhuset intervjuades en av deras akututvecklare (Bilaga 2). Där valde vi att strukturera intervjun på ett mer semi-strukturerat sätt i hopp om att detta skulle ge mer av en diskussion. Här fokuserade vi på arbetsmiljön och flödena på akutmottagningen. Vi valde att bestämma vilka ämnen vi ville utgå från redan innan intervjun men använde sedan det materialet mer som riktlinjer under själva intervjun. Den tredje intervjun genomfördes med hälso- och sjukvårdsdirektören i Västra Götalandsregionen (Bilaga 3). Syftet med intervjun var att få en mer strategisk syn kring bakgrunden av implementeringen av närakuten samt hur patientnöjdheten förändrats. Vi valde att lägga upp denna intervju utifrån ett semi-strukturerat perspektiv då vi ville lämna frågorna fria för tolkning och försöka addera det breda perspektivet.

Vi genomförde samtliga intervjuer på plats tillsammans med intervjurespondenterna då vi ville analysera både svaren på frågorna men även hur respondenten svarade. Detta med avseende på kroppsspråk och liknande eftersom detta också utgör en del av svaret (Bryman och Bell, 2017).

#### 2.4.2 Urval

Valet av respondenter till våra intervjuer baserades på författarna Bryman och Bells tre olika kategorier av urval. Dessa kategorier benämns målinriktat urval, nätverksurval och lämplighetsurval. Målinriktat urval innebär att man väljer intervjurespondent baserat på utbildningsnivå eller yrkesroll. Den andra nämnda kategorin, nätverksurval, är ett urval av personer som man genom tidigare träffar med personer eller respondenter når fram till.

Lämplighetsurvalet är ett urval som baseras på första lämpliga personen som samtycker att bli intervjuad. (Bryman & Bell, 2017)

När det kommer till vår uppsats har vi använt oss av ett målinriktat urval för att komma i kontakt och intervjua en logistiker på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Även intervjun med hälso- och sjukvårdsdirektören i Västra Götalandsregionen har skett genom ett målinriktat urval. Via de målinriktade kontakterna har vi sedan mött en akututvecklare på akutmottagningen vid Östra sjukhuset vilket innebär att vi har kombinerat det målinriktade urvalet med nätverksurvalet. Efter dessa tre intervjuer upplevde vi att vi fått svar på de funderingar vi hade och även fått ta del av det material som behövts för att göra en analys av närakuten.

### 2.4.3 Observation

Observation är en vetenskaplig teknik för insamling av information. Den får inte vara slumpmässig utan måste vara systematiskt planerad samtidigt som informationen måste regleras systematiskt. Observationer är särskilt användbara när det kommer till att samla information kring områden som innehåller beteenden i naturliga situationer. (Patel & Davidson, 2016)

En positiv effekt med att använda sig av observation är att den bortser från individens villighet att lämna information och har en förmåga att bortse från många motstånd hos människor när det handlar om att dela information eftersom en observation kräver mindre samarbete än de flesta andra tekniker. (Patel & Davidsson, 2016)

Vi har observerat arbetet och flödena på akutmottagningen vid Östra sjukhuset där vi observerat sjuksköterskan Schani Kjaerbeck under en arbetsdag. Detta gav oss en möjlighet att studera flöden och aktiviteter med egna ögon och skapa oss en bild kring problematiken och många av de utmaningar som akutmottagningen står inför.

Inför observationen fick vi skriva under ett sekretessavtal då vi under observationen och intervjuer har befunnit oss i patientnära miljöer.



#### 2.4.4 Transkribering

Det finns flera fördelar med att spela in och transkribera intervjuerna. Den huvudsakliga fördelen är att man inte riskerar att missa viktiga detaljer då allt material finns inspelat. En annan aspekt är att man kan gå igenom ordval och detaljer flera gånger och därmed minimera risken för feltolkningar. En nackdel med att spela in och transkribera intervjuer är att det är tidskrävande och intervjurespondenten riskerar att bli hämmad och obekvämt när den vet om att det pågår en inspelning. (Bryman & Bell, 2017)

I arbetet med denna uppsats har vi valt att dokumentera intervjuerna skriftligt för att sedan göra en avstämning med intervjurespondenten för att undvika misstolkningar. Vi har under processen inte spelat in våra intervjuer och därmed inte transkriberat intervjumaterialet. Den huvudsakliga orsaken till att vi inte spelade in intervjumaterialet är att vi utfört våra intervjuer i patientnära miljöer där man ej får spela in på grund av patientsäkerheten.

#### 2.5 Litteraturstudier

I denna uppsats används främst primärkällor då vi genomfört en observation vid Östra sjukhusets akutmottagning samt intervjuat nyckelpersoner inom organisationen. Vi har också tagit del av Västra Götalandsregionens egna rapporter och statistik vilket räknas som en primärkälla. Vi har även valt att använda oss av sekundärkällor i form av medicinska tidskrifter som beskriver ämnesområdet. Utöver detta har vi även studerat vetenskaplig teori inom ämnet som också är en sekundärkälla. Denna information har hämtats via databaser vid Göteborgs Universitetsbibliotek samt utgiven facklitteratur inom området.

#### 2.6 Forskningsetiska aspekter

Forskning behandlar många gånger stora mängder information kring organisationer, institutioner, stater och individer. Forskningen ansvarar för att finna balans mellan individernas integritet och forskningsnyttan. Man behöver som forskare lägga stor vikt vid forskningsetiska frågor och ställa sig frågor kring hur ens forskning ställer sig till individer och organisationer. (Patel & Davidsson, 2016)

Vetenskapsrådet är en svensk myndighet som av regeringen fått uppdraget att stödja svensk grundforskning (Vetenskapsrådet, 2019). Myndigheten har tagit fram fyra övergripande etikregler som skall genomsyra forskningen.

- *Informationskravet*; Berörda parter skall få information om syftet till den forskning som de deltar i och delger information till.
- *Samtyckeskravet*; De deltagare som erbjuds att delta i forskningen har egen rätt att bestämma i vilken grad de vill delta.
- *Konfidentialitetskravet*; Uppgifter om deltagarna skall behandlas konfidentiellt och obehöriga skall ej kunna ta del av personuppgifter.
- *Nyttjandekravet*; Insamlat material om individer och organisationer får endast användas i den forskning som material är insamlat till.

(Vetenskapsrådet, 2019)

I den observation och de intervjuer vi genomfört har samtliga berörda parter fått frågan om de vill delta i arbetet med denna uppsats. Syftet med intervjuerna och observationen har kommunicerats till samtliga parter i god tid för att dessa skall kunna förbereda sig och vara medvetna om vad deras information kommer att användas till. Samtliga personuppgifter som nämns i uppsatsen är godkända av respektive person och data- samt intervjumaterial används endast i denna uppsats syfte.

## 2.7 Källhantering

Vid forskning och behandling av material är hanteringen av källor av stor vikt. Information kan delas upp i två olika källområden; primärkällor och sekundärkällor. Om det är någon som upplevt den aktuella händelsen eller skapat informationen är det en primärkälla, övriga källor klassas som sekundärkällor. (Patel & Davidsson, 2016)

Ytterligare en aspekt i forskningsprocessen är källkritiken. Det är viktigt att värdera den text man läser och den information man får till sig. När gavs källan ut och var publicerades den? Källkritik handlar primärt om när, var, varför och hur en källa kommit till. Vi behöver också

ställa oss frågor kring utgivaren; vem är denna, vad har denna för roll samt hur partisk i frågan är avsändaren? Detta tillsammans ger oss svaret på hur pålitlig och sanningsenlig källan är. (Patel & Davidsson, 2016)

Vi har under arbetsprocessen tagit hänsyn till ovanstående och primärt använt källor utgivna från den aktuella organisationen. Många av dessa källor kommer från den svenska offentliga sektorn vilket gör att vi anser att dessa källor mycket tillförlitliga och relevanta. Vi har valt att utföra våra intervjuer med representanter från olika nivåer i organisationen. Detta för att värdera sanningshalten i svaren och för att få en så tydlig bild som möjligt.

## 2.8 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

I forskningen är reliabiliteten och validiteten viktiga beståndsdelar. Reliabilitet förklaras som tillförlitlighet som mer utförligt kan beskrivas som att resultatet ska bli detsamma oavsett vem som genomför den. Genom att säkerhetsställa reliabiliteten säkerhetsställer man därmed att resultatet är tillförlitligt. Bryman & Bell definierar validiteten som frågan om det identifierar, mäter eller observerar det som den ämnar att göra. (Bryman & Bell, 2017)

Det är viktigt att värdera reliabiliteten och validiteten högt genom hela arbetet då dessa två beståndsdelar behöver ingå. Förutom reliabiliteten och validiteten är även generaliserbarheten viktig under arbetets gång. Generaliserbarheten svarar på frågan om arbetsresultatet gäller för andra parter än de som förekom i vår analys. (Patel & Davidson, 2016)

Vi har värderat dessa beståndsdelar högt under hela arbetsprocessen. Eftersom en stor del av vårt resultat utgörs av kvantitativt material som utlämnats av Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade utfallet blivit detsamma oavsett författare. När det kommer till validiteten uppnår vårt arbete en hög grad av detta eftersom information och datainsamling har en tydlig koppling till forskningsfrågan. Eftersom majoriteten av akutmottagningarna inte har en närliggande anslutning till sig är det svårt att uppnå en hög grad av generaliserbarhet.

## 2.9 Metoddiskussion

Den tidsperiod vi valt att analysera är det första kvartalet under åren 2017, 2018 och 2019.

Under första kvartalet år 2017 hade närakuten inte öppnats. Detta skedde under första kvartalet år 2018 men var då fortfarande i en implementeringsfas. Under första kvartalet under år 2019 var närakuten fullt fungerande och arbetade enligt uppsatta arbetsätt. Då denna uppsats publiceras under första halvåret av år 2019 har vi därför valt att begränsa mätperioden till första kvartalet för att kunna se skillnad mellan de olika åren.

På Östra sjukhuset är det inte någon större variation under året när det gäller patientflödet mellan de olika kvartalen. Patientåkommor kan skifta under året, det vill säga halkolyckor förekommer mer under kvartal ett och fyra medan getingstick förekommer främst under kvartal tre. Dock är det totala patientflödet detsamma under årets fyra kvartal. (Johansson, 2019)

Vi har valt att utföra en observation och tre intervjuer med personer med olika roller inom organisationen. Vi fick möjligheten att följa en sjuksköterska under en dag och på så sätt observera flödena på akutmottagningen. Här gavs en bild av den dagliga verksamheten och hur närakutens flöde påverkar vårdpersonalens arbetsmiljö. Vi har också valt att intervjua en akututvecklare som arbetar taktiskt i verksamheten och arbetar fram de olika utvecklingsprojekten där projektet kring närakuten är ett utav dessa. Dessutom har vi träffat en logistiker som arbetar strategiskt i verksamheten och gett oss tillgång till datamaterial som vi efterfrågat för fortsatt analys. Slutligen har vi även träffat hälso- och sjukvårdsdirektören i Västra Götalandsregionen som arbetar strategiskt med nära kontakt med de folkvalda politikerna. Här gavs en övergripande bild kring hur ekonomistyrning och målbilder påverkats med närakutens implementering. Att intervjua representanter från de olika nivåerna inom organisationen skapar bred bild och ger oss perspektiv från både operativ, taktisk och strategisk nivå. Det som är en stor vinning för medarbetarna på närakuten kan vara en stor förlust för de måltal som sjukvårdsledningen ansvarar för och tvärtom. Därför tycker vi det är viktigt att belysa flera infallsvinklar.

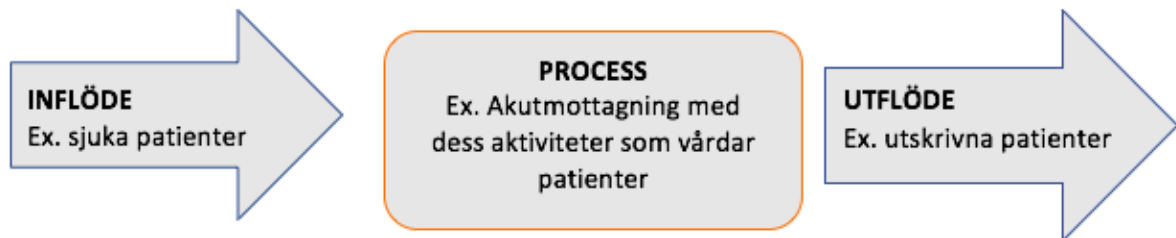
### 3. Teoretisk referensram

I detta kapitel presenterar vi den teoretiska referensramen för uppsatsen. Den innehåller teoretiska utgångspunkter som kopplas till produktivitet, effektivitet, vårdprocesser, arbetsmiljö, patientperspektiv samt kostnadsaspekter.

#### 3.1 Resurser och flöden

##### 3.1.1 Processflöden

Samtliga organisationer har gemensamt att de består av olika processer som i sig består av flera delprocesser. En process är det steget när inflödet transformeras och övergår till ett utflöde (Figur 1). (Anupindi et al, 2012)



Figur 1, Processflöden

I en organisation är det viktigt att man kan utvärdera och kvalitetssäkra de processer som finns och Anupindi menar att det är primärt fem faktorer som avgör hur processerna ser ut och verkar i organisationen. Dessa är;

- *Inflöde och utflöde*; För att kunna utvärdera processerna är det viktigt att veta hur in- och utflödet ser ut då det är dessa som både inleder en process, men också avslutar den. Det kan i många organisationer vara råmaterial, pengar, datatrafik etc. Inom sjukvården utgör patienterna in- och utflöde. På akutmottagningen ankommer ett inflöde av sjuka patienter som söker vård och när dessa har fått vård eller hänvisas till annan vårdenhet utgör dessa ett utflöde.
- *Flödesenheter*; Flödesenheterna påminner mycket om in- och utflödet men talar om vad själva flödet består av. På ett sjukhus är flödesenheten en patient.

- *Nätverket av aktiviteter och buffertar*; Här beskriver man vilka faktiska aktiviteter som utförs i processen. En aktivitet är allt som utförs i processen och kan vara både små och stora saker som utförs. I dessa aktiviteter finns det i sin tur delprocesser som utgör ytterligare aktiviteter. Exempelvis är triagering en del av akutmottagningens processflöde, men triagering är en egen process som innehåller egna aktiviteter. Buffert innebär den tid som det tar för en flödesenhet från att en aktivitet slutar till att nästa aktivitet tar vid. På en akutmottagning kan buffert vara den tid det tar från att patienten träffat en sjuksköterska för en första bedömning till den tid det tar innan patienten får träffa en läkare om det skall ske.
- *Resurser*; Resurser är de tillgångar som finns till förfogande att kunna utföra processen. Resurserna består av två huvudkategorier där dessa är kapital och arbetskraft. Kapital kan innefatta lokaler, maskiner samt stödsystem som alla finns på en akutmottagning. Arbetskraften är de människor som arbetar med processen i organisationen. På en akutmottagning innefattar det olika kategorier av vårdpersonal.
- *Informationsstruktur*; Informationsstrukturen talar om hur information delas, hur informationen används och vem som skall ta del av informationen. I dagens informationsutveckling blir denna del allt viktigare i en process och information blir mer och mer realtidsbaserad. På en akutmottagning delas information mellan vårdpersonalen och dokumentation sker hela tiden vilket gör att informationsstrukturen är av stor vikt. (Anupindi et al, 2012).

### 3.1.2 Resurseffektivitet kontra flödeseffektivitet

I vården pratar man många gånger om stora och små flöden. Ett stort flöde med många patienter med gemensamma sjukvårdsbehov kan genomgå ett separat flöde där samtliga patienter har samma flödestakt i processen. Det vill säga samtliga patienter vistas i flödet lika länge vilket gör att det inte skapas några köer. I vården finns det andra gånger många små flöden som korsar och påverkar varandra. I ett sådant flöde ankommer patienter vid olika tillfällen och har olika vårdbehov vilket skapar en variation i flödet.

Kingmans ekvation förklarar hur variation påverkar flödena och beskriver sambandet mellan resurs- och flödeseffektivitet. För att uppnå en hög flödeseffektivitet behöver kön i

sammanhanget elimineras eftersom flödesenheten hela tiden måste ha tillgång till ledig kapacitet dit den färdas. När det däremot kommer till hög resurseffektivitet krävs det en kö med ett konstant inflöde för att resurserna hela tiden skall vara sysselsatta och skapa värde.

Kingmans ekvation förklarar att det inte är möjligt att uppnå en hög resurseffektivitet samtidigt som en hög flödeseffektivitet. Här behöver man göra ett aktivt val av vilken effektivitet man vill prioritera. (Rosenbäck et al, 2019)

### 3.1.3 Snabbspår i sjukvården

Det finns olika sätt att försöka minska kötiderna inom sjukvården och ett av dessa sätt är att använda sig av ett snabbspår vid akutmottagningen. Snabbspår var något som introducerades under 1990-talet med syfte att minska antalet patienter på akutmottagningen och genom detta öka patientnöjdheten och patientsäkerheten. Ett snabbspår innebär att du separerar en viss patientgrupp och hanterar den i ett separat flöde. (Oredsson et al, 2011) Hur man väljer att separera patientflödet kan variera utifrån en rad olika förutsättningar. Det kan till exempel handla om att man vill klara av mindre sjuka patienter snabbare, förflytta en viss typ av symptom eller för att skapa plats på akutmottagningen för mer vårdkrävande patienter. (Sandman, Ekerstad Lindroth, 2012)

År 2002 utvärderade Matthew W Cooke et al. hur ett snabbspår för mindre vårdkrävande patienter påverkade kötiderna vid en brittisk akutmottagning. Slutsatsen blev att väntetiden minskade avsevärt. Innan förändringen översteg 13,2% fyra timmars total väntetid vid akutmottagningen medan denna siffra sjönk till 1,4% efter införandet av snabbspåret.

En negativ effekt med snabbspår för mindre vårdkrävande patienter skulle kunna vara att de mer akut vårdkrävande patienterna blir lidande och får ökad kötid då en del av resurserna omfördelas. Resultatet av utvärderingen visade dock att så var inte fallet. (Cooke et al, 2002). Samma resultat som presenteras i Cooke et als utvärdering finns även att läsa i Paul Kwas och Denise Blakes studie inom detta område som också kom fram till att en minskning av kötider för mindre vårdkrävande patienter inte ökade kötiderna för de mer akut vårdkrävande patienterna, dock har kötiderna för dessa inte minskat. (Kwa & Blake, 2008).

De sammanfattande effekterna av att implementera ett snabbspår vid en akutmottagning har lett till kortare väntetider, kortare total vistelsetid och att färre patienter lämnar akutmottagningen för att de ej känner sig sedda eller på grund av långa kötider. Effekterna har även blivit att akutmottagningarna kan fokusera än mer på de akut vårdkrävande patienterna då de mindre vårdkrävande patienterna inte stannar någon längre tid på akutmottagningen och på det viset inte kräver vårdpersonalens uppmärksamhet under en längre tid. (Oredsson et al, 2011)

#### 3.1.4 Värdeflödesanalys

Värdeflödesanalys innebär att man kartlägger och utvärderar nätverket, det vill säga de aktiviteter och buffertar som ingår i processen. Detta görs för att lokalisera vilka delar av processen som skapar värde och inte och vilka delar som behöver förändras eller bytas ut. En organisation strävar mot en felfri och perfekt process då den dels maximerar kund- eller i detta fall patientupplevelsen men också en nöjd och tillfredsställd personalstyrka. För att mäta värdet av en process tas flera faktorer i beaktning. Dessa är kundvärde, tillgänglighet, tidsschemat, flexibilitet som genererar ett högt slutresultat. (Anupindi et al, 2012)

### 3.2 Produktivitet

Produktiviteten benämns som antalet producerade tjänster eller prestationer relaterade till insatta resurser. Resurser i detta fall mäts ofta i kostnader som används i en viss process som kan liknas vid att producera vårdtjänster. Resurserna påverkar volymen av produktionen samt vilken kvalitet processen kan uppnå. Med produktionsvolym menas till exempel totalt antal besök, antal patienter som är inlagda eller antal operationer som genomförs. Kvaliteten mäts med bland annat patientnöjdhet, bemötande eller överlevnadsfrekvens. Produktionsvolymen och dess kvalitet säger däremot inget om målen för verksamheten. En vårdinsats kan genomföras med hög processkvalitet och låga kostnader men kan trots dessa ha ett begränsat värde för patientens hälsa på grund av att det finns andra behandlingsmetoder som hade hjälpt patienten på ett mer effektivt sätt. (SOU, 2016)



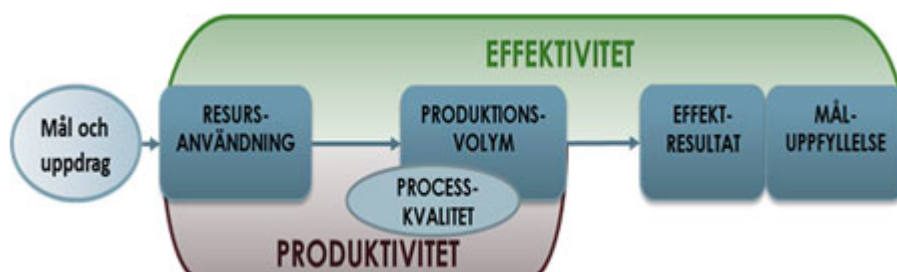
### 3.2.1 Utmaningar med att mäta produktivitet i offentlig sektor

Det finns två övergripande problem när det handlar om att försöka mäta värdet på produktivitet inom offentlig sektor. Det handlar dels om att tjänsterna vänder sig mot individer vilket försvårar att peka på vad värdet av tjänsten är eftersom det inte sker någon marknadstransaktion. (Aktinson, 2005) Den andra utmaningen med att mäta produktivitet är att målen för vården är svåra att mäta vilket därmed försvårar mätningen av både produktivitet och effektivitet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen uttrycks det övergripande målet ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (Riksdagen, 2017).

Att mäta antingen hälsa eller livskvalitet är svårt och det saknas mått i siffror när det kommer till hälso- och sjukvårdens bidrag som bidrar till hälsoutvecklingen och som samtidigt ska kunna relateras till resursinsatsen. (SOU, 2016)

### 3.2.2 Skillnaden mellan produktivitet och effektivitet

Det är viktigt att skilja på effektivitet och produktivitet när det kommer till sjukvård (Figur 2). Som tidigare nämnts handlar produktiviteten om producerade tjänster sett till resursinsatsen men detta säger inte hur resultatet speglar målbilden för verksamheten. Det säger med andra ord inget huruvida patienterna blev vare sig friska eller nöjda. För att analysera värdet är det istället effektiviteten som är intressant. Med effektivitet analyseras vilka resultat som uppnås i förhållande till vilka resurser som är insatta, det kan med andra ord handla om hur en viss behandling resulterar i att en patient får bättre hälsa. Produktiviteten benämns som en del av effektiviteten där en hög effektivitet är det som hela tiden bör eftersträvas. En hög produktivitet är nödvändig för sjukvården men är inte tillräckligt för en effektiv vård. (SOU, 2016)



Figur 2, Effektivitet (Socialstyrelsen 2019, Handbok för effektivitetsanalyser – För god vård och omsorg)

Det finns inte någon generell korrelation mellan begreppen effektivitet och produktivitet. Det finns tillfällen då en höjd produktivitet inte leder till en högre effektivitet. Även om den generella korrelationen inte finns är det vanligt att dessa två ansatser korrelerar. Förekommer det hög produktivitet är verksamheten vanligtvis också effektiv med goda kvalitetsresultat. (Barkman et al, 2016)

### 3.3 Arbetsmiljö i vården

Lars Foldspang et al. har forskat kring hur fysisk och psykosocial arbetsmiljö påverkar organisationers produktivitet. Resultatet av studien visar att det finns en tydlig koppling mellan arbetsmiljö och produktivitet och menar därför att det ger positiva synergier att investera i en god arbetsmiljö. (Lars Foldspang et al, 2014)

Arbetsmiljön för medarbetarna inom vården med fokus på hälsa och engagemang har visat sig vara vitala när det kommer till att lyckas med kvalitativ vård. Forskning som gjorts på området menar att arbetsförhållanden för vårdpersonalen påverkar hälsan hos personalen. Genom att minimera stress, sjukskrivningar och andra negativiteter skapar man förutsättningar för en mer motiverad personal som i sin tur genererar ett starkare verksamhetsresultat. Många anställda vill ha höga krav och en utmanande arbetsvardag, men förutsättningar och resurser behöver finnas tillgängliga för att kunna möta dessa krav. De resurser som anses särskilt viktiga för att möta de efterfrågade kraven är en hög ledarskapsnivå, arbetskontroll, återkoppling på arbetet, kompetensutveckling samt ansvarsfördelning. (Strömgren, Dellve, Eriksson, 2017)

Ekonomen Bart Nooteboom har gjort mycket forskning kring relationer på arbetsplatser och han menar att tillit och förtroende uppnås genom att chefer och ledare aktivt undersöker och kommunicerar med sina medarbetare kopplat till vilket stöd de behöver och vilka förutsättningar som krävs för att utveckla kliniker och sjukhus framåt. (G. Möllering, 2015)

Det blir därför av stor vikt att upprätta starka arbetsrelationer som baseras på goda relationer mellan de olika arbetsrollerna som finns inom vården där man kan dela erfarenheter och kompetens genom tvärprofessionella samarbeten. Nyckelfaktorerna är alltså ett starkt och närvarande ledarskap som främjar ett högt samarbete mellan de olika personalgrupperna. Att

skapa ett högt engagemang bland personalen som känner sig tillfredsställd är också en nyckelfaktor och kommer i sin tur att leda till en bättre arbetsmiljö som genererar en bättre vård för patienten. (Strömgren, Dellve, Eriksson, 2017)

### 3.4 Triagering

I Sverige finns en hälso- och sjukvårdslag som instiftades år 1982 och lyder “*vården ska bedrivas med respekt för patientens självbestämmande och integritet*” (Riksdagen, 2017).

Besluten som tas inom sjukvården är ett samspel mellan patient och vårdpersonal och det är viktigt att dessa hela tiden går hand i hand. Att fastställa hur vårdkrävande en patient är kan vara svårt och utmaningen med att patienter beskriver sina symtom olika baserat på olika bakgrund och erfarenheter gör det ännu mer komplicerat. Till sin hjälp använder man inom akutsjukvården ett så kallat triageringssystem. Triagering är ett system som aktivt används i dagens sjukvård för att kunna sortera inflödet i olika kategorier beroende på hur beroende de är av akutsjukvård. (Göransson, Eldh, Jansson, 2008)

Dagens triageringssystem på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är byggt på en modell som kallas Rapid Emergency Triage and Treatment System, RETTS. RETTS går ut på att vårdpersonalen gör en bedömning hur beroende patienterna är av akutsjukvård och sorterar därefter in patienterna i fem olika kategorier som benämns i fem olika färger. (Göransson, Eldh, Jansson, 2008)

I tabell 1 redogörs dessa triageringsfärger.

Triageringsfärger	Beskrivning	Vård inom följande tid
Blå	Icke brådskande	240 min
Grön	Standard	120 min
Gul	Brådskande, vård krävs	60 min
Orange	Mycket brådskande, kräver vård snarast	5-10 min
Röd	Allvarligt sjuk, kräver omedelbar vård	0 min

Tabell 1, Triageringsfärger (Göransson, Eldh, Jansson, 2008)

När man skall ta hänsyn till vilken färg man skall sortera in patienterna i finns det tre viktiga principer som utvecklades av prioriteringsutredningen och lagstiftades år 1997. Dessa går hand i hand med hälso och sjukvårdslagens mål kring *“en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”*. (Riksdagen, 2017)

Den första principen kallas människovärdesprincipen och lyder enligt socialdepartementets prioriteringsutredning, *“alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället”*. I utredningen beskrivs det vidare att det går emot människovärdesprincipen att prioritera patienter utifrån ålder, kön, yrkesroller, samhällsklass m.m. (SOU, 2001)

Den andra principen, behovs- och solidaritetsprincipen formuleras i Socialdepartementets utredning *“mer resurser till de mest behövande samt att resurserna bör fördelas efter behov”*. Det vill säga att de som är i störst behov av vårdresurserna är alltså de som skall få flest resurser på kortast tid. I denna princip menar man även att man skall ta särskild hänsyn till de patientgrupperna som inte kan göra sig hörda. Dessa grupper skall inte prioriteras men de skall ha samma rätt till vård som alla andra grupper. (SOU, 2001)

Kostnadseffektivitetsprincipen är den tredje principen och behandlar skillnaden mellan kostnader och effekter. Socialdepartementet formulerar det som *“vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas”*. Här menar man att det inte är kostnaderna som skall styra vården, utan att det är patientbehovet som skall styra vilken vård som skall ges och prioritering skall aldrig göras utifrån vilken kostnad patienten drar med sig i vårdkedjan. (SOU, 2001)

De tre principerna ska samspela men har en rangordning där människovärdesprincipen rangordnas högst följt av behovs och solidaritetsprincipen som följs av kostnadseffektivitetsprincipen. (SOU, 2001)

### 3.5 Vårdens finansiella läge

År 2016 gjordes en utredning (SOU, 2016) kring effektiv vård där man analyserade en rad olika effektivitetsmått. Utredarna konstaterar att det är svårt att analysera den svenska vården då den bedrivs av 290 olika kommuner och 21 regioner samt en rad privata aktörer. Dock har en jämförelse gjorts där man konstaterat att det finns ett mycket svagt om ens något samband mellan de regioner som satsat mest pengar och de regioner som når den högsta vårdkvaliteten. Det finns alltså ytterst få samband mellan högt resultat och höga vårdinvesteringar. (SOU, 2016)

Det tillskjuts stora summor pengar till vården men detta är inte lösningen för en bättre produktivitet. Under 2018 ökade de finansiella resurserna med sju procent men produktiviteten ökade endast med fyra procent. Istället för att tillskjuta ytterligare finansiella resurser bör fokus ligga på förändring av befintliga arbetssätt och låta vårdpersonalen göra det som de är bäst på. (Läkartidningen, 2019)

John Nixon och Philippe Ulmann beskriver svårigheter att jämföra kostnader och vårdkvalitet. De menar att det inte föreligger ett tydligt orsakssamband mellan kostnader och hälsoreultat. Problematiken med en sådan jämförelse är att de många gånger inte inkluderar kvalitativa värden som välmående, livsmiljö och levnadsstandard. Istället fokuserar man på kvantitativa mått som exempelvis levnadslängd. (Nixon & Ulmann, 2006)

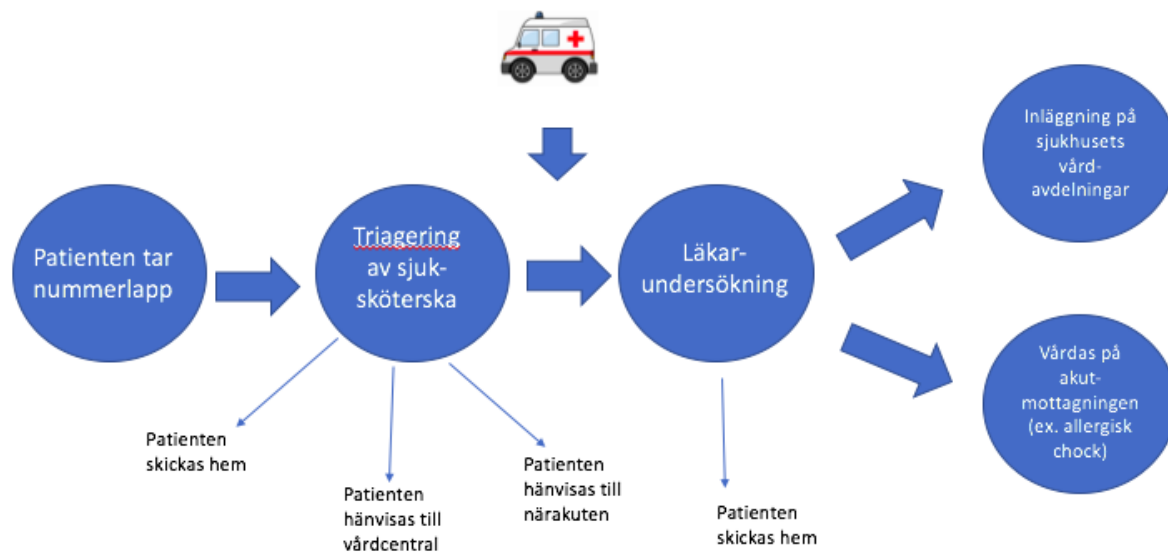
## 4. Resultat

*Resultatredovisningen struktureras utifrån patientflöde, kötider, patientnöjdhet, arbetsmiljö samt ett kostnadsperspektiv.*

### 4.1 Patientflöde

#### 4.1.1 Patientens flöde på akutmottagningen

I figur 3 visas patientflödet på akutmottagningen vid Östra sjukhuset. När man anländer som patient till Östra sjukhusets akutmottagning gör man det antingen genom ambulanstransport eller genom att själv gå via akutmottagningens väntrum. I väntrummet tar patienten alltid en nummerlapp oavsett om det är kö eller ej för att man i efterhand skall kunna mäta patientens totala vistelsetid. På Östra sjukhuset möter en sjuksköterska upp patienten tidigt i flödet och utför s.k. triagering på patienten, vilket innebär att man ger en första preliminär diagnos och dessutom ger patienten en triageringsfärg. Målbilden är att detta skall ske inom tio minuter och till sin hjälp har sjuksköterskan RETTS-systemet. Schani Kjaerbeck påpekar flera gånger under observationen att inom RETTS finns ingen rekommendation kring vilka patienter som bör vårdas på närakuten utan här behöver man lokalt skapa det arbetssättet. Att utföra triagering tidigt i flödet gör att man får kunskap om att ingen akut vårdkrävande patient sitter i väntrummet utan att man har koll på dem. Tanken är att patienten hellre får vänta inne i akutmottagningens flöde efter att man graderat sjukdomsläget. Utöver att man ger patienten dess triageringsfärg tar man beslut om nästa steg i processen vilket antingen är att patienten hänvisas hem då den ej är i behov av vård, den skall ta kontakt med sin vårdcentral, den får en remiss till närakuten eller att patienten skall vidare in i akutens flöde där den skall få träffa en akutläkare. (Kjaerbeck, 2019)



Figur 3, Flödet på akutmottagningen vid Östra sjukhuset

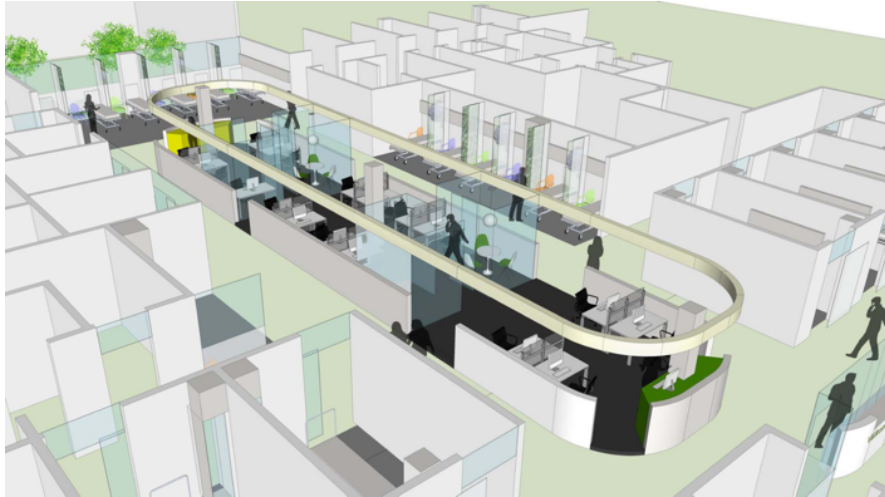
De patienter som stannar i akutmottagningens flöde träffar i detta skede läkare och här ansluter även de patienter som kommer in till akutmottagningen med ambulanstransport då de har triagerats av ambulanspersonalen. Här finns det totalt fem läkarteam med olika specialiteter inom medicin och kirurgi som vårdar patienten. Här kan läkaren ta beslut att skicka hem patienten då den inte är behov av vård, men kan också efter läkarvård läggas in på en vårdavdelning vid sjukhuset eller vårdas vidare inne på akutmottagningen. Det sista sker exempelvis vid en allergisk chock där man vill övervaka patienten en kortare tid efter medicinering. (Kjaerbeck, 2019)

#### 4.1.2 Akutmottagningens layout

Östra sjukhusets akutmottagning totalrenoverades år 2015 och är en av landets mer modernare akutmottagningar (Johansson, 2019). Kärnan på akutmottagningen är den så kallade bryggan där alla teamen utgår ifrån (Figur 4). Till skillnad mot många andra vårdavdelningar sitter läkarna i teamen tillsammans med sjuksköterskor och undersköterskor i stället för att de olika personalgrupperna sitter var för sig. Från bryggan ser man de flesta rummen och får lätt en överblick över samtliga delar av akutmottagningen för att underlätta samarbete och flöde.

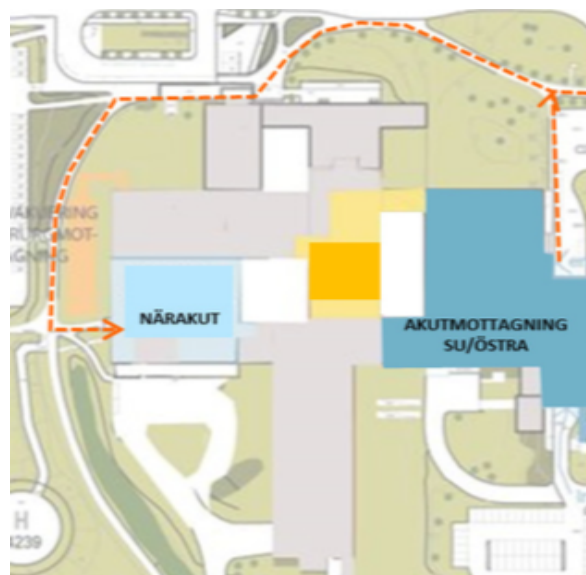
På akutmottagningen finns det två akutrum där man vårdar allvarligt sjuka patienter och har tillgång till avancerad utrustning. Det finns tio rum som används för triagering och undersökning samt ytterligare rum för att vårda och övervaka patienter. Det finns ytterligare

12 sängplatser där man kan låta patienter ligga i väntan på förflyttning till röntgen eller annan vårdavdelning.



Figur 4, Layout över akutmottagning (VGR, 2019)

De patienter som i slutändan vårdas på närakuten går i ett första skede via väntrummet till ett av triageringsrummen som ligger precis innanför ingången och går sedan tillbaka samma väg för att sedan gå ut genom akutmottagningen och förflytta sig 300 meter inom sjukhusområdet till närakutens väntrum (Figur 5).



Figur 5, Layout över närakutens lokalisering i förhållande till akutmottagningen vid Östra sjukhuset (VGR, 2019)



#### 4.1.3 Akutmottagningens bemanning

På akutmottagningen arbetar läkare, sjuksköterskor samt undersköterskor tillsammans i olika team. I tabell 2 redovisas det dagliga arbetet på akutmottagningen där arbetet leds av en ledningsläkare samt en ledningssjuksköterska som till sin hjälp har följande bemanning till sitt förfogande.

Team	Arbetsuppgifter	Läkarbemanning	Övrig vårdpersonal
PTB-team (Primär teamvårds- bedömning)	Utför samtlig triagering dagtid samt läkar- undersökning av mindre allvarliga patienter	Totalt tre läkare under dagen; 1) 0800-1600 2) 0900-1700 3) 1200-2100	Totalt fem undersköterskor/sjuksköterskor där det varierar från dag till dag vilken kompetens som finns i teamet
Team 1	Medicinsk specialitet	1-2 läkare	2 st sjuksköterskor
Team 2	Medicinsk specialitet	1-2 läkare	1st sjuksköterska samt 1 st undersköterska
Team 3	Kirurgisk specialitet	1 läkare	1 st sjuksköterska
Team 4	Kirurgisk specialitet	1 läkare	2 st sjuksköterskor

Tabell 2, Bemanning på akutmottagningen vid Östra sjukhuset (Kjaerbeck)

PTB-teamet utför samtlig triagering dagtid vilket gör att det primärt är sjuksköterskorna i det teamet som skickar patienterna till närakuten. Samtliga anställda roterar mellan de olika teamen för att få en variation i sitt arbete. Ett team vårdar mellan 1-10 patienter samtidigt.

## 4.2 Kötider

### 4.2.1 Genomsnittstid till triagering under perioden januari till mars.

I tabell 3 redovisas genomsnittstiden från dess att patienten tar en nummerlapp tills dess att patienten blir triagerad av en sjuksköterska.

	<b>Antal patienter på akutmottagningen</b>	<b>Antal patienter som triagerades</b>	<b>Snittid till triagering (minuter)</b>
2017	11521	7500	6,95
2018	11800	7914	9,66
2019	12017	8195	7,05

Tabell 3, Genomsnittstid till triagering (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019)

Västra Götalandsregionen har som mål att triagering ska ske inom 10 minuter (VGR, 2019). Anledningen varför ej samtliga patienter triagerats beror på att vissa patienter anländer med ambulans (se figur 3), vissa patienter vänder hem innan triagering eller att vårdpersonalen brustit i arbetssättet kring tidsregistrering (Johansson, 2019).

### 4.2.2 Tid till läkarbedömning under perioden januari till mars

I tabell 4 redovisas hur stor andel av det totala inflödet till akutmottagningen som får träffa läkare samt den genomsnittliga tiden i timmar för detta. Västra Götalandsregionen har som mål att detta ska ske inom en timme (VGR, 2019).

	<b>Antalet patienter</b>	<b>Antalet patienter som träffar läkare</b>	<b>Andel patienter som träffar läkare</b>	<b>Snittid för att träffa läkare (timmar)</b>
2017	11521	8948	78%	2,14
2018	11800	8649	73%	1,92
2019	12017	7644	64%	1,70

Tabell 4, Tid till läkarbedömning (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019)

#### 4.2.3 Total vistelsetid på akutmottagningen under perioden januari till mars

I tabell 5 presenteras data som visar den genomsnittliga totala vistelsetiden vid akutmottagningen vid Östra sjukhuset.

	<b>Antal patienter</b>	<b>Snittid, Total vistelsetid (timmar)</b>
2017	11521	4,23
2018	11800	3,81
2019	12017	3,37

Tabell 5, Total vistelsetid på akutmottagningen (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019)

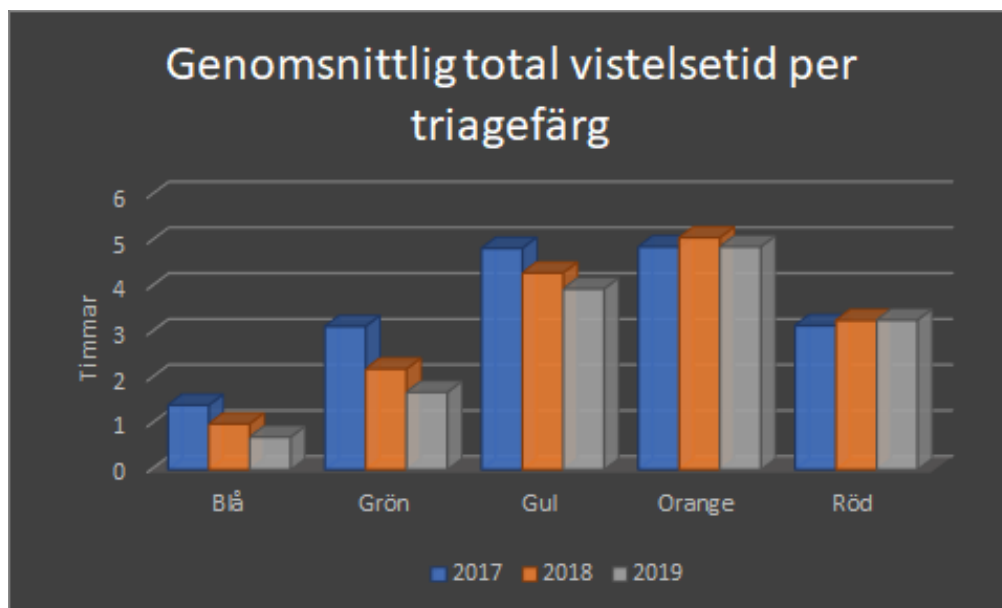
Den totala vistelsetiden mäts från det tillfället då patienten tar en nummerlapp tills den tidpunkt då patienten skrivs ut från akutmottagningen (Kjaerbeck, 2019). Västra Götalandsregionens uppsatta mål för den totala vistelsetiden på samtliga akutmottagningar är fyra timmar (VGR, 2019).

#### 4.2.4 Genomsnittlig total vistelsetid per triageringsfärg under perioden januari till mars

I tabell 6 och figur 6 redovisas den genomsnittliga totala vistelsetiden på akutmottagningen vid Östra sjukhuset. Akutmottagningarna arbetar inte med specifika mål per triageringsfärg, det totala målet är fyra timmar för samtliga triageringsfärger (VGR, 2019).

	<b>TVT blå (timmar)</b>	<b>TVT grön (timmar)</b>	<b>TVT gul (timmar)</b>	<b>TVT orange (timmar)</b>	<b>TVT röd (timmar)</b>
2017	1,41	3,13	4,84	4,87	3,15
2018	1,00	2,20	4,30	5,07	3,26
2019	0,71	1,69	3,95	4,87	3,27

Tabell 6, genomsnittlig total vistelsetid (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019)



Figur 6, Genomsnittlig total vistelsetid per triageringsfärg (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019)

#### 4.2.5 Andel patienter till närakuten under perioden januari till mars

I tabell 7 redovisas antal besök på akutmottagningen vid Östra sjukhuset men även hur många av dessa patienter som blivit hänvisade till närakuten.

	Antal akutbesök	Antal till närakuten	Andel till närakuten
2017	11521	Ingen närakut	---
2018	11800	1073	9,09%
2019	12017	2358	19,62%

Tabell 7, andel patienter till närakuten (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019)

Det finns i dagsläget inget specifikt mål för hur stor andel som ska hänvisas från akutmottagningen till närakuten. Dock skall närakuten totalt ta emot 75 patienter varje dag från både barnakuten och akutmottagningen. Detta motsvarar att närakuten vårdar 25% av det totala inflödet av barn- och akutmottagningens patienter tillsammans. (Johansson, 2019)

Kjaerbeck beskriver under observationen att majoriteten av de patienter som hänvisas till närakuten har fått triageringsfärgerna blå eller grön. De patienterna är för sjuka för att skickas hem men kräver många gånger inte specialiserad akutsjukvård. (Kjaerbeck, 2019)

#### 4.2.6 Total vistelsetid på akutmottagningen bland de patienter som hänvisas till närakuten under perioden januari till mars.

I tabell 8 redovisas den genomsnittliga vistelsetiden på akutmottagningen för de patienter som sedan hänvisas till närakuten. Detta mäts från det tillfället då patienten tar en nummerlapp tills den tidpunkt då patienten hänvisas till närakuten och därmed lämnar akutmottagningen.

(Johansson, 2019)

	<b>Antal patienter som hänvisas till närakuten</b>	<b>Snittid, total vistelsetid (min)</b>
2017	Ingen närakut	---
2018	1073	31,22
2019	2358	21,74

Tabell 8, Total vistelsetid på akutmottagningen bland de patienter som hänvisas till närakuten

(Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2019)

### 4.3 Arbetsmiljö och personalens upplevelse

För att lyssna till medarbetarna och deras upplevelse av närakutens implementering har man i rapporten *utvärdering av närakut vid Sahlgrenska Sjukhus/Östra* sammanställt åsikter och upplevelser från personal både på akutmottagningen och närakuten. Cirka 30 medarbetare har intervjuats i fokusgrupper där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor suttit i grupper om 3-5 personer och diskuterat kring frågor kopplade till samarbetet mellan mottagningarna samt om de anser att närakutens införande har avlastat deras arbete. (VGR, 2018)

I fokusgrupperna har man kommit fram till att man upplever att det är bra samarbete mellan närakuten och akutmottagningen där man arbetar för att hitta gemensamma lösningar och man har en vilja att utveckla samarbetet ytterligare. Man upplever, både sjuksköterskor och läkare,

att det är svårt att veta vilka patienter som skall hänvisas till närakuten. De anser att det krävs en erfaren sjuksköterska i triageringen som vågar ta beslutet att hänvisa en patient från akutmottagningen, något som alltid inte sker. Medarbetarna på närakuten upplever att de får mer "korrekt" hänvisade patienter de dagar man bemannar triageringen med en erfaren sjuksköterska. En önskan från de olika personalgrupperna är ett tydligare ramverk för vilka patienter som skall hänvisas. Personalen berättar i fokusgrupperna att de inte upplever det tufft och påfrestande att hänvisa patienterna till en annan vårdenhet, utan mottagandet från patienterna de möter är positivt. (VGR, 2018)

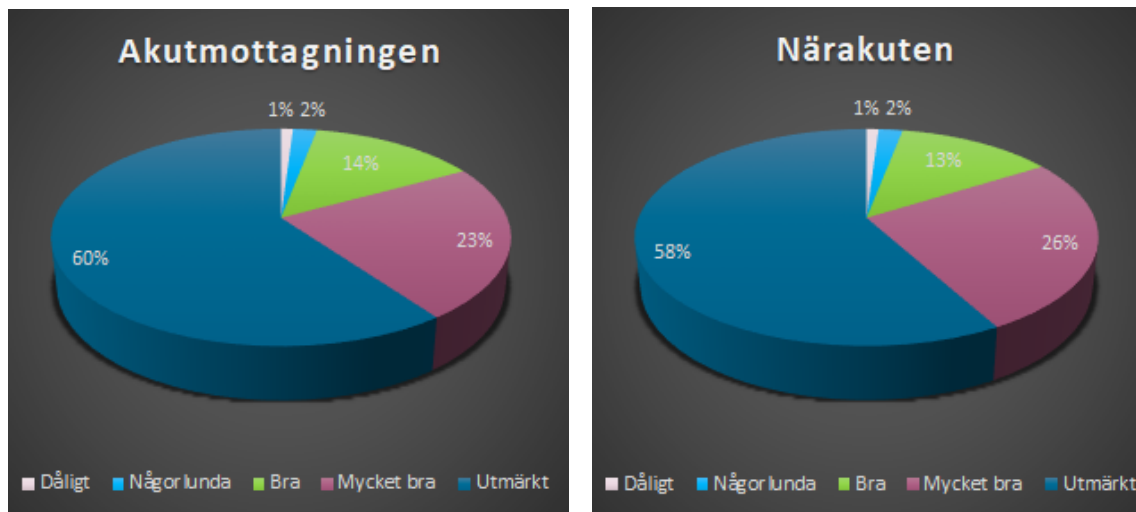
När det gäller personalens arbetsbelastning anser primärt sjuksköterskorna att närakuten bidragit som en avlastning då man hanterar färre patienter som är mindre sjuka, men som ändå behöver hanteras. För den personal som arbetar i team 1-4 där mer vårdkrävande patienter vårdas upplever man inte lika stor skillnad, utan det är primärt i PTB-teamet som den stora skillnaden upplevs. (VGR, 2018)

En utmaning man upplevt är att bemanna närakuten då man vill anställa erfarna sjuksköterskor från primärvården. Detta har varit svårt och vissa dagar har man behövt strypa patientflödet från akutmottagningen till närakuten. Dessa dagar upplever personalen en hög arbetsbelastning på akutmottagningen. (VGR, 2018)

På akutmottagningen och närakuten har man lätt att attrahera och rekrytera personal. Utmaningen är att få personalen att stanna och på set viset bygga kontinuitet och kompetens. Då personalen arbetar kvällar hälften av sina arbetspass samt tre av fem arbetshelger gör det att personalen många gånger söker sig vidare till andra vårdinrättningar. Den stora personalomsättningen gör att personalen vittnar om en hög stress och en ökad oro. (Johansson, 2019)

#### 4.4 Patientnöjdhet

Varje månad mäter Östra sjukhuset patientnöjdheten på både akutmottagningen och närakuten. Mätningen sker en gång i månaden på akutmottagningen och två gånger i månaden på närakuten eftersom inflödet av patienter är mindre där. Mätningen sker mellan klockan 08.00-20.00 och baseras på en enkät där patienten ombeds svara på frågan ”hur värderar du som helhet den vård/ behandling du fick?”. Patienten får därtill en femskalig svarslista där dåligt utgör den minst nöjda och utmärkt den mest nöjda. I figur 7 och figur 8 visas en sammanställning av hur patienterna har svarat på respektive mottagning under 2018. (VGR, 2018)



Figur 7, patientnöjdhet akutmottagningen (VGR, 2019) Figur 8, patientnöjdhet närakuten (VGR, 2019)

#### 4.5 Kostnad för närakutens implementering

På akutmottagningen och närakuten har varje patient en kostnad. Denna kostnad ligger i genomsnitt på 3027 kronor för en patient på akutmottagningen och 1998 kronor för en patient på närakuten. Detta kan jämföras med genomsnittliga kostnaden för Sahlgrenska Universitetssjukhuset samtliga akutmottagningar som ligger på 3280 kronor. (Johansson, 2019)

Den totala budgeten för närakutsprojektet år 2018 var 33,4 miljoner kronor. Denna budget är ett tillskott utöver budgeten på akutmottagningen vid Östra sjukhuset. Det vill säga akutmottagningen har inte fått minskade anslag, utan dessa resurser är endast tillskott till akutverksamheten. Efter att man summerade första kvartalet år 2018 konstaterades det att faktiska kostnader understigit de budgeterade vilket innebar ett budgetöverskott på 1,3 miljoner kronor. Detta beror enligt Västra Götalandsregionen på att läkarbemanningen säkerställts i högre utsträckning via rekryteringar istället för att hyra in personal via bemanningsföretag. (VGR, 2018)

#### 4.6 Sammanfattande resultat

I resultatdelen har vi redogjort för akutmottagningens arbetsätt genom att redovisa den observation som utförts samt redovisat layout över sjukhusområdet. Därutöver har vi redovisat olika kötider för patienterna, statistik för patientnöjdhet samt resultat från undersökning kopplat till arbetsmiljön. Slutligen har vi även redovisat ett ekonomiskt perspektiv för projektet.



## 5. Analys

*I nedanstående kapitel presenteras en analys där vi vävt samman den teoretiska referensramen tillsammans med de insamlade resultaten. Analysen kretsar kring kötider, arbetsmiljö och patientnöjdhet där vi för en diskussion kring hur dessa förhåller sig till kostnadsaspekten.*

### 5.1 Kötider och patientflöde

Det har gjorts flera studier inom sjukvården där man valt att studera vad som händer med en akutmottagning när man inför ett separat flöde, ett så kallat snabbspår. Detta är något som bland annat Matthew W Cooke studerat vid en akutmottagning i Storbritannien.

På Östra sjukhuset har man som komplement till den ordinarie akutmottagningen valt att implementera ett typ av snabbspår i form av en närakut. Eftersom närakuten behandlar mindre vårdkrävande patienter är Östra sjukhusets snabbspår ett sådant som skall frigöra resurser på akutmottagningen till de mer vårdkrävande patienterna.

I Cookes studie kommer man fram till att kötiden för de mindre vårdkrävande patienterna minskar. Då Östra sjukhuset arbetar med triagering tidigt i flödet är det svårt att påvisa att kötiderna minskat på samma sätt som i Cookes fall. Dock ser vi att den totala vistelsetiden minskar för de blå-, grön- och gultriagerade och genom den minskningen frigörs fler resurser till mer vårdkrävande patienter. De orange- och rødtriagerade patienterna är relativt opåverkade av Östra sjukhusets snabbspår när det gäller total vistelsetid.

I tabell 3 kan vi utläsa antalet patienter som har triagerats och genomsnittstiden för dessa. Då målet är tio minuter når man det uppsatta målet under samtliga mätperioder. Under 2017 när närakuten inte existerade nådde man redan då det uppsatta målet. Daniel Johansson har i intervju berättat att det inte är triageringstiden som varit akutmottagningens utmaningar, utan att det snarare handlar om processer längre in i flödet. Under 2018 är siffran aningen högre än både 2017 och 2019. En trolig förklaring till detta är enligt Daniel Johansson att närakuten implementerades detta år och personalen som triagerade tog ibland lite längre tid på sig då det inte fanns några klara rutiner kring vilka diagnoser som skulle hänvisas vidare.

Som framgår av tabell 8 triagerades 2358 patienter under år 2019 som i slutändan vårdades av närakuten. Dessa har en genomsnittstid på nästan 22 minuter. Om närakuten hade varit öppen för allmänheten hade man här kunnat frigöra tid på akutmottagningen som hade gått till mer resurskrävande patienter som var i behov av akutsjukvård. Tiden från dess att patienten tar nummerlapp tills dess att den hänvisas vidare till närakuten motsvarar 865 timmar på tre månader. Då är visserligen all den tiden inte värdeskapande aktiviteter men för patienten blir det en upplevd väntan och man riskerar att ha mer vårdkrävande patienter längre bak i kön.

Under nästa steg i processen som är tidpunkten då patienten träffar läkare ser vi i tabell 4 att den tiden har minskat från år till år. Målet som Västra Götalandsregionen satt är att samtliga patienter som är behov av att träffa läkare skall göra det inom en timme. År 2017 nådde man ej detta mål då genomsnittstiden låg på 2,14 timmar. Efter att närakuten öppnats på Östra sjukhuset år 2018 sjunker denna siffra till 1,92 timmar och fortsätter sedan att minska även år 2019 då siffran låg på 1,70 timmar. Dessa påvisade resultat är fortfarande över målsättningen på en timme men är trots detta ett steg i rätt riktning. Förändringen som skett under denna period är att närakuten öppnats och då har tiden tills att patienterna får träffa läkare sjunkit. Dessutom får de mindre sjuka patienterna träffa läkare, fast på en mottagning som möter deras behov bättre.

Utgår man från Göransson, Eldh och Janssons beskrivning av RETTS-systemets triageringstider ska samtliga patienter som är triagerade enligt röd, orange och gul färg få träffa läkare inom en timme. De patienter som triageras enligt blå och grön färg hänvisas majoriteten av gångerna till närakuten, vårdcentralen eller skickas hem. Till närakuten skickas de patienter som kräver läkarvård inom 24 timmar. Detta samband stämmer väl överens med Västra Götalandsregionens mål att patienterna på akutmottagningen skall träffa läkare inom en timme då det främst är de vårdkrävande patienterna som skall vistas på akutmottagningen.

På akutmottagningen vid Östra sjukhuset har man valt att fokusera på den totala vistelsetiden. Den totala vistelsetiden kan liknas vid den tid som Anupindi et al. beskriver att inflödet börjar tills dess att utflödet slutar. Den genomsnittliga totala vistelsetiden ser vi i tabell 5 har minskat från år till år. Målet för den totala vistelsetiden är fyra timmar. År 2017 nådde man inte det

målet då tiden låg på 4,23 timmar. Efter detta har genomsnittstiden dock legat inom den uppsatta målbilden då man år 2018 redovisade en genomsnittstid på 3,81 timmar och under 2019 på 3,37 timmar. En trolig förklaring till detta är närakutens implementering då en del av det totala patientflödet inne på akutmottagningen har förflyttats till närakuten vilket i sin tur innebär att patienterna som är i behov av akutsjukvård har tilldelats fler resurser.

Före närakutens implementering nedprioriterades de lägre triageringsfärgerna i förmån för de högre, vilket gjorde att de oftast fick vänta på de mer resurskrävande patienterna. Men efter att närakuten öppnades har detta lett till att de lägre prioriterade inte har behövt vänta på de högprioriterade patienterna utan kan få hjälp snabbare vilket har gjort att den genomsnittliga totala vistelsetiden för patienter som triagerades blå, grön och gul har minskat. Om vi sedan analyserar siffrorna bland de högprioriterade patienterna har den genomsnittliga totala vistelsetiden inte förändrats märkbart under mätperioden. Detta har att göra med att de alltid varit högprioriterade och har därmed inte direkt påverkats av närakuten.

Enligt Kingmans teori krävs det att verksamheter gör ett aktivt val mellan att antingen fokusera på flödeseffektivitet eller resurseffektivitet. I akutmottagningens fall innebär det i praktiken att de antingen fokuserar på att minska köerna eller att minska flödeseffektiviteten genom att förändra resurserna. Som framgår av kötidstatistiken i tabell 5 har den totala vistelsetiden på akutmottagningen minskat löpande sedan implementeringen av närakuten. Akutmottagningen har under denna period inte justerat sin bemanning men däremot har en del av patientflödet förflyttats till närakuten. Det vill säga att färre patienter behandlas på akutmottagningen men med samma bemanning. Enligt Kingmans teori innebär det att akutmottagningen valt att fokusera på en hög flödeseffektivitet på bekostnad av en minskad resurseffektivitet.

Barkman et al. menar att sambandet mellan effektivitet och produktivitet inte nödvändigtvis korrelerar. Om den totala vistelsetiden för en patient pressas ner riskerar patienten att behöva göra ett återbesök på akutmottagningen och på det sättet få ännu längre total vistelsetid uppdelad på två tillfällen om vårdkvaliteten var undermålig vid första tillfället. På akutmottagningen kan detta liknas vid att hög produktivitet konkurrerar med god effektivitet.

## 5.2 Arbetsmiljö och personalens upplevelse

På Östra sjukhuset har man fört en dialog med personalen i så kallade fokusgrupper där man arbetat med deltagare ut de olika personalgrupperna. Denna strategi som man arbetar efter är ett agerande i rätt riktning. Här får man som medarbetare möjlighet att lätta sitt hjärta, samtidigt som arbetsgivaren får ta del av värdefulla insikter.

Bart Nooteboom beskriver i sin forskning att ledningen behöver kommunicera med sina medarbetare för att skapa förtroende och för att möjliggöra en utveckling av sjukhusverksamheten. Denna framåtanda ser vi finns hos ledningen vid akutmottagningen på Östra sjukhuset då man vågat investera i tiden som krävs för att ta del av dessa åsikter och tankar från personalen. Med en tidspressad vardag och vårdköer som är utmanande är det lätt att man prioriterar bort denna typ av aktiviteter, men här har man vågat ta denna tid för att minimera vårdköer och höja vårdkvaliteten på sikt genom att man arbetat med tvärprofessionella fokusgrupper.

Inom forskningen är kompetensutveckling en viktig resurs för att skapa en god arbetsmiljö. Detta är något som man i det dagliga arbetet på akutmottagningarna efterfrågar. Man anser att det fungerar som bäst de dagar som triageringen bemannas av en erfaren och kompetent sjuksköterska. Kompetensförsörjning sker löpande och är något som byggs med tiden. Eftersom man på akutmottagningen har en hög personalomsättning blir det en utmaning att bibehålla en hög kompetens. Detta är en stor bidragande faktor varför personalen upplever att det stundtals hänvisas fel patienter till närakuten.

I fokusgrupperna där medarbetarna fått möjlighet att uttrycka sina åsikter kan det utläsas en positiv inställning kring frågorna runt närakuten. Framförallt sjuksköterskorna uttrycker en minskad arbetsbelastning vilket gör att vi kan se att man skapar en hälsosammare vardag där personalen mår bra och kommer vilja stanna längre. Detta är en indikation på att personalomsättningen skulle kunna minska på sikt.

Efter närakutens implementering har patientflödet inne på akutmottagningen minskat samtidigt som bemanningen på akutmottagningen varit konstant under denna period. Om närakuten hade stängts hade patientflödet ökat på akutmottagningen och ett tänkbart scenario är att den ökade arbetsbelastningen hade resulterat i en sämre arbetsmiljö.

### 5.3 Patientnöjdhet

I den undersökning som Västra Götalandsregionen gjorde under år 2018 kan man konstatera att det inte skiljer sig nämnvärt gällande patientnöjdheten när man jämförde de utskrivna patienterna vid närakuten samt akutmottagningen. Totalt har 97% svarat att de upplevde sitt besök som bra, mycket bra eller utmärkt. Denna siffra är identisk för båda mottagningarna.

Enligt människovärdesprincipen har alla människor lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Detta går att likna vid akutmottagningens triagering där alla inkommande patienter triageras utifrån samma förutsättningar. När triageringen är genomförd sorteras patienterna efter vilket behov av vård de behöver. Detta går att likna vid behovs- och solidaritetsprincipen eftersom de mer vårdkrävande patienterna stannar kvar på akutmottagningen medans de mindre krävande patienterna hänvisas till närakuten och frigör på detta vis resurser för de mer behövande patienterna.

Ett resonemang man kan föra kring det nästintill identiska resultatet mellan de två mottagningarna är att patienterna inte lägger så stor vikt i vart de faktiskt får sin vård på sjukhuset någonstans. Många har symptom som de vill få bedömda av läkare och om denne läkare håller till i akutmottagningens eller närakutens lokaler verkar patienten inte lägga någon större vikt vid.

### 5.4 Kostnadsanalys

År 2018 budgeterade Västra Götalandsregionen 33,4 miljoner kronor för att driva närakuten. Det är som Nixon och Ulmann menar svårt att fastställa nyttan med detta. Som redovisats tidigare i resultatdelen har kötiderna minskat, patientnöjdheten är fortsatt hög och medarbetarna upplever en förbättrad arbetsmiljö sedan införandet av närakuten. Om man ska

ställa dessa resultat i förhållande till vad det har kostat blir detta komplicerat. Vår uppsats säger inget om välmående, livsmiljö eller levnadsstandard och gör därmed analysen kring kostnad kontra nytta svår att fastställa. Även Atkinson beskriver problematiken kring att mäta produktivitet i offentlig sektor. Då sjukvårdens grunduppdrag är att hjälpa människor i behov av vård blir det svårt och utmanande att sätta ett siffervärde på detta. Detta grundar sig i att man hellre vill se ett resultat som primärt är kopplat till svårsmåttade sociala aspekter som välmående och hälsa. Det som däremot går att mäta är kostnaden per besök där det visar sig att kostnaden för ett besök på akutmottagningen är betydligt dyrare än ett besök på närakuten. Eftersom patienterna är lika nöjda oavsett vilken mottagning de besökt går det att argumentera för att närakutsprojektet bidragit med en förhöjd nytta.

Det går att diskutera om man kan få ut ett ännu bättre resultat av investeringen. Exempelvis skulle läkarna kunna möta fler patienter under en arbetsdag och på så sätt öka värdet av projektet. Ann Söderström pratar om att hon tror på närakutsprojektet men att de behöver ta emot fler patienter än vad de gör idag. En tänkbar åtgärd för det skulle vara att minska den administrativa tiden som läkarna lägger på varje patient. Här tror hon att värdeskapandet för projektet skulle öka om varje läkare behandlar fler patienter under en arbetsdag. På detta sätt kan man säga att närakuten har en större potential.

## 6. Avslutning

### 6.1 Slutsats

Syftet med uppsatsen var att ge Sahlgrenska Universitetssjukhuset en bild av hur ett parallellt patientflöde för mindre vårdkrävande patienter påverkar akutmottagningen på Östra sjukhuset. Detta mynnade ut i frågeställningen *Hur har implementeringen av närakuten påverkat arbetsmiljön, patientnöjdheten samt kötiderna på akutmottagningen vid Östra Sjukhuset?*

Ett av målen med närakutens implementering var att minska kötiderna på akutmottagningen på Östra Sjukhuset. När projektet nu är i full gång har cirka 20% av patientflödet förflyttats till närakuten och den totala vistelsetiden och tiden tills patienterna får träffa läkare har minskat. Närakutens intåg har lett till att mindre vårdkrävande patienter som inte är i behov av akutsjukvård försvinner från flödet och lämnar plats åt mer vårdkrävande patienter. Detta gör att personalen på akutmottagningen kan fördela fler resurser åt de mer vårdkrävande patienterna.

Det andra målet var att skapa en god arbetsmiljö. Detta har akutmottagningen vid Östra Sjukhuset åstadkommit sedan införandet av närakuten. Det minskade patientflödet har lett till en minskad arbetsbelastning som i sin tur har gjort att personalen känner sig mer tillräcklig. Vid akutmottagningen har ett problem varit den höga personalomsättningen som har bidragit till en minskad kompetens bland medarbetarna. En minskad personalomsättning hade inneburit att medarbetare med högre kompetens stannar kvar i sina roller och kompetenser kan fördelas och utvecklas över tid.

Det tredje målet handlade om att upprätthålla en hög patientnöjdhet samtidigt som resterande två mål uppfylls. Sedan implementeringen av närakuten har det visats sig att patienterna varken är mer eller mindre nöjda nu än tidigare. Värt att notera gällande detta är att patientnöjdheten låg på en hög nivå redan innan implementeringen.

## 6.2 Rekommendationer

Vår primära rekommendation är att fortsätta bibehålla närakuten vid Östra sjukhuset. Projektet har visat goda resultat gällande kötider, arbetsmiljö samt patientnöjdhet. Både på närakuten och akutmottagningen vittnar personalen om ett otydligt arbetssätt kring triagering. Vår rekommendation gällande detta är att nu i efterhand analysera patientbehoven och göra ett tydligare ramverk gällande vilka patienter som ska hänvisas till närakuten. En alternativ lösning till detta hade varit att lägga till ytterligare en triageringsfärg för de patienter som ska hänvisas från akutmottagningen till närakuten. Detta hade även underlättat för akutmottagningen att föra statistik kring hur många patienter som hade kunnat vända sig till närakuten om de inte hade haft ett begränsad kapacitet.

En rekommendation till regionen i stort är att göra närakuten tillgänglig utan remisskrav. Detta hade lett till fortsatt minskad arbetsbelastning för akutmottagningarna och hade frigjort fler resurser som istället kunnat fokuseras på de mer vårdkrävande patienterna. Den stora utmaningen med detta blir att fördela resurserna mellan vårdinrättningarna men också att kommunicera till allmänheten vilken vårdinrättning som är lämpad efter respektive patients behov. Genom att allmänheten redan innan första vårdbesöket vet till vilken vårdinrättning de skall vända sig till finns det både tid och pengar att spara. En patient som först besöker akutmottagningen för att sedan bli hänvisad till närakuten utgör en betydligt större kostnad för sjukvården än vad samma patient hade kostat om den vänt sig till närakuten direkt. Detta är också ett argument för att öppna närakuten utan remisskrav från akutmottagningen.

## 6.3 Vidare forskning

För att värdera nyttan med projektet och fastställa om investeringen är värd sitt belopp krävs det att man jämför denna investering och dess utfall med projekt till samma investeringskostnad. Det finns påvisad nytta till en fastställd investeringskostnad men detta behöver ställas i relation till andra projekt för att kunna avgöras om det är just detta projekt som skall prioriteras inom regionen. I vården är syftet att göra sjuka människor friska och att jämföra detta med en kostnad och i sin tur att avgöra om det är värt det blir en etisk fråga. Att sätta en kostnad på en individs välmående eller i vissa fall överlevnad är inte möjligt. Men utifrån de resurser som samhället har behöver man prioritera. Är det cancersjukvård eller akutsjukvård som behöver fler resurser? Listan kan göras lång på tänkbara



investeringsmöjligheter och det behövs göra en gedigen analys av både kostnad och nytta innan beslut tas.

Vid ett ökat inflöde till närakuten kommer det ställas högre krav på ett välfungerande arbetssätt. Idag råder det viss otydlighet kring vilka vårdkriterier en patient vid närakuten skall ha. Det hade behövt göras en noggrann kartläggning där man inkluderar representanter från både primär- och akutsjukvården för att fastställa vilken kompetens som krävs och vilka arbetsresurser som krävs för att tillgodose vårdbehovet.

## Referenser

### Böcker

Anupindi, R., Chopra, S., Deshmukh, S., Van Mieghem, J. och Zemel, E. 2012. *Managing Business Process Flows*. Upplaga 3. New Jersey: Prentice Hall.

Bryman, A. och Bell, E. 2017. *Företagsekonomiska forskningsmetoder*. Upplaga 4. Stockholm: Liber.

Eldh, A., Göransson, K. och Jansson, A. 2008. *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, Ove. 1999. *Utvärdering- mer än en metod*. Stockholm: Norstedt.

Patel, R. och Davidsson, B. 2016. *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Upplaga 4. Lund: Studentlitteratur.

Rosenbäck, R., Olhager, J., Matsson, S och Jonsson, P. 2019. *Operativ styrning, en specialupplaga*. Upplaga 2. Lund: Studentlitteratur.

### Artiklar

Atkinson, Anthony. 2005. Measurement of government output and productivity for the national accounts. The Atkinson review.

Cooke, M, Wilson, S, Pearson, S. 2002. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Emergency Medicine Journal*.

Foldspang, F, Mark, M, Lund, L, Laurits, R, Hjorth, R, Langholz-Carstensen, C, Melchior Poulsen, O, Johansson, U, Ahonen, G, Aasnæss, S. 2014. Working environment and productivity A register-based analysis of Nordic enterprises.

Kwa. P, Blake. D. 2008. Fast track: Has it changed patient care in the emergency department?. Emergency medicine Australasia.

Möllering Guido. 2015. The practical wisdom of trust: An interview with Bart Nooteboom, Journal of Trust Research.

Nixon. J. och Ulmann., P. 2006. The relationship between health care expenditure and health outcomes. The European Journal of Health Economics.

Oredsson. S, Jonsson. H, Rognes. J, Lind. L, Göransson. K, Ehrenberg. A, Asplund. K, Castrén. M, Farrohknia. N. 2011. A systematic review of triage-related interventions to improv patient flow in emegency department. Scandinavian journal of trauma- Resuscitation and emergency medicine.

Strömngren. M., Dellve. L, och Eriksson. A. 2017. Hälsofrämjande arbetsmiljö –en framgångsfaktor för god vård. Svensk socialmedicinsk tidskrift.

## Intervjuer och observation

Båth, Lisa; Logistiker vid Sahlgrenska Universitetsjukhuset. 2019. Intervju 2 maj.

Johansson, Daniel; Akututvecklare vid Östra sjukhuset. 2019. Intervju 12 mars.

Kjaerbeck, Schani; Sjuksköterska på akutmottagningen vid Östra sjukhuset. 2019.

Observation 3 april.

Söderström, Ann; Hälso och sjukvårdsdirektör för Västra Götalandsregionen. 2019. Intervju 9 maj.

## Lagtexter, utredningar och rapporter

Barkman. C., Boman. Dag., Månsson M. och Stenberg. G. 2016. *Granskning av effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården.*

SFS 2018:1997. *Hälso- och sjukvårdslag.*

SOU 2001:8. Prioriteringsdelegationen. *Prioriteringar i vården.*

SOU 2016:2 En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, *Effektiv vård.*

Västra Götalandsregionen. 2018. *Utvärdering av närakut vid SU/ Östra och Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus.*

## Webbsidor

Lekholm. O. och Brun. J. 2018. *Hur tänker ni göra SU attraktivt för personalen.* Göteborgsposten. <https://www.gp.se/debatt/hur-tänker-ni-göra-su-attraktivt-för-personalen-1.10296725> (Hämtad 2019-03-29)

Olin. E. 2019. *Lösningen kan inte bli att skjuta till mer pengar.* Läkartidningen. <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/01/Losningen-kan-inte-bli-att-skjuta-till-mer-pengar/> (Hämtad 2019-03-30)

Pettersson. L. *Läget är akut på SU- öka inte lidandet.* Göteborgsposten. 2018. <http://www.gp.se/debatt/läget-är- akut-på-su-öka-inte-lidandet-1.10894652?noAccess=true&aId=1.10894652> (Hämtad 2019-03-29)

Socialstyrelsen. 2019. *Om effektivitet.* <https://www.socialstyrelsen.se/effektivitet/omeffektivitet> (Hämtad 2019-04-16)

Sveriges kommuner och landsting. 2019. *Fakta om kommuner och regioner*.

<https://skl.se/tjanster/kommunerlandsting/faktakommunerochlandsting.432.html> (Hämtad 2019-03-30)

Sveriges television. 2018. *Väljarnas viktigaste frågor-Valu2018*.

<https://www.svt.se/special/valu2018-valjarnas-viktigaste-fragor/> (Hämtad 2019-03-29)

Vetenskapsrådet. 2019. *Forskningsetiska principer*.

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Hämtad 2019-03-28)

Västra Götalandsregionen, 2019. *Om Sahlgrenska Universitetssjukhuset*.

<https://www.sahlgrenska.se/om-sjukhuset/about-the-hospital/> (Hämtad 2019-03-29)

Västra Götalandsregionen, 2019. *VGR's tjänstemannaregion*.

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/47a0c78d-c650-4174-99cb-40cbb383ee95/Tj%C3%A4nstemannaorganisation%20mindre.pdf?a=false&guest=true>  
(Hämtad 2019-03-29)

## Databas

Västra Götalandsregionen. 2019. *Rådata från stödsystem Elvis*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

*Rådatan som inhämtats från Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns att tillgå via författarna.*

## Bilagor

### Bilaga 1, intervju med logistiker Lisa Ståleby Båth

*Intervjun kretsade främst kring datainsamling där vi fick tillgång till Sahlgrenska Universitetssjukhusets patientstatistik. Detta gjorde det möjligt för oss att själva göra beräkningar och analyser. Under intervjun ställdes även några kompletterande frågor.*

- Hur många patienter anländer till akutmottagningarna vid Östra sjukhuset under ett år och hur har utvecklingen sett ut?
- Hur ser det kvantitativa målet ut för närakuten?
- Hur stor är kapaciteten på akutmottagningen respektive närakuten vid Östra sjukhuset?
- Vad ser du som akutsjukvårdens största utmaning?
- Tror du att närakuter är rätt väg att gå för att förbättra sjukvården?

## Bilaga 2, intervju med akututvecklaren Daniel Johansson

- Hur ser organisationen ut på akutmottagningen?
- Vad är en närakut?
- Vad är närakutens syfte?
- Hur kommer det sig att det finns en närakut vid just Östra sjukhuset?
- Vad är skillnaden på den vanliga akutmottagningen och närakuten?
- Vad hoppas ni på att närakuten skall resultera i? Kostnader? Mindre köer? Bättre vård?
- Vad är er målbild med akutmottagningen? Kvalitativt och kvantitativt?
- Vad är kapaciteten på närakuten?
- Vilka arbetar på närakuten?
- Vad skiljer närakuten från vårdcentralernas jourcentraler?
- Hur har arbetssättet med närakuten mottagits av patienter och personal?
- Hur ser patientflödet ut? Vilka patienter kommer till er? Vet patienten om det?
- Vad är era största utmaningar i er organisation?
- Om projektet inte förlängs, vad blir konsekvenserna?
- Tycker du att närakuten borde organiseras under Sahlgrenska sjukhuset istället för primärvården?
- Hur upplever personalen på akutmottagningen att arbetsbelastningen har förändrats?
- Hur fungerar samarbetet mellan akutmottagningen och närakuten?
- Har personalomsättningen förändrats efter närakutens implementering?

### Bilaga 3, Intervju med Hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström

- Vad är din roll och vad innebär den?
- Hur stor påverkan har du på akutsjukvården?
- Hur ser din koppling ut till närakuten och vad ser du att den har för möjligheter?
- Vad är närakutens syfte enligt dig?
- Varför krävs en remiss för att besöka närakuten? Bör detta ändras?
- Är det en kulturfråga kring vilken vårdinrättning man väljer att besöka?
- Är närakut rätt väg att gå?
- Anser du att akutsjukvården behöver mer pengar och på vilket sätt i så fall?
- Bör de ekonomiska medlen fördelas annorlunda?
- Tror du att det finns potential i arbetssätten som kan ändras utan behöva addera till nya ekonomiska medel?
- Ser du en potential i effektiviteten inom akutsjukvården?
- Varför organiseras närakuten under primärvården och inte Sahlgrenska Universitetssjukhuset?
- Är resultatet väntat eller hade ni andra förhoppningar?



## Bilaga 4, Observationsbeskrivning

Den 3:e april 2019 fick vi möjligheten att genomföra en observation på akutmottagningen vid Östra Sjukhuset klockan 08.00-17.00. Syftet med observationen var att studera akutmottagningens flöden genom att följa sjuksköterskan Schani Kjaerbeck. Dagen började med att vi skrev under ett sekretessavtal då vi skulle vistas i patientnära miljöer. Vi fick även en genomgång av rutiner kring hygien och säkerhet innan vi begav oss ut i de patientnära miljöerna. Under dagen följde vid Schani Kjaerbeck när han triagerade och undersökte patienter. Mellan patientbesöken hade Schani Kjaerbeck genomgång kring arbetssätt, rutiner och arbetsprocesser för att på ett tydligt sätt förklara för oss hur verksamheten fungerar. Under dagen fick vi även möjlighet att besöka närakuten för att få en förståelse kring deras arbetsplats. Vi fick under dagen möta patienter som hänvisades hem, till vårdcentral, till närakuten samt även patienter som anlände med ambulans som sedan kom att hamna inom slutenvården. Under dagen fick vi möjlighet att löpande ställa frågor om verksamheten som vi förberett och dagen avslutades med att vi gick igenom samtliga patientmöten för att säkerhetsställa vår förståelse för akutmottagningens patientflöden.

*Följande frågor använde vi som stöd i samband med observation av flödena på akutmottagningen. Detta för att säkerställa att följande områden skulle beröras.*

- Hur ser en dag ut på akutmottagningen?
- När är det som mest att göra?
- Vilka arbetar på akutmottagningen?
- Hur organiserar ni er? Vilka team behandlar vilka patienter?
- Hur hanteras patienter som hänvisas hem, vårdcentral, närakut, vidare behandling på akutmottagningen, slutenvård?
- Hur påverkas övriga flödet om en patient hänvisas till en viss del i flödet?
- Hur fungerar triageringen på akutmottagningen?