

CHALMERS



Analys samt förslag till effektivisering av patientflödet vid en vårdcentral

Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet Ekonomi och produktionsteknik

TERESE ANDERSSON
ANDREAS JOSEFSSON

Institutionen för teknikens ekonomi och organisation
Avdelningen för operations management
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2012
Examensarbete E2012:030

EXAMENSARBETE E2012:030

Analys samt förslag till effektivisering av patientflödet vid en vårdcentral

TERESE ANDERSSON
ANDREAS JOSEFSSON

Institutionen för teknikens ekonomi och organisation
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2012

Analys samt förslag till effektivisering av
patientflödet vid en vårdcentral
TERESE ANDERSSON & ANDREAS JOSEFSSON

©TERESE ANDERSSON & ANDREAS JOSEFSSON

Examensarbete E2012:030
Institutionen för teknikens ekonomi och organisation
Chalmers tekniska högskola
SE – 412 96 Göteborg
Sweden
Telefon + 46 (0) 31 – 772 1000

Chalmers Reproservice
Göteborg, Sverige 2012

Förord

Idén till detta examensarbete om 15 högskolepoäng tog sin första form under en föreläsning i kursen "Integrerad produktionsorganisation" vid Chalmers tekniska högskola hösten 2011. Fram till dess hade en stor del av vår utbildning inom Ekonomi och Produktionsteknik, om 180 högskolepoäng, fokuserat på den traditionella tillverkningsindustrin. Vid detta tillfälle fick vi istället se exempel på hur angreppssätt och metoder med sitt ursprung i tillverkningsindustrin kan anpassas för att användas även inom andra branscher, såsom vårdsektorn.

Dagligen diskuteras vårdsystemets utformning och huruvida sjukvården är tillräckligt effektiv. Vården och då framförallt primärvården är något som berör oss alla. I och med denna studie vill vi ge exempel på hur ett industriellt angreppssätt kan användas för att hitta lösningar till vanligt förekommande problem inom vården.

Vi vill naturligtvis också ta tillfället i akt tacka vår handledare, Jan Lindér, för den inspiration och feedback han givit oss under arbetets gång. Vi vill också tacka ledning och personal vid den studerade vårdenheten för att de låtit oss tillbringa tid inom deras verksamhet för att kunna studera organisationen på nära håll. TACK!

Terese Andersson & Andreas Josefsson
Göteborg, Maj 2012

Analysis and suggestions aiming to increase efficiency in patient flow at a health care centre
TERESE ANDERSSON & ANDREAS JOSEFSSON
Department of Technology Management and Economics
Chalmers University of Technology

Abstract

In the year of 2009 the conditions for managing primary healthcare in the region of Västra Götaland changed. The decision was taken by the regional assembly and resulted in that the citizens since then have had the opportunity to choose which health care provider they prefer to stay with. Along with this decision a new market for private health care providers was established, which resulted in increased competition between the providers. In order to manage the competition, the health care providers are now forced to be more efficient in their operations and also to be even more focused on their patients. Backa Läkarhusgruppen is an example of a private healthcare provider in the region of Västra Götaland. In the same way it is also an example of an organization in need of analysing their operations to see how it can be further optimized to meet patient needs and expectations.

The aim of this study is to analyse Backa Läkarhusgruppen's organization and its operations in the hope of finding suggestions which will improve the patient flow. To allocate and solve the problems that Backa Läkarhus suffer from, an approach inspired by Lean Healthcare is used throughout the report. Some of the most significant problems that were identified within the organization are:

- The synchronization of demand and capacity is inadequate.
- Absence of standardized routines.
- Absence of present leadership.

To be able to improve the patient flow Backa Läkarhus needs to handle these identified problem areas. By synchronizing the staffing level in relation to the trends in demand a reduction in the patient's waiting times and throughput time will be possible. Creating clear responsibilities and routines for the staff will contribute to a higher degree of patient focus and thus lead to a more efficient patient flow. A proposal to the leaders within the organization is to become more present in the daily operations and thereby obtain a greater understanding for their own organization.

The report is written in Swedish.

Keywords: Patient flow, Lean Healthcare.

Sammanfattning

År 2009 förändrades förutsättningarna för att bedriva primärvård inom Västra Götalandsregionen. Förändringen bestod i att regionfullmäktige beslutade om att införa vårdval inom regionen, vilket innebar att medborgarna själva fick möjlighet att välja vilken vårdgivare de ville vara kund hos. I och med detta beslut öppnades en ny marknad för privata vårdgivare med ökad konkurrens mellan de olika vårdleverantörerna. Det blev i och med detta beslut allt viktigare att kunna profilera sig som en effektiv vårdcentral med patienten i fokus. En hög grad av kundtillfredsställelse är viktigt för att kunna behålla befintliga kunder men också avgörande för om nya kunder ska välja vårdcentralen. Backa Läkarhusgruppen är en privat vårdgivare inom Västra Götalandsregionen, som är i behov av att analysera sin verksamhet för att se hur den kan optimeras ytterligare för att möta patienternas behov och förväntningar.

Utgångspunkt i denna studie är att analysera Backa Läkarhus verksamhet med fokus på patientflödet, för att vidare komma med förslag i hur processen kan effektiviseras. En kartläggning av patientflödet blir utgångspunkt för att kunna identifiera vilka aktiviteter som inte skapar värde för patienten och därefter ge förslag till hur dessa skulle kunna reduceras. Vanligt förekommande vårdproblem på såväl Backa Läkarhus som hos andra vårdgivare är långa väntetider och genomloppstider. I studien har ett angreppssätt inspirerat av Lean Healthcare använts för att dels kunna identifiera de problem som finns vid Backa Läkarhus men även för att ge idéer till lösningar på dessa problem. Några av de mest framträdande problem som har identifierats är:

- Att synkronisering av beläggning och kapacitet är bristfällig, vilket innebär att vårdenheten inte planerar bemanning i förhållande till efterfrågan på vård.
- Att definierade arbetssätt för personalen saknas.
- Avsaknad av närvarande ledarskap.

För att kunna förbättra patientflödet behöver Backa Läkarhus ta itu med dessa problemområden. Genom att synkronisera bemanning med hänsyn till de tydliga trender i när patienter tenderar att söka vård kommer såväl patientens väntetider som genomloppstider att kunna reduceras. Att skapa tydliga ansvarsområden för personalen på enheten bidrar till att arbetssättet får en högre grad av patientfokus och detta leder därmed till effektivisering av patientflödet. Ledarna föreslås att närvara mer i den dagliga driften för att därigenom få ökad insyn och förståelse för de problem som är direkt relaterade till patientens upplevelse av besöket.

Innehållsförteckning

Läshänvisningar	1
1. Inledning	2
1.1 Bakgrund	2
1.2 Syfte	2
1.3 Avgränsningar	2
2. Presentation av Backa Läkarhusgruppen	3
2.1 Svensk sjukvårds uppbyggnad	3
2.2 Primärvård inom Västra Götalandsregionen	3
2.3 Backa Läkarhusgruppen AB	4
2.4 Jourcentralen	5
2.5 Jourenhetens personal	5
2.5.1 Läkare	5
2.5.2 Sjuksköterska	6
2.5.3 Undersköterska	6
2.6 Jourcentralens layout	6
3 Teoretisk referensram	8
3.1 Lean Healthcare	8
3.2 Patientfokus	9
3.3 Ledarskap	11
3.3.1 Ett nytt sätt att leda	11
3.3.2 Ledarens roll	11
3.3.3 Att leda den dagliga verksamheten	12
3.3.4 Vanligt förekommande vårdledningsproblem	13
3.4 Processflöden	13
3.5 Värdeflödeskartläggning	15
3.6 Efterfrågan och kapacitetsplanering	16
3.7 Standardiserat arbetssätt	17
3.7.1 Vem utvecklar ett standardiserat arbetssätt?	18
3.7.2 Standardiserat arbetsätt till grund för ständiga förbättringar	19
3.8 Kommunikation	19

3.9 Visualisering	20
3.10 Team	22
3.11 Motivation och engagemang	24
4. Problemformulering.....	25
5. Metod och genomförande.....	27
5.1 Planering	27
5.2 Nulägesanalys	27
5.3 Litteraturstudie	28
5.4 Fältstudie och observation.....	28
5.4.1 Observation.....	28
5.4.2 Intervjumetodik	30
5.4.3 Enkätutformning patienter	31
5.5 Analys av resultat.....	31
5.6 Kritisk granskning.....	31
6. Resultat och analys	32
6.1 Patientflöde.....	32
6.2 Efterfrågan	33
6.2.1 Efterfrågan per veckodag.....	33
6.2.2 Efterfrågan per timme	34
6.3 Väntetid.....	36
6.3.1 Väntan på inskrivning.....	36
6.3.2 Väntan i väntrum	37
6.3.3 Väntan i behandlingsrum.....	38
6.4 Genomloppstid.....	40
6.4.1 Värdeskapande tid för patienten	41
6.5 Hur väl uppfylls patientens förväntan?.....	42
6.6 Patientfokus	43
6.7 Slöserier	44
6.8 Ledarskap	45
6.8.1 Närvarande ledarskap	45
6.8.2 Daglig styrning.....	46
6.8.3 Ledarnas roller	47

6.9 Personal, engagemang och motivation	47
6.10 Kommunikation.....	48
6.11 Visualisering	49
6.12 Arbetssätt.....	50
6.12.1 Standardiserat arbetsätt och arbetsroller	50
6.12.2 Olika arbetssätt bland läkarna	51
6.12.3 Team och personalplanering	52
6.12.4 Förbättringsarbete	53
7. Slutsats och diskussion.....	54
7.1 Effektivisering av patientflödet.....	54
7.2 Efterfrågan	54
7.3 Väntetider	55
7.4 Slöserier	57
7.5 Ledarskap	59
7.6 Motivation och engagemang	60
7.7 Kommunikation.....	60
7.8 Visualisering	61
7.9 Arbetssätt.....	61
8. Fortsatta studier.....	64
9. Referenser	65
10. Bilagor	68

Läshänvisningar

Rapportens innehåll är fördelat mellan 8 stycken olika kapitel.

- *Kapitel 1 - Inledning*

I detta kapitel beskrivs bakgrunden till varför studien genomförts. Läsaren ges en introduktion till ofta omdiskuterade problemområden inom svensk sjukvård samt de nya förutsättningarna för att bedriva vård inom Västra Götalandsregionen. I kapitlet beskrivs även studiens avgränsningar.

- *Kapitel 2 - Presentation av Backa Läkarhusgruppen*

Detta kapitel beskriver det svenska sjukvårdssystemets uppbyggnad med fokus på primärvårdsavtalet mellan vårdgivare och landsting inom Västra Götalandsregionen. Läsaren ges också en beskrivning av Backa Läkarhusgruppen och dess organisation, för att få en förståelse för verksamheten.

- *Kapitel 3 - Teoretisk referensram*

Detta kapitel ska ge läsaren en god referensram om de teorier som ligger till grund för rapporten. Utgångspunkt för teorin är filosofin Lean produktion och hur denna kan tillämpas inom sjukvård.

- *Kapitel 4 - Problemformulering*

I följande kapitel beskrivs bakgrunden till varför patientflödet vid Backa Läkarhus ska analyseras samt vilka olika områden som ska undersökas.

- *Kapitel 5 - Metod och genomförande*

Detta kapitel beskriver tillvägagångssättet som har använts genom studien. De metoder som ligger till grund för insamling och analys av data kommer diskuteras för att ge läsaren förståelse för hur projektet har utförts samt skapa en ram för diskussion.

- *Kapitel 6 - Resultat och analys*

I följande kapitel kommer resultatet av fältstudien vid Backa Läkarhus att presenteras. Det empiriska materialet kommer att analyseras med utgångspunkt i teorin för att identifiera problem och källan till dessa.

- *Kapitel 7 - Slutsats och diskussion*

I detta kapitel presenteras de slutsatser som har framkommit med utgångspunkt i den presenterade teorin samt resultatet av studien. I kapitlet framförs förslag till hur patientflödet vid Backa Läkarhus kan effektiviseras.

- *Kapitel 8 - Fortsatta studier*

I detta kapitel presenteras förslag till fortsatta undersökningar vilka har framkommit efter genomförd studie vid Backa Läkarhus.

1. Inledning

Detta kapitel beskriver bakgrunden till varför studien genomförts samt syftet med denna. Nedan följer även studiens avgränsningar.

1.1 Bakgrund

Svensk sjukvård brottas idag med en rad olika problemområden, långa väntetider och köer är ett faktum. Efterfrågan på vård är i många fall större än resurstillgången, vilket gör att den enskilda individen ofta blir lidande. Medborgarnas rättigheter har i sin tur ökat vad det gäller att de har större valmöjlighet i att själva välja vilken vårdcentral de vill tillhöra (Västra Götalandsregionen, 2012). I och med detta val ökar också konkurrensen mellan olika vårdcentraler, därav har vikten av att kunna profilera sig som en effektiv vårdcentral med korta väntetider blivit allt viktigare. Det moderna samhället kräver snabbare, säkrare och effektivare vård. Kraven finns där, men hur ska vårdgivarna möta dessa förväntningar och behov, samtidigt som de ska leverera en högkvalitativ vård till varje enskild individ?

För att uppnå en hög kundtillfredsställelse och samtidigt bedriva en effektiv verksamhet, vilket innebär ett så högt resursutnyttjande som möjligt med bibehållen god kvalitet, finns det sedan några år tillbaka en trend hos vårdgivare i att förändra sitt tankesätt. Koncept som Lean produktion och andra inom industrin väl beprövade tillverkningsstrategier börjar nu anpassas och implementeras även inom vården. De alla med mål att kunna hantera flödet, reducera slöserier, variation och väntetider inom systemet. Detta för att skapa ett effektivare system med nöjdare kunder.

Backa Läkarhusgruppen är en privat vårdgivare i Västra Götalandsregionen som är i behov av att analysera sin verksamhet för att se hur den skulle kunna optimeras ytterligare för att möta patienternas behov och förväntningar.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att kartlägga patientflödet vid Backa Läkarhus och ge förslag på hur det skulle kunna effektiviseras. Detta för att få en ökad kundtillfredsställelse och därigenom ökade intäkter.

1.3 Avgränsningar

Studien kommer enbart att omfatta Backa Läkarhusgruppens jourenhet vid Herkulesgatan och vårdcentralen kommer enbart behandlas som en kapacitetstillgång. Då vårdenheten bedrivs i linje med Västra Götalandsregionens krav för att bedriva primärvård är arbetet begränsat inom ramen för dessa förutsättningar. Då den kunskap som krävs för att förstå den medicinska diagnostiseringen och behandlingen som utförs på Backa Läkarhus saknas kommer inte detta behandlas vidare.

2. Presentation av Backa Läkarhusgruppen

Detta kapitel beskriver det svenska sjukvårdssystemets uppbyggnad med fokus på primärvårdsavtalet mellan vårdgivare och landsting inom Västra Götalandsregionen. Läsaren ges också en beskrivning av Backa Läkarhusgruppen och dess organisation, för att få en förståelse för verksamheten.

2.1 Svensk sjukvårds uppbyggnad

Det svenska vårdssystemet kan delas in i två olika delar, öppenvård och slutenvård (1177, 2012). Den stora skillnaden mellan de två delarna är längden av besöket. Slutenvård innebär att patienten är inlagd under en längre tid, det är ofta akutmottagningarna som är första anhalt in i slutenvården. Öppenvård innebär att patienten kan åka hem efter ett kortare besök exempelvis vid en vårdcentral eller efter ett mindre kirurgiskt ingrepp. En del av öppenvården benämns primärvård och det är det som utgör grunden i det svenska vårdssystemet (Västra Götalandsregionen, 2012). Primärvården ansvarar för behandling av de vanligaste sjukdomarna, kroniska sjukdomar, psykisk ohälsa och missbruk. Utöver detta arbetar primärvården med förebyggande hälsofrämjande insatser exempelvis genom barn- och mödravårdscentraler.

2.2 Primärvård inom Västra Götalandsregionen

År 2009 beslutade regionfullmäktige i Västra Götaland att införa vårdval enligt lag om valfrihetssystem för primärvården inom regionen (Västra Götalandsregionen, 2012). Medborgare inom regionen kunde nu själva välja vilken vårdgivare de ville lista sig, vara kund, hos. I och med detta beslut öppnades en ny marknad för privata vårdgivare med ökad konkurrens mellan de olika vårdleverantörerna. Avtalet mellan Västra Götalandsregionen och vårdgivaren regleras i Krav- och kvalitetsboken. Boken innehåller förutsättningarna som vårdgivaren måste uppfylla för att ha rätt till att bedriva primärvård inom regionen. Den reglerar bland annat vilken utrustning, kompetens, lokaler och IT-stöd som vårdgivaren ska erbjuda men även krav på vilket sätt enheten ska delge information till enskilda patienter och allmänheten.

Vårdgivarens ersättning från uppdragsgivaren, Västra Götalandsregionen, grundar sig bland annat på hur många patienter som för tillfället är listade på den aktuella enheten men även hur väl vårdgivaren uppfyller av regionen uppställda indikatorer. Det finns två olika typer av indikatorer, uppföljnings- samt kvalitetsindikatorer. Vissa av indikatorerna är avsedda för målrelaterad ersättning. För dessa finns två mätetal, dels en lägsta gräns vilken ska vara uppfylld för att vårdgivaren ska erhålla ersättning samt en övre gräns som ger maximal ersättning. I gruppen för kvalitetsindikatorer ingår bland annat en indikator som har fokus på patienterfarenheter. Ett exempel ur denna undergrupp är patientens upplevda väntetid, vilket undersöks av en utomstående organisation årligen. Om vårdgivarens resultat hamnar inom målområdet för just denna indikator erhålls ersättning.

Krav- och kvalitetsboken har reviderats två gånger sedan den ursprungliga upplagan. 2012 års revidering som började gälla från och med den 1e april 2012 innebar bland annat att ersättning- samt kompetensnivån förändrades. Förändringen i kompetensnivå innebär att den personal som ansvarar för hälso- och sjukvårdsrådgivning från och med den 1e april måste ha som lägst sjuksköterskekompetens. Detta innebär bland annat att undersköterskor inte längre får skriva in patienter vid ankomst då det innefattar att göra en medicinsk bedömning. En förändring i ersättningsnivåerna rör när listade patienter söker vård hos andra vårdgivare. Tidigare, när patienter som var olistade hos en vårdgivare ändå valde att söka vård hos denna, hade vårdgivaren rätt till en viss ersättning från den vårdgivare patienten egentligen var listad hos. För ett läkarbesök utgick en generell ersättning om 500 kronor per besök, om besöket skedde mellan klockan 17:00-07:00 en vardag eller helgdag tillkom ytterligare ett tillägg om 500 kronor och om besöket dessutom skedde under juni, juli eller augusti tillkom ytterligare ett tillägg om 500 kronor (Västra Götalandsregionen, 2011). Vårdgivare kunde alltså tidigare inkassera upp till 1500 kronor från en annan vårdgivare om patienten sökte vård som olistad under jourtid en sommarmånad. I och med revideringen minskades ersättningen. Den generella ersättningen om 500 kronor förblev oförändrad men den extra ersättningen under jourtid försvann och ersättningen under sommarmånaderna begränsades till att bara gälla patienter som är listade hos en vårdgivare i en annan kommun än där besöket sker (Västra Götalandsregionen, 2012). I exemplet med den patient som tidigare berättigade vårdgivaren till en ersättning om 1500 kronor innebär förändringen att ersättningen minskat till 500 kronor.

2.3 Backa Läkarhusgruppen AB

Backa Läkarhusgruppen AB är en privat vårdgivare inom Västra Götalandsregionen. De bedriver vård på sammanlagt åtta olika platser i Västsverige och har totalt cirka 60 000 listade patienter (Backa Läkarhusgruppen AB, 2012). Backa Läkarhusgruppen ägs i dagsläget av tre specialister inom allmänmedicin. En tillsatt VD har det övergripande ansvaret för hela organisationen, det vill säga samtliga sju läkarhus. Organisationen har även en stabfunktion vilken består av administration-, ekonomi- och personalansvarig. Ett av läkarhusen, som kallas Backa Läkarhus, är beläget på Herkulesgatan på Hisingen alldeles i närheten av Backaplan. Ansvaret för enheten vid Herkulesgatan delas mellan olika personer. För de olika läkarhusen inom Göteborgsregionen finns en områdeschef som fungerar som chef för de olika verksamhetscheferna vid respektive vårdcentral. Verksamhets- samt medicinskt ansvarig chef vid vårdcentralen är en läkare som utöver Backa Läkarhus också ansvarar för Angereds Läkarhus. Utöver dessa två finns en samordningsansvarig för Backa Läkarhus med ansvar för personal och schemafrågor.

Verksamheten på Herkulesgatan består av en vårdcentral, jourvårdcentral samt barnvårdscentral. I närliggande lokaler sitter även verksamhetens ledning och administration. Verksamheten på Herkulesgatan är förlagd på olika våningsplan med cirka 100 meters gångsträcka emellan de två. På det övre våningsplanet sker provtagning samt förbokade längre besök hos läkare eller sköterska. Verksamheten på nedre våningen är tänkt att ge akutvård och är alltså inte avsedd för längre sjukdomsbehandling och -utredning. Backa Läkarhus har i dagsläget cirka 17 500 listade patienter. Visionen är att i juni år 2012 ha ökat denna siffra till över 18 000 listade patienter. I närområdet omkring

Backaplan byggs och planeras det just nu för en kraftig expansion av bostäder (Älvstranden Utveckling AB, 2012). Detta ser Backa Läkarhus som en möjlighet för att kunna expandera sin verksamhet, få mer listade patienter och därmed öka sina intäkter.

2.4 Jourcentralen

På Backa Läkarhus nedre plan bedrivs verksamhet på vardagar från klockan 08:00 till 22:00 samt på röda dagar och helger mellan 10:00 och 16:00. På vardagar mellan klockan 08:00-17:00 benämns verksamheten vårdcentral och övrig tid som jourcentral. Orsaken till detta är ersättningsnivåerna vilka ökar efter klockan 17:00 samt att Backa Läkarhus efter detta klockslag även tar emot patienter från andra vårdenheter med vilka de har avtal om jourvård med. Hädanefter kommer verksamheten på nedre plan benämnas jourcentral. På jourcentralen tas patienter emot som har bokat sig akut samma dag eller som väljer att komma på drop-in. Bokning av besök kan ske antingen via telefon eller direkt på Backa Läkarhus hemsida. En skillnad är att via hemsidan kan både listade och olistade patienter boka besök medan telefonbokning endast är möjlig för listade patienter. De tillgängliga besökstiderna släpps på hemsidan klockan 00:00 samma dygn och telefontiderna klockan 08:00. I dagsläget erbjuder jourcentralen totalt 43 stycken bokningsbara tider varje vardag. Av dessa är 26 stycken bokningsbara via hemsidan och 17 stycken via telefon. De bokningsbara tiderna är fördelade jämt över dagen, cirka 4 stycken bokningsbara besök per timme, dock erbjuds inga tider mellan klockan 12:00-13:00 samt mellan 21:00-22:00. På lördag, söndag samt helgdag erbjuds 20 stycken tider via hemsidan. Även dessa är fördelade jämt över dagen med undantag vid lunch samt strax innan stängning då det är uppehåll. Utöver de bokningsbara tiderna erbjuds som sagt även drop-in vård. På jourcentralen kan dels de som är listade hos Backa Läkarhus söka hjälp men även de som är olistade det vill säga de som är listade hos en annan vårdgivare. Fram till och med den 1e mars 2012 spelade det ingen roll var patienten var listad men efter detta datum fattades beslutet att Backa Läkarhus listade patienter skulle prioriteras (prioriteringen gäller även de patienter som är listade hos en annan vårdgivare vilka har avtal med Backa Läkarhus om vård under jourtid). Denna prioritering innebär att de listade patienterna går före de olistade, även om den olistade patienten har väntat betydligt längre. Detta beslut grundar sig i, som nämndes tidigare, att ersättningsnivåerna minskade från och med den 1 april år 2012. Vid akuta besvär såsom vid andnöd prioriteras dock patienten oberoende av vårdgivartillhörighet.

2.5 Jourenhetens personal

Jourcentralen har jämn bemanning under hela öppettiden vilken består av: två läkare, en sjuksköterska samt två undersköterskor. Vid skiftöverlämning är dock personalstyrkan tillfälligt större. Gemensamt för personalen är att de varierar mellan att arbeta vid jourenheten på nedre plan och vårdcentralen på övre plan.

2.5.1 Läkare

Vid enheten finns läkare med olika kompetens och erfarenhet, såväl specialister inom allmän medicin som läkare vilka gör sin specialisttjänstgöring. Vissa av läkarna tillbringar mer tid vid jourenheten medan andra i större utsträckning arbetar på övre plan där arbetssättet är ett annat. De flesta läkarna som

arbetar vid jourenheten tillhör enheten på Herkulesgatan men då resurser saknas sker bemanning med läkare från andra läkarhus. Läkarens huvuduppgift är att diagnostisera och besluta vilken behandling patienten behöver, i detta ingår även att diktera till journalsystemet. Läkarens arbetstider varierar mellan tre olika arbetspass, 08:00-22:00, 08:00-16:30 eller 16:30-22:00 på vardagar samt 10:00-16:00 under helg.

2.5.2 Sjuksköterska

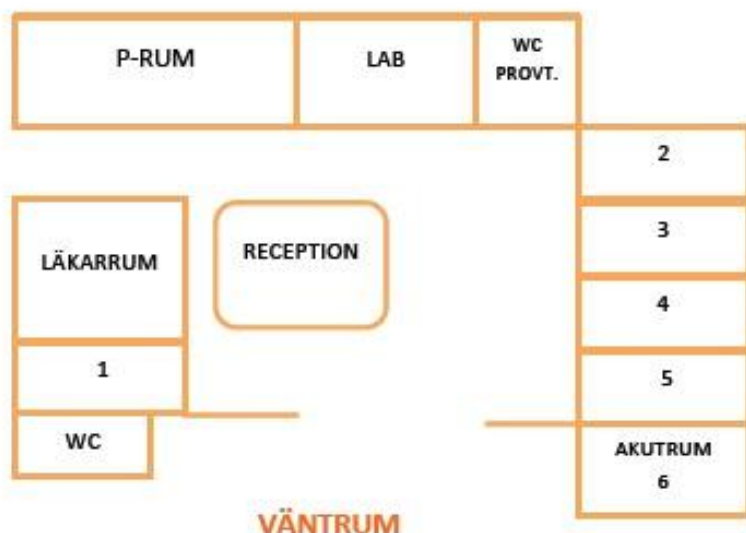
Sjuksköterskans uppgifter består i att göra en första medicinsk bedömning, så kallad triage, då patienten anländer till enheten. Sjuksköterskan ansvarar även för att ge medicinsk rådgivning samt bedömning av patientens tillstånd per inkommande telefonsamtal. Sjuksköterskan behandlar även patienter med exempelvis sårskador samt assisterar läkaren vid behov. För den medicin som förvaras på enheten har sköterskan ansvar. Utöver dessa arbetsuppgifter kan även sjuksköterskan utföra de uppgifter som undersköterskan utför. Arbetstiderna för sjuksköterskan varierar mellan två olika pass: 07:30-15:30 eller 15:00-22:30 på vardagar samt 10:00-16:00 under helger.

2.5.3 Undersköterska

Undersköterskans arbetsuppgifter består i att ta emot patienter vid ankomst och ta betalt för besöket. Undersköterskan har även till uppgift att hänvisa patienter till behandlingsrum och till viss del förbereda dem innan läkaren ankommer. Undersköterskan ansvarar för att städa och förbereda behandlingsrummen för nya patienter samt att analysera prover, såsom urin- och halsprover. Arbetstiderna för undersköterskan är desamma som för sjuksköterskan.

2.6 Jourcentralens layout

Backa Läkarhus jourenhet är belägen på Herkulesgatan 1C, för jourcentralens layout se figur 1.



Figur 1 – Jourcentralens layout

Enheten består av sex behandlingsrum, varav ett är tänkt att fungera som ett akutrum för svårt sjuka patienter exempelvis vid allergichocker och ska alltså inte utnyttjas annat än vid dessa fall. I mitten av enheten finns en reception där det finns möjlighet att expediera två patienter samtidigt. Utöver behandlingsrum och reception finns ett mindre laboratorium för att analysera enklare prover. I läkarrummet finns tre datorer där läkaren har tillgång till journalsystemet och har möjlighet att avlägga sin diktamen. I väntrummet på enheten finns plats för cirka 20 stycken sittande patienter.

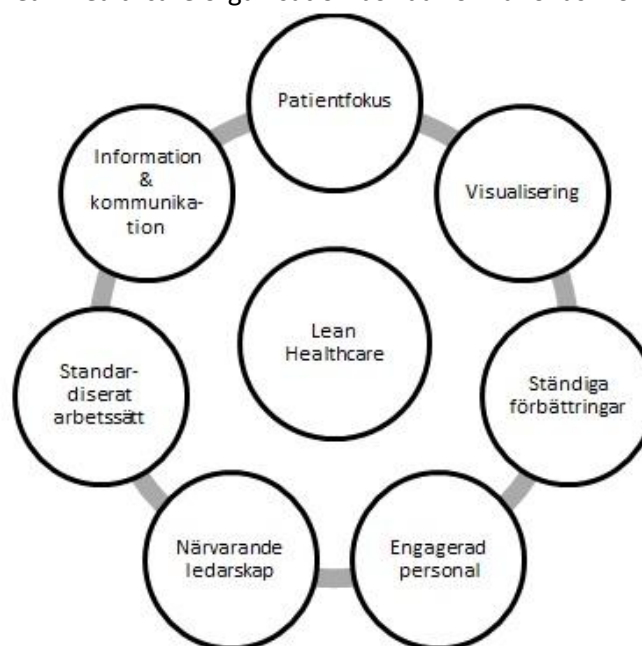
3 Teoretisk referensram

Detta kapitel ska ge läsaren en god referensram om de teorier som ligger till grund för rapporten. Utgångspunkt för teorin är filosofin Lean produktion och hur denna kan tillämpas inom sjukvård.

3.1 Lean Healthcare

Toyotas framgångsrika arbetssätt som innebär att arbeta efter Lean filosofin används och tillämpas idag inte endast inom tillverkningsindustrin, utan också inom ett flertal andra branscher (Liker, 2004/2009). Lean konceptet bygger på en rad olika principer som delas in i fyra olika kategorier: filosofi, processer, människor och problemlösning. Filosofin innebär att ha ett långsiktigt tänkande och att fatta beslut på långsiktig basis istället för kortsiktig. Processkategorin fokuserar på att eliminera slöserier och skapa flöde i organisationens alla processer. Denna kategori innefattar även att arbeta med standardiserat arbetssätt och visuellstyrning. Att utveckla ledare som lever för filosofin samt att utmana medarbetare och team tillhör kategorin människor. Kategorin problemlösning innebär att arbeta med ständiga förbättringar och ett närvarande ledarskap. Något som genomsyrar hela Lean konceptet är vikten av att ha förståelse för kunden och att alltid sätta denne i centrum.

Under de senaste åren har Toyotas produktionsfilosofi börjat användas inom vården (Graban, 2011). Toyotas principer kan inte direkt appliceras inom vården utan måste anpassas till den aktuella verksamheten. En typisk Lean Healthcare organisation bör därför ha fokus inom följande områden:



Figur 2 - Viktiga parametrar inom en Lean Healthcare organisation

De olika områdena inom Lean Healthcare kommer att beskrivas mer ingående i kapitlet. Grunderna inom Lean filosofin kommer också att förklaras och konkreta exempel på hur Lean kan användas i vårdsektorn kommer att ges.

3.2 Patientfokus

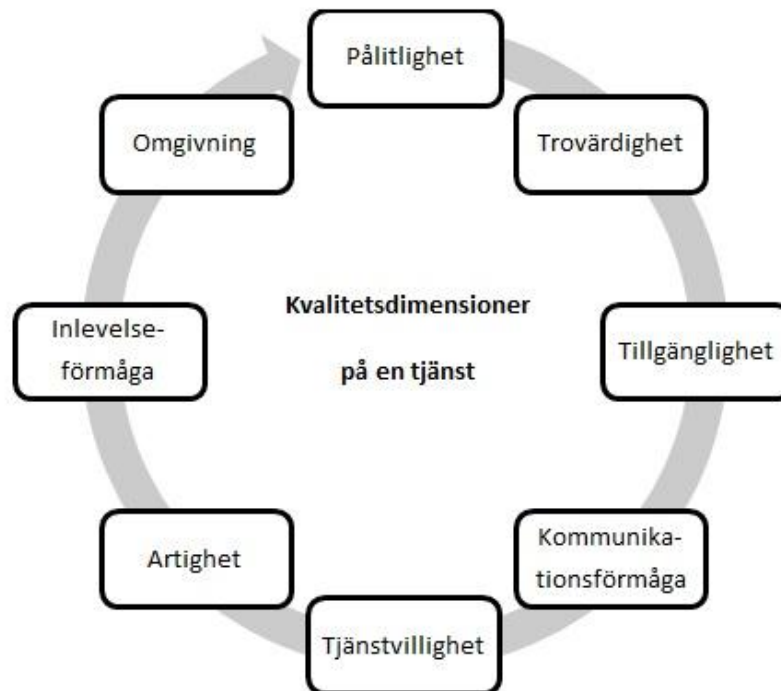
“Kunden i centrum” är ett centralt begrepp inom Lean, utan kunder är företagets existens omöjlig (Liker, 2004/2009). Det är därför av stor vikt att värna om företagets kunder och försöka behålla dem, då kunder krävs för att ett företag ska kunna överleva. En organisation finns till för dess kunder och graden av framgång bygger på förmågan att tillfredsställa olika kunders behov (Bruzeliuss & Skärvad, 2004).

Kundbegrepp inom offentlig verksamhet kan ibland upplevas som ovant då kunder i många andra verksamheter associeras till direkt ekonomisk vinning (Bergman & Klefsjö, 2007). Inom offentlig verksamhet kan den som betalar för tjänsten vara någon annan än den som tjänsten skapar värde för. Detta medför att det finns olika kategorier av kunder inom vårdverksamheter, allt från patienter och personal till myndigheter. Företagets uppgift blir att tillfredsställa både de interna kunderna inom organisationen och de externa kunderna som utnyttjar eller på annat sätt påverkas av de producerade tjänsterna. Nöjda och tillfredsställda kunder återkommer i högre utsträckning än missnöjda kunder. Två parametrar som är avgörande för om en kund återvänder till organisationen eller ej är kvalitet och service. Därför är det viktigt att organisationen arbetar för att upprätthålla hög standard vad det gäller dessa två. En nyckelfaktor för att upprätthålla hög standard är att alltid utgå ifrån vad som är bäst för patienten. Om organisationen någon gång står inför ett prioritetsdilemma kan en idé vara att ställa sig frågan: “Vad är bäst för patienten?” (Inde, 2011). Genom att alltid prioritera utifrån patientens behov uppnås patientfokuserad vård.

I och med att det fria vårdvalet infördes 2009 har krav på god service och hög kvalitet inom vården fått en än mer betydande roll. Detta innebär i sin tur att det blir allt viktigare att bedriva patientfokuserad vård, för att bibehålla och utvidga sin kundkrets. Då kvalitet är en avgörande faktor måste den värderas av patienterna och jämföras med deras förväntningar och behov (Bergman & Klefsjö, 2007). Patienter som är nöjda med vården på enheten talar gott om den och rekommenderar enheten vidare till nära och kära. Avgörande för om organisationen ska lyckas med detta eller ej är om medarbetarna har förståelse för kundens behov och förväntningar. För att se hur väl en vårdorganisation och dess medarbetare har förståelse för vikten av patientfokuserad vård finns tre frågor som är relevanta att ställa sig (Inde, 2011): “Varför är jag här?”, “För vem är jag här?” och “Varför är patienterna här?”. Arbetar all personal för att ge patienten bästa möjliga service och vård? Finns förståelse för hur viktigt det är att ha patientfokus i alla processer? Genom att ställa dessa frågor skapas en diskussion kring vart organisationen befinner sig när det gäller patientfokuserad vård. Utifrån detta kan sedan vidare arbete med patientfokus bedrivas.

Att bedriva patientfokuserad vård innebär att alltid sätta patienten i centrum (Inde, 2011). I detta finns också en kvalitetsdimension (Bergman & Klefsjö, 2007), se figur 3. Kvalitén på tjänsten är avgörande för

kundens upplevelse av situationen. Därför är det av stor vikt för vårdgivaren att vara medveten om dessa olika kvalitetsdimensioner.



Figur 3 - Kvalitetsdimensioner på en tjänst (fritt efter Bergman & Klefsjö, 2007)

- **Pålitlighet**
Innefattar punktlighet och tydlig information till patient.
- **Trovärdighet**
Syftar till om patienten litar på vårdleverantören och om förtroende för denne finns.
- **Tillgänglighet**
Hur lätt är det att få kontakt med vårdenheten och de olika medarbetarna? Hit hör även hur lätt det är att nå organisationen via telefon och vilka öppettider organisationen har.
- **Kommunikationsförmåga**
Handlar om förmåga att kommunicera till olika patienter på ett sätt som de förstår.
- **Tjänstvillighet**
Innefattar hur stark vilja personalen har att hjälpa patienten.
- **Artighet**
Syftar till personalens bemötande mot patienten såsom omtanke och vänlighet.
- **Inlevelseförmåga**
Hur väl lever sig berörd personal in i patientens situation?
- **Omgivning**
Hur ser den fysiska miljön ut där tjänsten utförs. Är lokaler anpassade efter patientens behov och finns rätt utrustning att tillgå.

Dessa olika kvalitetsdimensioner måste tas hänsyn till då en organisation utvärderar hur väl de arbetar med patientfokuserad vård eller ej (Bergman & Klefsjö, 2007). Om förståelse finns för ovanstående punkter ökar också chansen för att personalen fokuserar på vad kunden anser är viktigt. Desto djupare kunskap personalen har om vad kunden anser är kvalitet, ju bättre anpassad vård kan personalen utföra. Förstår organisationen sin kund och hur dennes behov ska tillfredställas har företaget en ljus framtid (Liker, 2004/2009).

3.3 Ledarskap

Ledaren har en central roll i alla organisationer och har möjlighet att påverka slutresultatet i stor utsträckning. Nedan beskrivs ledarskapet och dess betydande roll för att uppnå en effektiv vårdverksamhet.

3.3.1 Ett nytt sätt att leda

När ledare inom leanorganisationer tillfrågas vad som skiljer deras ledarstil från andra är svaret ofta entydigt (Liker, 2004/2009). Den stora skillnaden beskrivs genom de japanska begreppen *genchi genbutsu* eller *go to gemba*. *Genchi genbutsu* innebär att gå till den faktiska platsen där arbetet bedrivs och se med egna ögon för att verkligen kunna förstå situationen. *Go to gemba* har en liknande innebörd, uttrycket betyder att gå till källan det vill säga där det händer. Dessa båda begreppen beskriver vikten av att ledare lär känna sin egen verksamhet genom att själv spendera tid i den.

Det bästa och enda sättet för en ledare att själv förstå är att gå till *gemba* och med egna ögon observera, lära känna och experimentera med verksamheten och dess processer (Graban, 2011). Ett närvarande ledarskap är av största vikt för att det dagliga arbetet i verksamheten ska kunna fungera på bästa sätt (Inde, 2011). Om en ledare inte spenderar minst 20 procent av sin dag i den faktiska verksamheten som han eller hon ansvarar för kommer denne aldrig kunna applicera och arbeta efter Lean filosofin (Graban, 2011). ThedaCare, vilken är en amerikansk vårdkoncern som kommit långt i sitt leanarbete, har löst detta genom att införa "mötesfria" zoner, mellan klockan 08:00 och 10:00 varje morgon, för ledarna inom organisationen. Under dessa tillbringar alla chefer sin tid i den faktiska verksamheten.

3.3.2 Ledarens roll

Ledarens ansvar i en leanorganisation är att ansvara för och leda verksamheten mot organisationens uppställda mål (Graban, 2011). Uppgiften består i att förmedla målen till medarbetarna och se till att de är medvetna om hur kundens behov och organisationens prioriteringar hänger ihop. Ledarens viktigaste uppgifter kan sammanfattas i två punkter:

- Skapa förutsättningar för individen att själv ta eget initiativ för att lösa problem, som kan förbättra hans eller hennes arbete.
- Säkerställa att det arbete som individen utför skapar värde både för kunden och organisationen.

För att individen ska kunna arbeta under eget ansvar krävs det att ledaren skapar en förståelse för vad uppdraget innebär samt medarbetarens betydelse för att uppsatta mål ska kunna uppnås (Inde, 2011). För att detta ska fungera måste ledaren ställa tydliga krav på prestation utifrån givna förutsättningar. Medarbetarens insats ska sedan följas upp med feedback med tydlig återkoppling, på så sätt kan individen växa och i framtiden prestera än bättre.

När svenska framgångsrika ledare tillsammans fick sammanfatta vad de anser vara de viktigaste ledaregenskaperna nämnde de vikten av att våga fatta obekväma beslut och ge kritik (Bruzelius & Skärvad, 2004). Andra avgörande faktorer som nämndes såsom att vara engagerad, att kunna förankra gemensamma mål och visioner, att leva som han eller hon lär och att uppmuntra goda prestationer är alla egenskaper som också ingår i ett ledarskap enligt Lean filosofin.

3.3.3 Att leda den dagliga verksamheten

Gemensamma faktorer för ledarskapet i de vårdorganisationer som idag framgångsrikt använder sig av Lean filosofin kan sammanfattas i (Graban, 2011):

- Närvaro i verksamheten.
- Prestationsmätning samt uppföljning.
- Daglig styrning.
- Att involvera medarbetarna i hur verksamheten kan förbättras.

Närvaro i verksamheten är nödvändig för att se till att det standardiserade arbetssättet följs. Det är också nödvändigt att observera processen för att upptäcka och se potentiella förbättringsmöjligheter. Det är lika viktigt att såväl medarbetarnas som ledarnas arbetssätt är standardiserat. Ledarens dagliga närvaro i verksamheten skulle exempelvis kunna gå ut på att svara på frågorna:

1. Finns det några säkerhetsbrister?
2. Följs det standardiserade arbetssättet av medarbetarna?
3. Finns det några patientklagomål?

Att vara närvarande i sitt ledarskap gäller samtliga chefer i organisationen, dock med olika frekvens. Chefen som är ansvarig för den dagliga driften bör vara synlig i och observera verksamheten varje dag medan chefer på högre nivå, såsom organisationens VD, bör besöka verksamheten någon/några gånger per månad. Almgren (2012) menar att det är betydelsefullt att chefens närvaro i verksamheten inte alltid sker vid planerade besök utan även oannonserat för att lära känna verksamheten på bästa sätt.

Prestationsmätning samt uppföljning är nödvändigt för att kunna utveckla en verksamhet (Graban, 2011). Personal inom vårdorganisationer saknar ofta kunskap om hur väl enheten presterar i kvantitativa mått. Antingen kan det bero på att mätning inte sker eller att mätetalen inte kommer personalen tillhanda. I en leanarbetsmiljö innebär respekt för individen att organisationen är ärlig med hur väl verksamheten presterar. Mätning och uppföljning av prestation ska också ske i nära anslutning till varandra eftersom snabb återkoppling är av stor vikt för att få medarbetarnas förståelse. Exempelvis

är det omöjligt för medarbetare att kunna koppla ett bra eller dåligt resultat till orsaken om det hela ägde rum en månad tidigare. Mätning av prestation bör ske på daglig basis, per skift eller ännu oftare för att kunna identifiera grundorsakerna till och förebygga problem.

Daglig styrning är ett viktigt verktyg då organisationen vill sprida och förstärka kunskap om målen hos medarbetarna (Inde, 2011). En förutsättning för daglig styrning är att det finns gemensamma forum där ledare och medarbetare kan träffas, det är av stor vikt att dessa prioriteras. Ett exempel på ett sådant forum är morgonmötet, där får chefen möjlighet till att träffa medarbetarna för att informera om läget och strukturera upp dagen. Det skapar också en möjlighet för de anställda att föra en dialog med chefen. Samlingarna ska följa en tydlig agenda och ske ute i verksamheten (Graban, 2011). De bör också hållas på stående fot och inte överskrida en längd av 5-10 minuter. Detta för att bevara fokus på de viktiga frågorna. Om komplexa problem kommer upp ska dessa skrivas ned och följas upp vid ett senare tillfälle. Ett annat exempel på forum där ledaren bör närvara är skiftöverlämningar, dessa möten ger ledaren unika möjligheter till att kunna påverka verksamheten (Inde, 2011).

Att involvera medarbetarna i hur verksamheten kan förbättras kan sammanfattas i det japanska begreppet *Kaizen*. Detta begrepp samt ledarens betydelse beskrivs i underkapitel 3.7.

3.3.4 Vanligt förekommande vårdledningsproblem

Inom vården finns många vanligt förekommande ledningsproblem (Graban, 2011). En orsak till detta beror på att vårdorganisationer ofta väljer ut deras mest framstående sköterska eller läkare, till exempel, och gör honom eller henne till chef. Individer kastas oftast in i ledande positioner utan någon formell utbildning inom ledarskap. Istället för att lära individen den ledningsmodell som tillämpas inom organisationen tvingas de att lära sig själva och begår då misstag som kunde undvikits. Många av de individer som befordras på grund av deras egen skicklighet kan helt sakna de egenskaper och erfarenheter som behövs för att lyckas som ledare. Ett exempel kan vara svårigheten i att föra de ibland tuffa och nödvändiga samtal med anställda som tidigare varit ens jämställda arbetskamrater.

3.4 Processflöden

En gemensam faktor för alla organisationer är att de består av en eller flera olika processer som i sin tur består av sammankopplade delprocesser (Anupindi et al., 2012). En process beskrivs som den transformation då inflöde omvandlas till utflöde, se figur 4.



Figur 4 - Transformation från in- till utflöde

För att kunna förstå en organisation är det därför nödvändigt att kunna utvärdera de processer som den består av. Anupindi et al. (2012) menar att följande fem faktorer karaktäriserar transformationen:

- Inflöde och utflöde.
- Flödesenheter.
- Nätverket av aktiviteter och buffertar.
- Resurser.
- Informationsstruktur.

Inflöde och utflöde är det första som måste identifieras vid utvärdering av en process. Inflödet är de materiella eller immateriella värden som flödar in i en process såsom råmaterial, energi, data eller en patient i behov av vård. Utflödet är de materiella eller immateriella värden som flödar ut ur en process till exempel färdiga produkter, föroreningar, bearbetad information eller en diagnostiserad patient. En organisations inflöde och utflöde bestämmer alltså dess förhållande med omgivningen.

Nästa delsteg i att få en klar bild av processen handlar om att förstå de *flödesenheter*, objekt, som analyseras. Hur transformeras flödesenheten från inflöde till utflöde? En flödesenhet kan till exempel vara en produkt, ett kapital eller en patient.

Tredje steget består i att beskriva processen som ett *nätverk av aktiviteter och buffertar*. En aktivitet kan ses som den minsta byggsten i en process men är egentligen en miniprocess i sig själv. Buffert är det som uppstår då en flödesenhet har genomgått en aktivitet fram till dess att nästa aktivitet ska påbörjas. Buffert i en process kan också ses som en aktivitet som inte tillför något värde men som ökar genomloppstiden. Ett exempel på en buffert kan vara den mellanliggande tiden från att en patient har registrerat sin ankomst vid vårdcentralens reception till dess att denne blir hänvisad in på ett rum för att träffa en läkare.

Resurser är de uppenbara tillgångar som används i genomförandet av en process. Dessa brukar delas in i två olika kategorier: kapital och arbetskraft. Kapital kan exempelvis röra sig om byggnader, utrustning och informationssystem. Det är resurserna som tillsammans genomför transformationen av flödesobjektet från inflöde till utflöde. Storleken på tilldelningen av resurser till en process är ett av de mest avgörande besluten för att kunna styra processen.

Informationsstrukturen är den femte och sista faktorn vid kartläggning av en process. Informationsstrukturen visar vilken information som är nödvändig, och för vem den är tillgänglig, för att kunna utföra aktiviteter eller fatta beslut angående processen.

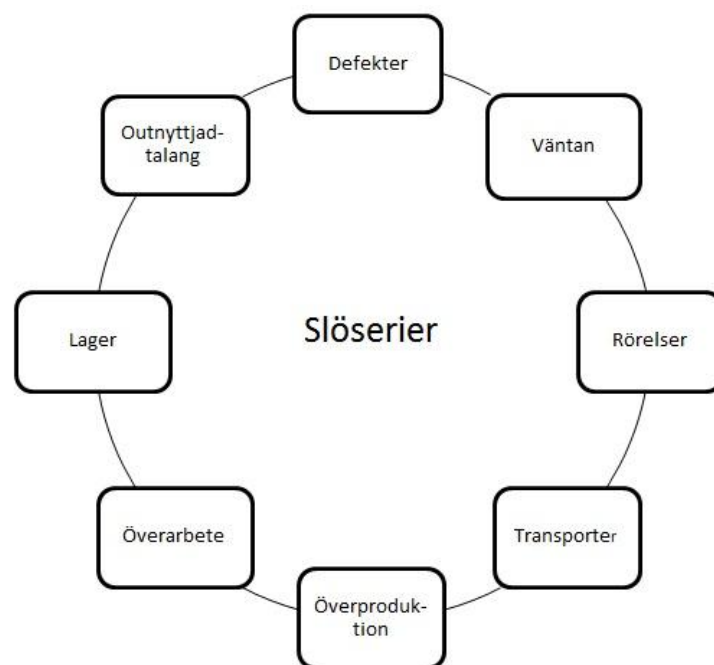
En process kan alltså beskrivas som nätverket av aktiviteter, separerade av buffertar, som utförs av resurser i syfte att förvandla en flödesenhet från inflöde till utflöde. Detta processsynsätt bör ligga till grund då organisationen specificerar hur en process ska utföras och vilka resurser som ska tilldelas den.

3.5 Värdeflödeskartläggning

Värdeflödeskartläggning, eller värdeflödesanalys, är ett verktyg som används för att kartlägga nätverket av aktiviteter och buffertar i en process (Anupindi et al., 2012). Detta för att identifiera de aktiviteter som skapar värde och de som inte gör det. En perfekt utformad process skapar precis det värde som kunden vill ha (Miller & red., 2005). En perfekt process skapar inte bara värde för kunden utan är också tillfredställande att arbeta i och leda. Varje delsteg i en perfekt process:

- Skapar värde för kunden.
- Producerar alltid ett bra resultat.
- Är alltid tillgänglig.
- Orsakar inte förseningar.
- Är flexibel.

Om någon av dessa faktorer inte uppfylls skapas någon form av slöseri. Enligt Toussaint, Gerard och Adams (2010) finns åtta olika typer av slöseri inom sjukvården, se figur 5.



Figur 5 - De 8 slöserierna inom vårdorganisationer (fritt efter Toussaint, Gerard & Adams, 2010)

Nedan följer vårdrelaterade exempel på respektive slöseri:

- *Defekter*
Att göra fel, rätta till fel eller att kontrollera arbete.
- *Väntan*
På svar från testresultat.
- *Rörelser*
Onödiga rörelser som uppstår då inte material och utrustning ligger på rätt plats.

- *Transporter*
Dåligt utformade lokaler samt bristande planering av lokaler medför extra transporter för både personal och patienter.
- *Överproduktion*
Onödig provtagning samt behandling.
- *Överarbete*
Istället för att exempelvis pricka i en lista av vilka läkemedel som behöver beställas skrivs all fakta ner på nytt varje gång.
- *Lager (för mycket eller lite)*
Läkemedel som passerat bäst före datum eller brist på utrustning som försenar processen.
- *Outnyttjad talang*
Misslyckas med att ta tillvara på medarbetarnas förbättringsförslag.

Värdeflödesanalysen har fler fördelar än att den kan identifiera potentiella slöserier, den kan också vara ett verktyg i ledet i att hitta källan till dessa (Rother & Shook, 2009). En värdeflödesanalys genomförs genom att i första steget välja ut en viss produkt-/kundgrupp att fokusera på i analysen. Sedan följs produkt-/kundgruppens väg genom flödet, både material- och informationsflödet antecknas längs vägen, från dörr till dörr. När det nuvarande tillståndet är kartlagt inleds en process för att hitta lösningar till de identifierade problemen i flödet. Grundtanken är att eliminera allt som inte tillför värde. För att eliminera slöserier såsom buffertar mellan de olika delprocesserna finns en stor vinst i att försöka kombinera olika delmoment till ett. På så sätt minskas antalet delprocesser och därmed även buffertar mellan dem. När det finns lösningsförslag på de identifierade problemområdena målas en "drömbild" av det framtida tillståndet upp. Samtidigt tas en implementeringsplan fram för de förändringar som ska genomföras.

3.6 Efterfrågan och kapacitetsplanering

När ett flödeselement flödar genom en process finns det alltid två olika stadier som elementet kan befinna sig i, antingen i en aktivitet eller i en buffert i väntan på att nästa aktivitet ska starta (Anupindi et al., 2012). Den totala tiden som flödeselementet spenderar i processen benämns genomloppstid. I en perfekt värld skulle alla processers genomloppstid vara den samma som den sammanlagda tid det tar att utföra aktiviteterna. Detta kan exemplifieras genom processen att checka in till ett flygplan. Vid incheckning prioriteras vanligtvis affärspassagerarna medan ekonomipassagerarna får vänta i en kö på att personalen i incheckningsdisken kan hjälpa just dem. I detta fall överensstämmer affärspassagerarnas genomloppstid med tiden det tar att utföra aktiviteten medan ekonomipassagerarna har en större differens mellan de båda. Att affärspassagerarna slipper kö beror ofta på att den personalstyrkan som är tilldelade just dem är stor i förhållande till antalet resenärer. Förhållandet personalstyrka och ekonomipassagerare är betydligt mindre. Kö skapas alltså i detta fall på grund av att de resurser som är tilldelade processen inte hinner med att omförvandla inflöde till utflöde i den utsträckning som skulle vara optimalt. En stabil process kännetecknas av att inflödet och utflödet är i balans över en tidsenhet. På en jourenhet liknande den på Backa Läkarhus kan processen oftast ses som stabil över ett dygn eftersom enheten aldrig stänger innan den sista patienten fått hjälp. Om

tidsenheten däremot krymper till exempelvis en timma kan i de flesta fall processen antas som ostabil. Att inflöde och utflöde inte är i balans beror på att det vid en akutverksamhet på förhand inte går att bestämma att det exempelvis ska anlända en patient var tionde minut, det går heller inte i förväg avgöra hur lång tid det går åt att diagnostisera och behandla varje enskild patient. Dock går konsekvenserna av variation att minska genom kapacitetsplanering vilket innebär att i största möjliga mån anpassa resurserna mot efterfrågan. När variationen i inflöde av patienter inte kan jämnas ut, det vill säga att inflödet inte är konstant under hela öppettiden, är det viktigt att i så stor utsträckning som möjligt anpassa resurserna till efterfrågan (Graban, 2011). Trots denna enkla logik används metoden sällan inom vården. För att kunna använda kapacitetsplanering inom vården är det nödvändigt att förstå när patienten tenderar att söka vård (Tapping, Luyster & Shuker, 2002). Denna information kan exempelvis fås via:

- Prognoser.
- Uppföljning.

Prognoser kan i detta fall exempelvis innebära att förutspå en högre efterfrågan under influensaperioder då fler människor söker vård. *Uppföljning* kan vara så enkelt som att följa upp hur många patienter som behandlades föregående vecka och sedan använda dessa värden vid resursplanering. Prognoser och uppföljning kan sammanvägt skapa en bra utgångspunkt för att förutspå efterfrågan.

En vanlig åsikt hos personal vid akutmottagningar är att efterfrågan är mycket svår att förutsäga eftersom det inte i förväg går att säga vem som söker vård och när (Graban, 2011). Dock visar undersökningar gång på gång att inflödet av patienter är relativt konstant och förutsägbart på givna dagar och klockslag. Det finns alltså stor anledning att ta hänsyn till sådan data vid bemanningsplanering inom både dygnet, veckan och månaden.

3.7 Standardiserat arbetssätt

Standardisering är ett av de viktigaste verktygen inom Lean (Liker, 2004/2009). Standardiserat arbetssätt kan definieras som "det just nu bästa dokumenterade arbetssättet ur kvalitets-, effektivitets- och säkerhetssynpunkt" (Graban, 2012). Standardiserat arbetssätt är ett verktyg för att bibehålla produktivitet, kvalitet och säkerhet på en hög nivå. Ett syfte med standardiserade arbetssätt är att åstadkomma reduktion i den variation som uppstår på grund av olika arbetssätt (Liker, 2004/2009). Nedan presenteras en rad av fördelarna med standardiserat arbetssätt (Miller, 2012):

- Säkerställer hög kvalitet.
- Tillåter oss att upptäcka slöserier.
- Ligger till grund för ständiga förbättringar.
- Förhindrar att medarbetarna får "dåliga vanor".
- Stimulerar till förbättring.
- Underlättar utbildning.
- Bevarar kunskap inom organisationen.

När standardisering av arbetsuppgifter kommer på tal reagerar många människor starkt och kommentarer som "Vi är kreativa, tänkande yrkesmänniskor, och varje uppgift vi gör är unik" är mycket vanligt förekommande (Inde, 2011). Allt arbete kan inte standardiseras men viss grad av standardisering är alltid möjlig och förenklar oftast medarbetarens arbete väsentligt. Standarder behöver inte alltid vara exakta tillvägagångssätt utan kan exempelvis vara att alltid gå igenom en checklista innan operation för att se att patienten är rätt förberedd. I vårdsammanhang bör behandlingsrummens utseende standardiseras vad det gäller material och utrustning (IHI, 2012). Detta är en viktig åtgärd eftersom förluster i form av väntan och onödiga rörelser kan minimeras.

Utöver detta är det även fördelaktigt att standardisera dagliga rutiner såsom inskrivningsprocesser, om alla medarbetare gör detta efter en utformad standard minskar risken för missförstånd och att patienter får olika information (Graban, 2012). Standardiserat arbetssätt för processer som till exempel innefattar hygien och förberedelse inför operation är också att föredra. Utöver standardisering av processer bör även olika yrkesgruppers arbetsroller standardiseras. Dessa standarder är snarare att kalla för arbetsbeskrivning och kan exempelvis innehålla vad en sjuksköterska förväntas göra i sitt dagliga arbete. Standardiserat arbetssätt är också en nyckelfaktor för att bygga in kvalitet i processen. Om fel uppstår ska ledare och personal ställa sig frågan "Arbetade personen enligt standard?" Om ja, då har organisationen ett stort problem, om medarbetaren arbetade enligt standard och det fortfarande blir fel bör standarden ändras eftersom den inte uppfyller sitt syfte att bidra till hög kvalitet. Arbetade inte personen efter standardiserat arbetssätt behövs ett tydligare ledarskap som påvisar hur viktigt det är att medarbetare följer standard.

3.7.1 Vem utvecklar ett standardiserat arbetssätt?

När ett standardiserat arbetssätt ska utformas är det viktigt att involvera de medarbetare som det standardiserade arbetssättet kommer att beröra (Graban, 2012). Det är i hög grad människorna som arbetar i processen som har vetskap om hur det standardiserade arbetssättet bör utformas. Ett vanligt misstag vid utformning av standardiserade arbetssätt är att de berörda personerna ofta glöms bort, trots att de förmodligen har störst kunskap om arbetet i processen. Ska en arbetsbeskrivning för sjuksköterskans dagliga arbete tas fram är det viktigt att sjuksköterskorna får diskutera vad denna beskrivning ska innehålla. Målet är att arbetslagen tillsammans med arbetsledare utvecklar det standardiserade arbetssättet för sin arbetsplats. Detta för att acceptansen och motivationen till att följa det standardiserade arbetssättet ökar om personalen fått delta vid framtagningen av standarden. Dock menar Liker (2005) att det är av stor vikt att inte helt och hållet lämna över utformningen av det standardiserade arbetssättet enbart till de människor som ska arbeta med det. Detta eftersom det då finns en risk för subjektiv uppfattning i hur en arbetsuppgift utförs på bästa sätt. Framtagning av det standardiserade arbetssättet ska enligt Liker ske i samarbete med flera personer inom organisationen och efter framtagna regler och riktlinjer.

3.7.2 Standardiserat arbetsätt till grund för ständiga förbättringar

Standardiserat arbetsätt ligger till grund för ständiga förbättringar, som på japanska betecknas *kaizen* (Graban, 2011). Det är omöjligt att förbättra en process innan den är standardiserad då grundtanken med standardiserat arbetsätt är att det ständigt ska utvärderas för att försöka nå ett ännu bättre arbetsätt genom förbättring av det nuvarande (Liker, 2005). Detta innebär att det är otroligt viktigt att endast betrakta standarden som det bästa arbetsätt just nu och inte som en fast standard. Det standardiserade arbetsättet ska revideras när ett bättre sätt har hittats. *Kaizen* blir först optimalt då alla medarbetare i organisationen lever med tankesättet: "Hur kan denna process förbättras?". När en vårdorganisation ska arbeta med *kaizen* är det viktigt att ledaren är delaktig och påvisar hur viktigt det är att medarbetarna arbetar efter detta tankesätt (Inde, 2011). Ledaren ska inspirera medarbetarna till detta arbetsätt för att stärka deras motivation (Graban, 2011). Om en medarbetare vill föreslå en förbättring av en process är det viktigt att det finns ett framarbetat tillvägagångssätt för hur denne ska lägga fram sitt förslag. Vidare måste det finnas en process för hur förslag behandlas och en ansvarig som kan ge medarbetare feedback angående statusen för den föreslagna förbättringen.

3.8 Kommunikation

För att nå en hög effektivitet i en process och därmed hela verksamheten måste resurserna, både människor och maskiner, samordnas för att tillsammans kunna prestera ett gott resultat (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Effektiv kommunikation är en av de viktigaste faktorerna för att uppnå just bra samordning. Kommunikation och problem med kommunikation är därför ett utav de områden som organisationer ständigt måste arbeta med och förbättra för att på sikt också kunna förbättra verksamhetens resultat.

Kommunikationsproblem inom organisationer handlar ofta om brist på kommunikation mellan ledning och medarbetare, exempelvis är en vanlig åsikt hos medarbetare att de upplever att ledningen inte är tillgänglig eller inte lyssnar på dem. Dock är det inte bara kommunikation mellan ledning och personal som är bristfällig, lika vanligt är det att kommunikationen mellan de anställda inte är tillräckligt god. Ett annat vanligt problem är bristen på effektiva kommunikationskanaler, detta kan leda till att rätt information inte når fram till rätt personer vilket kan skapa ryktesspridning och osäkerhet inom organisationen.

Jacobsen och Thorsvik (2008) menar att det finns fem kritiska faktorer i kommunikationsprocessen mellan sändare och mottagare som kan skapa problem:

- *Hur sändaren väljer att framföra budskapet*
Under ideala förhållanden bör budskapet framföras som sändaren tänker sig det samtidigt som mottagaren förstår det korrekt. Dock är det vanligt förekommande att sändaren väljer ord, uttryck och jargong som kan uttrycka något annat. Budskapet kan ofta förstärkas av kroppsspråk vid kommunikation ansikte mot ansikte. Risken för att sändaren ska framföra budskapet så att det kan tolkas felaktigt förstärks ofta i stressiga situationer och när sändaren är känslomässigt engagerad.

- *Vilken informationskanal budskapet förmedlas genom*
Valet av informationskanal för budskapet ställer krav på hur informationen utformas. Informationskanalen kan dels vara olämplig för budskapet vilket gör att inte informationen når fram, den kan också minska eller tillintetgöra möjligheten till tvåvägskommunikation. Det kan också vara så att kanalen innefattar flera personer vilket kan leda till att information manipuleras och/eller förändras.
- *Hur mottagaren tolkar budskapet*
Denna faktor är i hög grad beroende av hur sändaren har valt att framföra budskapet. Hur uppmärksam mottagaren är samt hur denne väljer att bedöma och prioritera sändarens budskap är också av stor vikt. Mottagarens subjektiva uppfattning och inställning till sändaren avgör också hur väl budskapet når fram.
- *Mängden information som sänds ut*
Ovan nämndes att ett stort problem i organisationer är brist på kommunikation men ett överflöd av kommunikation kan också innebära problem. En alltför stor mängd information kan leda till att mottagaren inte agerar tillräckligt kritiskt och feltolkar budskapet. Det kan också innebära en risk för att den information som är av större vikt inte prioriteras. Mottagaren kan också helt enkelt strunta i att ta ställning till informationen överhuvudtaget då den upplevs som övermäktig.
- *Undanhållande av information*
Detta kan bero på att sändaren medvetet väljer att undanhålla relevant information för mottagaren eftersom sändaren ser en personlig vinning i att göra så.

Inom en vårdorganisation är kommunikationen en av de viktigaste faktorerna för att uppnå målet att kunna erbjuda en kvalitativ och patientfokuserad vård. Kommunikations- och informationskanalerna inom organisationen måste vara effektiva för att kunna erbjuda patienten den information och vård denne behöver.

3.9 Visualisering

För att en medarbetare ska få feedback och förståelse för det egna arbetet är visualisering en viktig komponent (Liker, 2004/2009). Visualisering innebär att sträva efter att arrangera verksamheten så att inga problem kan döljas och för att enkelt kunna se aktuell status för verksamheten. Genom visualisering ska de anställda få tydlig information om hur de ligger till just nu. Visualiseringen ska ge så mycket information som möjligt till den eller de medarbetarna som arbetar i processen. Framgångsrik visualisering, det vill säga "en arbetsplats som talar till dig", innebär att medarbetare får stöd i det dagliga arbetet. Detta kan yttra sig i en mängd olika former av visuell information, se figur 6.



Figur 6 - Visuella system (fritt efter Liker, 2004/2009)

- *Kommunicera vad som ska göras*
Visualiseringen ska kommunicera vad som behöver göras och detta kan ske i olika former. Ur ett vårdperspektiv kan detta vara att ett ljud som låter när analys av prover är färdiga, genom ljudet förstår sköterskan att provresultatet är färdigt.
- *Hålla ordning*
Ju mer överskådlig och välstädd en arbetsplats är desto lättare är det att hitta den utrustning och det material som behövs.
- *Kommunicera hur arbetet ska utföras*
Utförs arbetet enligt den standard som finns för processen och hur kan medarbetaren kontrollera detta? Hjälpmedel för detta kan vara checklistor och arbetsbeskrivningar som finns uppsatta vid den aktuella processen.
- *Påkalla uppmärksamhet*
Detta innefattar hur systemet påkallar uppmärksamhet. Det kan exempelvis vara en lampa som blinkar för att en patient har signalerat på hjälp.
- *Detaljinformation om läget*
Hur ligger verksamheten till just nu i förhållande till uppställda mål. Detta kan röra sig om planeringstavlor som i realtid beskriver hur produktionen ligger till i förhållande till uppsatta mål.
- *Uppföljning av nyckeltal*
Hur väl enheten uppfyller målen. Detta kan röra såväl ekonomi som patienttillfredsställelse. Det är av stor vikt att anställda får ta del av dessa för att få alla medarbetare att sträva mot samma mål.

Dessa punkter förklarar hur visuella styrmedel kan användas för att stödja personalen i deras arbete. Visualisering är också en viktig parameter för den chef som ska kontrollera verksamheten då de visuella medel som används kommunicerar hur medarbetarna ligger till i den aktuella processen. Den som vill ha en nulägesrapport av det aktuella tillståndet av processen ska med bara ett enkelt ögonkast kunna få den informationen med hjälp av de visuella kommunikationsanordningarna. De övergripande målen med visuell styrning är att förbättra och effektivisera det aktuella flödet.

3.10 Team

Team och teamarbete är inom Lean konceptet väldigt centralt då effektiva team är en av de viktigaste komponenterna inom filosofin (Liker, 2004/2009). Att arbeta i team innebär att arbeta tillsammans för att nå ett gemensamt mål (Lind & Skärvad, 2004). Ett välfungerade team definieras som ett antal individer med nära kommunikation och ett gemensamt ansvar för den verksamhet som bedrivs (Inde, 2011). Det finns en rad olika fördelar med att bedriva arbetet i grupp då det i flertalet studier visats att det leder till högre effektivitet och underlättar kommunikationen (Lindér, 2011). Då krav på patientfokuserad vård har ökat har även graden av samarbete hos personalen blivit allt mer betydande (Inde, 2011). Många vårdanställda har svårt att ställa om från att arbeta i arbetslag till att börja arbeta i team, där samarbete blir mer avgörande för att lyckas bemöta krav från kund och samhälle. En skillnad mellan team och arbetslag är att teamet fokuserar på gemensamma mål och att de olika teammedlemmarnas arbetsuppgifter integrerar med varandra i större utsträckning än i ett arbetslag. Det främsta målet med teamarbete inom vården är att ge en god och säker vård till patienten. För att lyckas med detta är det viktigt att teamen har gemensamma möten, tätt samarbete mellan de olika individerna i gruppen samt effektiv kommunikation.

Förutsättningar för att uppnå effektiva team inom vården är att det finns:

- En definierad och levande vårdfilosofi.
- Definierade mål för organisationen och teamet.
- Ett starkt kundfokus.
- Engagemang.
- Gemensamma mötesplatser för reflektion.

Medlemmarna i teamet måste dela organisationens och varandras vårdfilosofi för att på så sätt kunna ge patienten bästa möjliga vård (Inde, 2011). Det ska även finnas uppsatta och välformulerade mål för teamet angående vad de förväntas uträtta och vilken roll teamets mål har i organisationen. Då kundfokus är centralt innebär det att teamet hela tiden ska utgå från kunden i såväl processer som enskilda arbetsuppgifter (Lind & Skärvad, 2004). Det måste då i teamet finnas en förståelse för hur viktigt det är att alla processer är drivna av kundens krav, behov och önskemål. Utan förståelse för kunden finns på sikt risk för att organisationen får en försvagad position på den aktuella marknaden. Den sista faktorn som krävs för att bedriva effektiva team inom vården är att ha gemensamma mötesplatser för reflektion (Inde, 2011). Detta blir viktigt då det vid dessa möten är tänkt att teammedlemmarna ska ge varandra feedback samt reflektera över vad som gått bra respektive sämre.

under arbetspasset och hur problem ska kunna undvikas i framtiden. För att få effektiva möten är det viktigt att de är planerade, strukturerade och att alla medlemmar i teamet deltar i den grad det är möjligt. Det ska finnas en fast agenda för dessa möten för att få dem strukturerade, utan agenda finns en risk för att mötet endast blir en kafferast. Inom vården har många anställda svårt att ta sig tid till att delta vid dessa möten samt att förstå syftet med dem, därför är det oerhört viktigt att dessa möten är inplanerade och återkommande i medarbetarnas vardag. Typiska frågor för reflektionsavstämningar är: "Är vi nöjda med våra möten med patienterna idag?", "Kunde vi tillgodose de prioriterade patienternas behov?", "Har kompetenserna i teamet använts på bästa sätt idag?" och "Vad har vi lärt oss av dagen och hur kan vi använda detta imorgon?". Frågorna är till för att hjälpa de anställda att reflektera och skapa en diskussion, förmodligen har inte alla anställda samma upplevelse av dagen och då är det ännu viktigare att lära sig förstå varandra. Vid dessa möten kan även specifika situationer från arbetspasset tas upp. Vilket tidigare nämnts har chefen en betydande roll i dessa möten, denne har ansvar för att mötet följer en struktur. En närvarande chef i de dagliga mötena för verksamheten signalerar hur viktiga de är, därutöver utgör ledaren ett stöd för personalen. Att som ledare vara synlig och lyhörd för de anställda skapar förtroende. Medarbetare som arbetar i "hetluften" behöver ibland påminnas om att de är här för patientens skull men även för varandra. Chefen har vid de dagliga mötena möjlighet att påverka de anställda men även få feedback på sitt eget arbete, en dialog som är tänkt att stärka båda parter. Almgren (2012) nämner att han från Volvo tog med sig så kallade pulsmöten, korta effektiva möten om 5-10 minuter, till sitt arbete inom vården. Om det finns en tydlig återkommande agenda behöver sammankomsten inte vara längre än så. Vid dessa möten fick han även ett betydande utbyte av information från anställda. Almgren menar att han aldrig skulle fått denna information utan att närvara vid morgonmöten i den dagliga verksamheten.

Ytterligare en aspekt i gruppsammanhang är vikten av att belöna gruppen om de uppnår de av organisationen uppsatta målen (Lind & Skärvad, 2004). Det är viktigt att belöna gruppens prestation för att stärka medlemmarnas motivation till att fortsätta sträva efter att nå gemensamma mål. I nästa kapitel beskrivs vad som motiverar olika individer till att prestera samt olika typer av incitament som kan användas.

3.11 Motivation och engagemang

Motivation definieras enligt Bruzelius och Skärvad (2004) som: "... är en drivkraft till en handling i en viss riktning och en individ är motiverad när en önskan eller ett behov påverkar individens handlande i en viss riktning". I många fall är lönen en betydande anledning till varför flertalet människor arbetar och går till jobbet. Om organisationen vill att medarbetaren ska arbeta effektivare är det vanligt förekommande att använda sig av incitament. Det finns studier som visar att välfungerade incitament kan hjälpa företaget att höja sin effektivitet. Ett effektivt belöningssystem kan sammanfattas i fem punkter.

- Belöningen utgör en stor del av den anställdes totala lön för att kunna fungera som incitament.
- Belöningssystemet ska gälla alla medarbetare.
- Belöningen måste vara relaterad till prestationsmått.
- Belöningssystemet måste vara realistisk och genomtänkt, det ska inte kunna feltolkas.
- Den enskilde belönade medarbetaren måste ha påverkansmöjlighet på utfallet av resultatet.

Det finns en mängd olika former av incitament, pengar är vanligt förekommande på grund av det ger frihet, oberoende och status (Bruzelius & Skärvad, 2004). Ansvar, möjlighet till befordran, utbildning och medverkan i projekt kan fungera som immateriella incitament. Om teamarbete används av organisationen är det även viktigt att belöna på teamnivå, när teamets mål nås. Incitament kan även innefatta belöningar i mindre skala såsom gratis lunch eller en kvällsaktivitet för de anställda. Vilket incitament som ska tillämpas är starkt relaterat till vad som motiverar den enskilde individen. Ett exempel på hur incitament används hos Toyota är att de belönar de anställda vars förbättringsförslag genomförs, detta skapar motivation hos de anställda samtidigt som det medför att de i större utsträckning arbetar med ständiga förbättringar (Liker, 2004/2009).

En incitamentsmodell som grundar sig på en ökad effektivitet kan också medföra en ökad kvalitet (Lindenauer et al, 2007). I en studie som genomfördes i Storbritannien jämfördes under två år sjukhus som använde sig av "pay-for-performance" incitament för personalen med sjukhus som ej använde sig av liknande incitament. Studien visade att incitamentsmodeller som grundar sig på prestation medför både ökad effektivitet och en betydlig ökning av kvalitet.

4. Problemformulering

I följande kapitel beskrivs bakgrunden till varför patientflödet vid Backa Läkarhus ska analyseras samt vilka olika områden som ska undersökas.

Primärvården är grunden i det svenska vårdssystemet och har de senaste åren genomgått stora förändringar. I samband med införandet av lag om valfrihetssystem år 2009 fick individen rätt att själv välja vilken vårdcentral som denne ville tillhöra. Detta medför att individen kan välja att byta vårdgivare om denna inte lever upp till hans eller hennes krav. På så sätt har detta inneburit en ökad konkurrens mellan de olika vårdleverantörerna. Samtidigt som vårdgivaren ska uppfylla sina patienters förväntningar krävs också att verksamheten ska vara lönsam. Backa Läkarhus har som mål att kunna utöka sin verksamhet utan en minskad kundtillfredsställelse. För att uppnå detta vill företaget kartlägga och analysera organisationen ur ett kundperspektiv. Detta för att se om och hur verksamheten och dess processer ska kunna effektiviseras. Utgångspunkt i analysen blir därför att kartlägga patient- och informationsflödet. Detta sker genom att göra en värdeflödeskartläggning vid enheten, vilket innefattar att ta reda på vilka aktiviteter som är värdeskapande för kunden men även att identifiera de aktiviteter, buffertar, som inte skapar värde för kunden. Detta för att se hur de icke värdeskapande aktiviteterna ska kunna reduceras eller eventuellt elimineras. Vidare gäller det att identifiera vilka faktorer och resurser som påverkar flödet, för att se hur dessa kan påverkas och användas för att skapa ett effektivare flöde. Viktiga parametrar att undersöka är därför:

- *In- och utflöde i processen*
Hur varierar efterfrågan på vård över dygnet och veckodagarna? Detta är viktigt att undersöka för att se om det finns en återkommande trend när patienten tenderar att söka vård. Vidare är dessa parametrar avgörande för hur planering av kapacitet i förhållande till beläggning bör se ut.
- *Genomloppstid och väntetider i processen*
Att beräkna patientens väntetid och genomloppstid blir väsentligt då detta påvisar hur länge en patient vistas på jourcentralen samt hur lång tid av besöket som är värdeskapande för patienten. Här kan också verksamhetens målvärden relateras till den faktiska väntetiden respektive genomloppstiden.
- *Arbetssätt och rutiner*
Hur arbetar personalen vid jourcentralen? Denna fråga är central då personalen har väldigt stor påverkan på patientflödet. Finns ett standardiserat arbetssätt och i sådana fall efterföljs det av personalen? Här bör olika medarbetares arbetssätt analyseras för att se hur medarbetarna ska bedriva arbetet på mest effektiva sätt ur ett patientperspektiv.

- *Resurser*

Har vårdenheten tillräckligt med resurser i form av personal och utrustning för att kunna effektivisera flödet? Används resurserna på ett optimalt sätt ur ett patientperspektiv?

- *Organisatoriska aspekter*

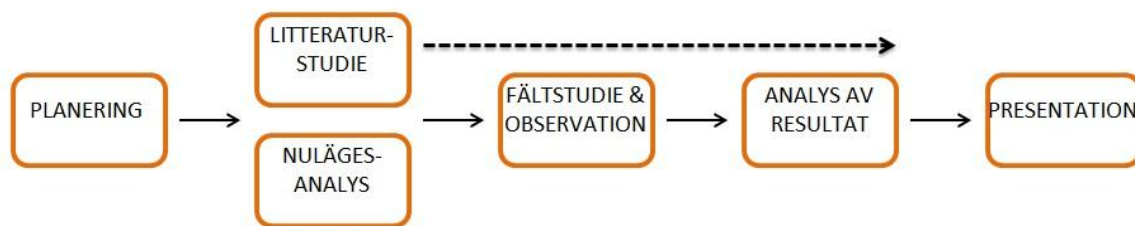
Utöver de paramentrar som är direkt relaterade till patientflödet är det också en idé att undersöka hur väl organisationen stödjer processen. Fungerar kommunikation- och informationsflödet mellan organisationens medarbetare? Finns det kunskap om hur arbetet fungerar vid jourenheten? Fungerar ledarskapet?

För att kunna analysera verksamheten ur ett patientperspektiv blir patienternas åsikter om systemet centralt. Vad patienten anser om väntetider, genomloppstider och vårdcentralen i allmänhet är relevant att ha kunskap om för att kunna relatera till om jourcentralen uppfyller patienternas förväntan eller ej. Patienternas målvärden skapar riktlinjer för vad vårdcentralen bör sträva emot för att behålla sina patienter.

5. Metod och genomförande

Detta kapitel beskriver tillvägagångssättet som har använts genom studien. De metoder som ligger till grund för insamling och analys av data kommer diskuteras för att ge läsaren förståelse för hur projektet har utförts för att skapa en ram för diskussion.

Arbetet genomfördes i sex olika stadier, se figur 7. Modellen klargör arbetsgången från början till slut. De olika delstegen i modellen kommer att beskrivas nedan.



Figur 7 - Arbetsgång för studien

5.1 Planering

Under den första perioden av projektet låg fokus i att lära känna Backa Läkarhus och dess verksamhet på Herkulesgatan. Detta inkluderade ett inledande besök på enheten i december 2011 där verksamhetens VD och områdeschef deltog och en första diskussion kring projektets syfte tog rum. Flera möten hölls löpande under denna period, dessa syftade till att forma en bas för projektet. Exempelvis upprättades kontakt med en handledare på Chalmers tekniska högskola samt en handledare vid Backa Läkarhus. Mötena bidrog till att skapa en förståelse kring Backa Läkarhus och inom ämnen som värdeflödesanalys och Lean Healthcare. Ett första studiebesök i verksamheten ägde också rum i januari månad under ledning av handledaren vid Backa Läkarhus.

5.2 Nulägesanalys

Innan de slutgiltiga frågeställningarna för arbetet kunde formuleras bedrevs en förstudie vid Backa Läkarhus för att förstå hur den dagliga verksamheten och dess olika processer är uppbyggda. Vid sju olika oanmälda tillfällen, om cirka 30 timmar totalt, under en två veckors period i februari 2012 besökte Backa Läkarhus. Vid dessa besök studerades både vårdcentralen och jourcentralen för att få en samlad bild av verksamheten. Utgångspunkten blev att studera verksamheten och observera såväl patientflödet som informationsflödet då tidigare kunskap om detta saknades. Genom denna analys kunde de värdeskapande aktiviteterna för patienten urskiljas samt en del av de problem som finns i det nuvarande flödet. Här genomfördes också slumpvis valda tidsmätningar av patienters genomloppstid och väntetid. Efter genomförd förstudie fattades ett beslut i samråd med Backa Läkarhus och handledaren att studien

ska inrikta sig enbart på jourenheten och att vårdcentralen endast ska ses som en resurstillgång. Anledningen till detta var att lokalerna på övre plan, vårdcentralen, var svåra att få en översikt av samt att det i verksamheten på nedre plan, jourcentralen, identifierades fler potentiella förbättringsmöjligheter.

5.3 Litteraturstudie

Litteraturstudien består av två olika delar, varav en del innefattar att inhämta kunskap om hur Lean konceptet kan anpassas och användas inom vården. Den andra delen innebär att skapa förståelse och kunskap kring Backa Läkarhus och dess förutsättningar för att bedriva sin dagliga verksamhet.

Eftersom studien vid Backa Läkarhus syftar till att nå en ökad patienttillfredsställelse är det viktigt att ha en bred kunskapsbas att utgå ifrån. För att införskaffa relevant litteratur inom området har litteratursökning skett i Chalmers Biblioteks sökmotor, Summon, och olika databaser såsom ProQuest. Vidare har även sökningar skett i Libris och Google. Totalt sett har litteratursökningen gett en stor variation i litteratur i form av artiklar, rapporter, böcker, webbkällor och tidigare studier inom området. Utöver denna litteratursökning har även handledaren vid Chalmers tekniska högskola givit förslag på litteratur. För att styrka litteraturens trovärdighet har informationen analyserats och värderats, endast källor med vetenskaplig karaktär har använts. En viktig inspirationskälla till studien och Lean Healthcare är Toyotas produktionssystem vilket är förebilden till det som idag benämns Lean produktion (Liker, 2004/2009). För att förstå och få idéer till hur Lean kan användas inom sjukvården har material från konferenser med temat Lean Healthcare anordnade av organisationen Lean Forum använts. Under arbetet har kontakt även knutits med Henrik Almgren, verksamhetschef för Kvinnosjukvård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som har tidigare erfarenhet av såväl industri- som vårdorganisationer. Almgrens erfarenheter av att arbeta med verksamhetsutveckling inom vården med ett industriellt tankesätt har använts som referens i studien.

För att förstå den specifika vårdenhetens uppdrag har Krav- och kvalitetsboken studerats, i denna beskrivs förutsättningarna för att bedriva primärvård inom Västra Götalandsregionen. Krav- och kvalitetsboken skapar en förståelse för hur avtalet mellan leverantör, Backa Läkarhus, och uppdragsgivare, Västra Götalandsregionen, är uppbyggt.

5.4 Fältstudie och observation

För att kunna analysera patientflödet krävs statistik och därför har mätningar av olika karaktär genomförts, med såväl kvantitativ som kvalitativ metodansats (Eriksson & Wiendershem-Paul, 2008). Nedan beskrivs observationens utformning, intervjumetodik och utformning av patientenkät.

5.4.1 Observation

För att skapa en egen bild av hur den dagliga verksamheten fungerar krävs en hög systemkännedom därför har observationer bedrivits vid den aktuella enheten. Det är av stor relevans att mäta väntetider och genomloppstider för att se vilka steg i patientflödet som är tidskrävande, värdeskapande och vad

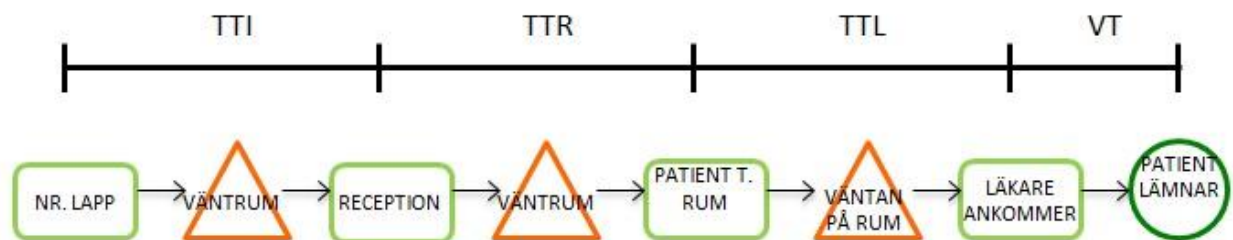
som skapar störningar (Graban, 2011). Insamling av primärdata genomfördes vid 14 olika tillfällen under februari och mars månad 2012, för exakta datum se Bilaga 5. Fältstudien innefattade totalt sett 162 timmar observation, enheten studerades från öppning till stängning detta för att kunna se variation under dygnet. För att se hur efterfrågan varierar mellan olika dagar har alla veckodagar observerats två gånger. För att få ett längre perspektiv gällande variation i efterfrågan mellan olika veckodagar har statistik från Backa Läkarhus journalsystem sammanställts. Denna statistik sträcker sig fem månader bakåt i tiden. Statistiken från journalsystemet visar endast antal behandlade innan samt efter klockan 17:00, det visar alltså inte antalet patienter per timme utan endast variationen mellan dagar.

Observationen bedrivs ur ett kundperspektiv där grundidén är att följa patienten genom processerna, från inskrivning till att patienten lämnar enheten. Under observationen identifierades de aktiviteter i processen som ej är värdeskapande för patienten. De mätningar som bedrivits vid Backa Läkarhus för att se variation i när patienterna i högsta grad tenderar att söka vård är:

- Inflöde av patienter per timme.
- Utflöde av patienter per timme.
- Antal patienter per dag.

Detta för att se hur Backa Läkarhus väljer att hantera sina olika resurser vid de olika tidpunkterna men även för att upptäcka mönster och trender i in- och utflöde. In- och utflöde per timme ska jämföras med varandra för att se om processen är i balans då obalans leder till antingen kö eller outnyttjad kapacitet (Liker, 2004/2009). Genom att planera sina resurser i linje med förväntad efterfrågan kan processen effektiviseras och nöjdare kunder erhållas.

Under observationen genomfördes också en tidsstudie. I figur 8 nedan bildar de olika deltiderna "Tid till inskrivning" (TTI), "Tid till rum" (TTR), "Tid till läkare" (TTL) och "Värdeskapande tid" (VT) den totala genomloppstiden (GT) för patienten.



Figur 8 - De olika deltiderna i patientflödet

TTI är den tid från att patienten tar sin nummerlapp till dess att denne blir expedierad vid receptionen och får en första bedömning (triage) av sjuksköterska eller undersköterska. Den tid från att patienten fått hjälp vid receptionen och genomgått triage tills att denne blir hänvisad in på ett behandlingsrum benämns TTR. Tiden patienten i fråga får spendera på behandlingsrummet fram till dess att antingen

läkare eller annan vårdpersonal påbörjar diagnostiseringen benämns TTL. Dessa tider mättes för att se vart i flödet patienten får vänta mest och för att sätta dessa i förhållande till den värdeskapande tiden för patienten. De statistiska studierna sammanställdes löpande i ett för studien framarbetat excel-ark, se figur 9. Då patienten ankom till enheten antecknades en kort beskrivning av patientens karaktäristiska drag, exempelvis "kvinna i beige jacka, svarta jeans", därefter antecknades tiden för när patienten tog nummerlapp, blev expedierad vid receptionen, blev hänvisad in på behandlingsrum samt vilket rum, när vårdpersonal ankom till det specifika rummet och slutligen när patienten lämnade enheten.

Datum	Beskrivning	Ankomst	Reception	Rumsnr	In-på-rum	Läkare ank.	Lämnar vc	TTI	TTR	TTL	GT
2012-03-12	kvinna i beige jacka, svarta jeans	18:00	18:09	6	18:53	19:22	19:44	00:09	00:44	00:29	01:44
2012-03-12	kvinna i grå kappa med man	19:07	19:08	4	20:16	20:56	21:00	00:01	01:08	00:40	01:53

Figur 9 - Tabell för dokumentation av patientflödet

De olika uppmätta tiderna samt variationerna under dygnet, samt mellan dagar, har efter genomförd observation sammanställts i tabeller och diagram för att upptäcka samband och se medelgenomloppstider under olika dagar. Totalt sett har cirka 1500 olika patienters tider mätts under observationens 14 dagar.

I samband med de statistiska mätningarna har även dagboksanteckningar av händelser som påverkat patientflödet förts. Personalens arbetssätt har observerats för att se hur detta varierar mellan olika medarbetare och olika tider på dygnet. En del har varit i att se hur informationen och samarbetet mellan olika medarbetare fungerar. Ledningens närvaro och kunskap om enheten har även studerats. I studien av informationsflödet ingår hur väl information mellan patienter och Backa Läkarhus fungerar på olika plan.

5.4.2 Intervjumetodik

För att få mer kunskap om de olika aktiviteterna i vårdprocessen har ett flertal intervjuer genomförts. Personal på olika nivåer, VD, områdeschef, samordningsansvarig, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, har intervjuats. Detta för att få en inblick i hur olika individer och yrkesgrupper upplever verksamheten samt hur anställdas erfarenheter och kunskaper om organisationen bidrar till en helhetsuppfattning (Lantz, 2007). Ett antal personer av de som arbetat vid jourenheten under flertalet tillfällen av observationen föreslogs få delta i intervjustudien. Av dessa hade några flera års erfarenhet av arbete vid Backa Läkarhus medan några var relativt nyanställda. De föreslagna namnen på intervjudeltagare gavs till samordningsansvarig som i sin tur valde ut tre personer vardera ur de två olika sköterskekategorierna samt två stycken läkare. Intervjuerna har byggts på liknade huvudfrågor för att på så sätt kunna urskilja upplevda likheter och skillnader bland de tillfrågade, se Bilaga 6. Då ledning och högre chefer intervjuades användes dock mer specifika frågor med inriktning mot problemområdena samt frågor om deras vision. Intervjuerna genomfördes med en intervjumetodik där frågor ställs med öppen ingång, inget svar är rätt eller fel (Eriksson & Wiendershem-Paul, 2008). Tanken med denna typ av intervjufrågor är att frågor och svar sker samtidigt, detta skapar flexibilitet samt möjlighet att ställa

följdfrågor. Den tillfrågade har heller inte sett frågorna i förväg för att svaret ska vara spontant. Under fältstudien har även öppna diskussioner skett med personal som arbetar vid jourcentralen, händelser som uppstått under observationstillfället har då kunnat diskuteras med snabb återkoppling.

5.4.3 Enkätutformning patienter

Det är viktigt att få förståelse för patientens upplevelse av besöket och därför fick även patienter möjlighet att delta i en undersökning. Slumpvis utvalda patienter, med målet var tionde patient som besökte jourcentralen under den andra observationsveckan, tillfrågades att genomföra en kort skriftlig enkät. I denna fanns dels svarsalternativ som patienten fick rangordna och kryssa i, om patienten önskade komplettera svaren med egna kommentarer var detta möjligt, se hela enkäten i Bilaga 1. Då den svarande har möjlighet att komplettera sitt svar med en kommentar ges också möjlighet till att få förståelse för varför den tillfrågade svarat som den gjort (Eriksson & Wiendershem-Paul, 2008). Denna intervjumetod valdes för att kunna få en större svarsfrekvens i jämförelse med djupintervjuer. Totalt svarade 63 patienter på enkäten.

5.5 Analys av resultat

Efter genomförd fältstudie sammanställdes mätningar och intervjuer för att sedan kunna utvärdera dessa. Dagboksanteckningarna som förts under fältstudien studerades i efterhand för att försöka urskilja samband i vad som påverkat utfallet av observationen. En analys av sammanställningen i förhållande till teorin är utgångspunkt för hur förslag till förbättringar utformades. Efter detta arbetades förslag till hur verksamheten kan förändras för att få en ökad patienttillfredsställelse fram. Utgångspunkt var att från Lean konceptet hitta de lösningar och idéer som kan komma att användas i organisationen.

5.6 Kritisk granskning

En aspekt som kan påverka utfallet av observationen är att personalen vid enheten hade vetskap om att de observerades och att de i vissa avseenden visste vilka tider som mättes. Detta skulle i sin tur kunna bidra till att de var mer observanta än vanligt och inte utförde sina arbetsuppgifter som de vanligtvis gör. Dock bör detta inte utgöra något problem då personalen vid enheten har mycket liten påverkan på hur många patienter som söker vård. Personalen var heller inte helt medveten om att deras arbetssätt och agerande observerades.

Under tiden för observationen har relationer till organisationen och medarbetare utvecklats vilket kan leda till en subjektiv tolkning i vissa avseende. För att behålla studien objektiv har de olika individernas åsikter värderats beroende på deras ställning i organisationen. Utöver detta har alltid de båda observatörerna varit närvarande vid intervjuerna, detta för minska risken av en subjektiv uppfattning.

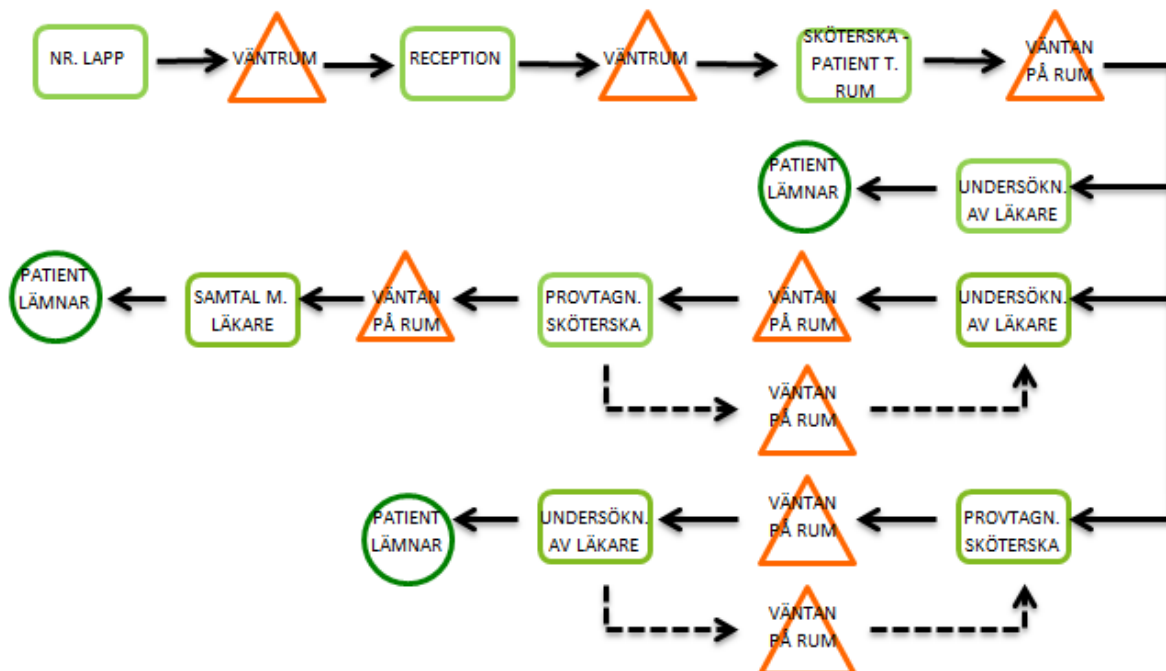
För att få objektivitet i analysen av resultatet från observationen har det jämförts med statistik från Backa Läkarhus egna journalsystem. Dessa två påvisar samma slutsats, vilket innebär att resultatet är att betrakta som tillförlitligt. I intervjuer har även personal bekräftat de antagande som framkommit under observationerna, detta tyder på att studien i hög grad kan klassas som tillförlitlig.

6. Resultat och analys

I följande kapitel kommer resultatet av fältstudien vid Backa Lärkarhus att presenteras. Det empiriska materialet kommer att analyseras med utgångspunkt i teorin för att identifiera problem och källor till dessa. Resultatet av analysen kommer sedan vara utgångspunkt till förslag på förbättringsåtgärder.

6.1 Patientflöde

Vid värdeflödeskartläggning av processerna på jourenheten framkom att en patients väg genom processerna varierar beroende av vad denne söker vård för. Patientens olika vägar genom systemet presenteras i figur 10.



Figur 10 - Resultat av värdeflödeskartläggning

Då en patient anländer till Backa Lärkarhus jourenhet är första steget alltid att ta en nummerlapp. Fram till att patienten blir uppropad och betjänad i receptionen får denne vänta i väntrummet. Nästa delprocess är inskrivning i receptionen, detta utförs av såväl undersköterska som sjuksköterska. I samband med inskrivning sker triage av patienten, det vill säga att sköterskan gör en första medicinsk bedömning av patientens tillstånd. Beroende på utfallet av denna bestäms patientens plats i kön. Kön regleras genom att sköterskan efter inskrivning av patient placerar dennes besökslapp i en av tre olika högar för besökslappar. På besökslappen står bland annat angivet vad patienten söker vård för samt kontaktuppgifter. Den första högen är till för de patienter som i förhand bokat tid. Då patienten i förhand bokat ett besök prioriteras denne efter detta, det vill säga patienten ska i största möjliga mån få hjälp inom avtalad tid. I den andra högen placeras de patienter som är obokade det vill säga drop-in

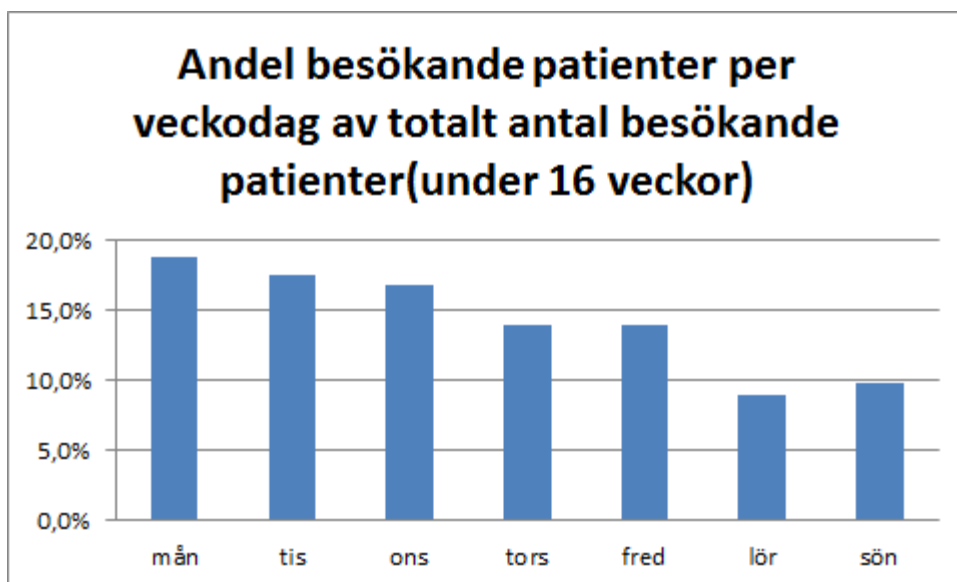
patienter. Dessa hanteras enligt principen FIFU (Först-In-Först-Ut) med ett inslag av triage, det vill säga att om någon anses vara i större behov av vård prioriteras denne. Den tredje högen är till för de patienter som är olistade samt obokade och denna kö prioriteras alltid sist, det vill säga om det finns en besökslapp i någon av de andra två högarna ska de få hjälp innan. Om patienten inte lider av åkommor som akut behöver behandlas, såsom svår allergiskreaktion eller andningssvårigheter, får denne återigen sitta ner i väntrummet efter inskrivning. Efter en tids väntan ropas patienten upp av sköterskan, i undantagsfall av läkare, och blir hänvisad till ett behandlingsrum. I samband med att patienten blir placerad på ett behandlingsrum fäster sköterskan en lapp med rumsnumret på besökslappen och lägger dessa i en av två högar på läkarrummet, en för obokade samt en för bokade patienter. Efter ytterligare ett moment av väntan påbörjas diagnostisering och undersökning av patienten. Detta sker i de flesta fall av läkare men ett fåtal patienter behandlas enbart av sjuksköterska så är fallet exempelvis vid lättare sårskador. I en del fall påbörjas också diagnostiseringen av sköterska, exempelvis vid förmodad urinvägsinfektion, sedan får patienten vänta på att läkare avslutar diagnostisering. Efter färdigställande av diagnos får patienten lämna enheten.

6.2 Efterfrågan

En vanlig åsikt hos personal vid akutmottagningar är att efterfrågan är mycket svår att förutsäga eftersom det inte i förväg går att säga vem som söker vård och när (Graban, 2011). Så är även fallet vid Backa Läkarhus. Graban (2011) menar dock att undersökningar gång på gång visar att inflödet av patienter är relativt konstant och förutsägbart på givna dagar och klockslag, vilket också har konstaterats vid Backa Läkarhus jourenhet. I dagsläget arbetar inte Backa Läkarhus med resursutjämning baserat på efterfrågan utan har jämn bemanning under hela veckan samt dygnet.

6.2.1 Efterfrågan per veckodag

Under intervjuer både med ledning och personal ställdes frågan om de kunde ge sin bild av efterfrågan och hur den varierade med veckodag. Samtliga var då överens om att måndagen är den dag då flest patienter söker vård. Att det är en hög efterfrågan på just måndagar kan enligt personal och ledning bero på att flertalet väljer att inte söka vård under helgen men att de sedan är för sjuka för att återgå till jobb på måndagen och då väljer att söka vård. Ledningen svarar att det efter måndagen finns en fallande trend, det vill säga att det blir färre och färre patienter som söker vård ju längre veckan går och att efterfrågan är som lägst på torsdagar. Vidare svarar de att efterfrågan under helgen är relativt jämn, antalet patienter som söker vård på lördag och söndag är alltså ungefär lika stor. Medarbetarna på jourenheten delar ledningens bild. Sköterskorna menar att efterfrågan är som störst på måndagar och att den sedan minskar för att på fredagar vända uppåt igen. Nästan samtliga intervjuade sköterskor nämner just fredagen som ett problem eftersom det är ett så högt patient tryck då. I figur 11 visas hur stor andel av veckans totala antal patienter som tenderar att söka vård under veckans olika dagar. Statistiken bygger på besöksunderlag med start från den 1e november år 2011 och 16 veckor framåt i tiden, och omfattar totalt 12 265 patienter.



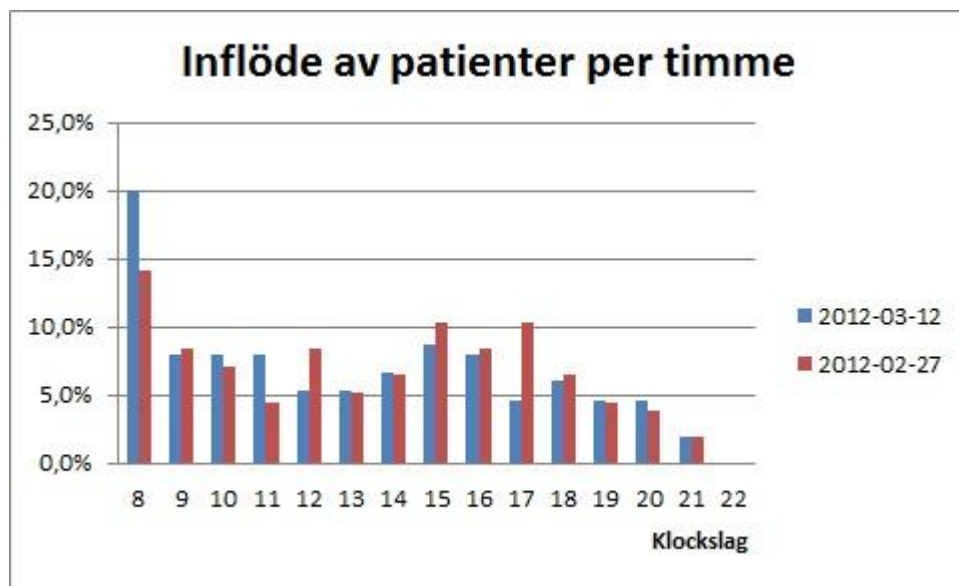
Figur 11 - Andel besökande patienter per veckodag

Det går tydligt att se den trend som ledningen vittnar om i intervjun. Störst efterfrågan är det på måndagar då i genomsnitt 144 patienter söker vård per dag. Efterfrågan faller sedan något under tisdag och onsdag för att minska än mer under torsdag och fredag då i genomsnitt 109 patienter söker vård per dag. Lördagar och söndagar har en betydligt lägre besöksandel vilket främst beror på den kortare öppettiden, dock är det en hög efterfrågan per timma. Andel patienter som söker hjälp per veckodag baserat på 16-veckors intervallet stämmer också väl överens med hur fördelningen ser ut över en generell vecka. Att ledningen har god vetskap om efterfrågan kan bero på att det i journalsystemet relativt lätt går att utläsa antalet behandlade patienter per dag. Medarbetarnas åsikt om en hög efterfrågan på fredagar är dock något som inte går att utläsa ur statistiken. Känslan av hög stress hos sköterskorna kan istället antas bero på att jourenheten under fredagar bemannas av ST-läkare i större utsträckning än under veckans andra dagar. ST-läkaren är under utbildning och har inte lika stor erfarenhet som sina kollegor, vilket kan bidra till att de i vissa avseenden inte är lika effektiva. Denna bemanning bör ses över och anpassas för såväl den enskilde ST-läkaren så att denne får ut så mycket som möjligt av sin utbildning, men även så att övriga medarbetare upplever minskad stress.

6.2.2 Efterfrågan per timme

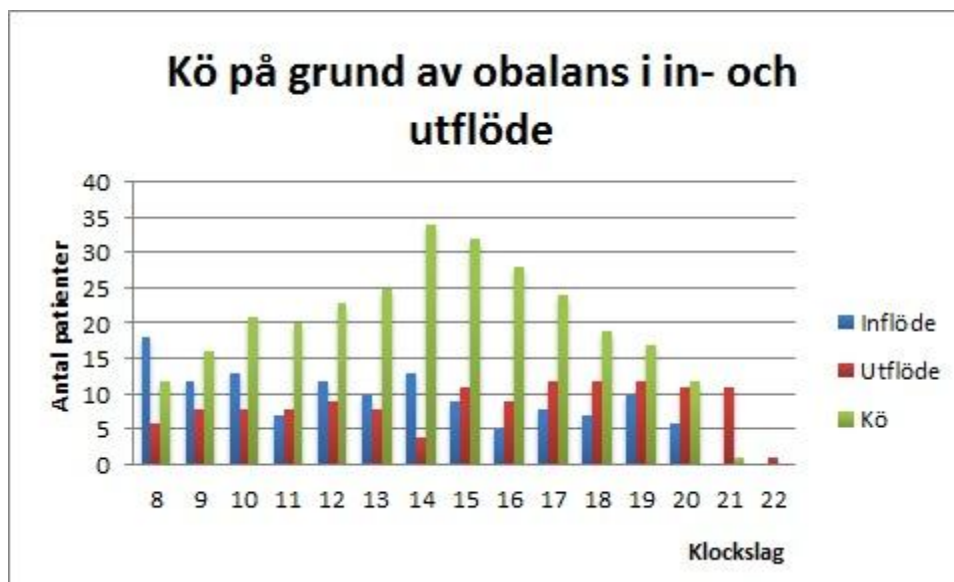
Efterfrågan av vård är också olika stor beroende av tid på dygnet. När frågan om hur efterfrågan ser ut under enhetens öppettider samt hur den varierar ställdes till ledning och personal var inte svaret lika entydigt som vid frågan som rörde efterfrågan per dag. Flera medarbetare menar att besöksstrycket är absolut högst strax efter klockan 11:00, "När 11-bussen kommer blir det mycket att göra" heter det. Detta är ett vanligt sätt att uttrycka sig inom vården, det vill säga att medarbetarna kopplar den ökade efterfrågan till yttre faktorer. I detta fall hänvisar personalen till "11-bussen" men det skulle likaväl kunna röra sig om "Spårvagn 6". Personalen upplever med andra ord ett ökat besöksstryck strax innan lunch och några svarande nämner också en högre efterfrågan på eftermiddagen cirka klockan 16:00. Ledningens uppfattning är att efterfrågan är som störst under lunchtimmarna, det vill säga mellan

klockan 12:00 och 13:00. I den insamlade statistiken som omfattar cirka 1500 stycken besökande patienter har trender kunnat urskiljas. En trend är att den första timmen som enheten är öppen också är den då flest patienter söker vård. Detta kan ses i figur 12 där inflödet av patienter under två olika måndagar jämförs med varandra, övriga veckodagar återfinns i Bilaga 4.



Figur 12 - Inflöde av patienter per timme

Genomsnittet för alla observerade dagar visar att cirka 15% av dagens totala patientantal söker vård den första timmen. Extrempunkterna rör sig från cirka 12,5% - 20% vilket innebär ett relativt samlat intervall. En annan trend är den att efterfrågan ofta ökar på eftermiddagen efter cirka klockan 15:00 och håller i sig några timmar framåt för att sedan minska drastiskt de sista timmarna. Bilden som statistiken ger stämmer i detta fall inte överens med den bild som medarbetarna berättar om i intervjuerna, det vill säga att det blir mycket att göra först framåt förmiddagen "när 11-bussen kommer". Vad kan detta då bero på? I figur 13 visas en jämförelse i antal patienter mellan in- och utflöde under en fredag, övriga veckodagar återfinns i Bilaga 3. Samtidigt visas också hur lång kön är i genomsnitt under respektive timme. Att inflödet och utflödet av patienter inte är synkroniserat, det vill säga att enheten inte har resurser till att avhjälpa lika många patienter som söker hjälp per timme, leder till att det byggs upp en buffert. Denna buffert skapar både stress och ett ökat missnöje hos både patient och medarbetare. Genomloppstiderna ökar och det blir brist på utrymme i väntrummet. Detta märks inte direkt av under de första öppettimmarna för då är bufferten fortfarande relativt liten. Det är först vid klockan 10:00 som kön blir så lång att hela enhetens väntrum blir uppfyllt. Efter detta fortsätter kön att växa eftersom inflödet är större än utflödet, det är egentligen först efter klockan 15:00 trenden bryts och utflödet blir större än inflödet och därmed minskar även kön.



Figur 13 - Jämförelse mellan in- och utflödet

Något som går att se i figur 13 är att både mellan klockan 08:00-09:00 och 14:00-15:00 är utflödet mindre än under övrig öppettid. Orsaker till detta presenteras i underkapitel 6.8.2 *Daglig styrning*.

6.3 Väntetid

När en patient besöker jourenheten finns ett antal olika moment av väntan, det vill säga buffertar, mellan de olika delprocesserna. Väntan är att betrakta som slöseri, då tiden när patienten väntar inte är värdeskapande. En stor buffert innebär på så sätt också ett stort slöseri. Generellt gäller att ju högre kapacitet enheten har med låg belastning genererar kort väntetid. Om belastningen istället är hög och kapaciteten låg fås långa väntetider. Det finns ett tydligt samband mellan dessa två parametrar, som i sin tur påverkar patientens totala genomloppstid. Nedan presenteras resultat av patienters olika moment av väntan hos Backa Läkarhus jourenhet samt genomloppstider för patienter som besökt enheten under observationen. Dessa analyseras i förhållande till patienternas förväntan som baseras på resultatet av patientenkäten, för fullständigt resultat se Bilaga 2.

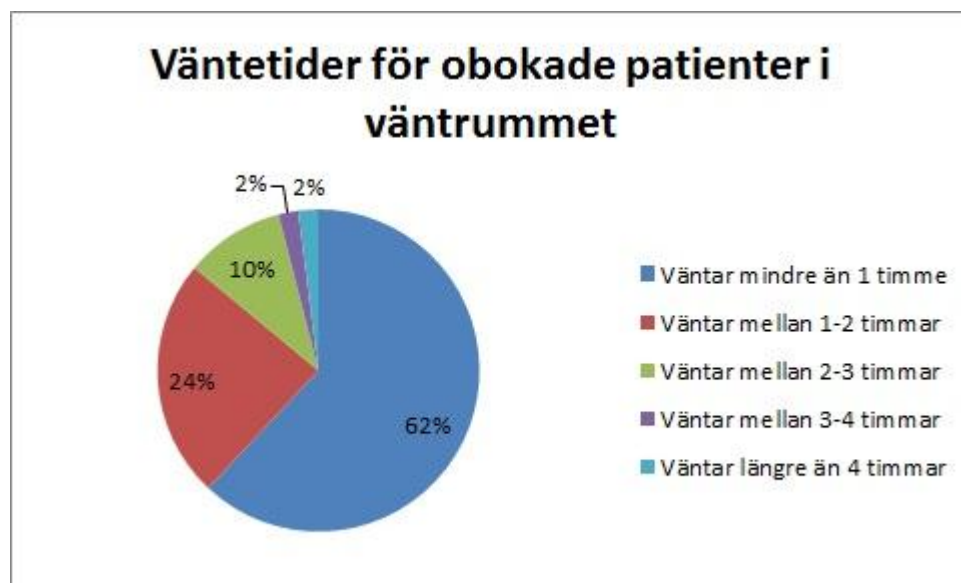
6.3.1 Väntan på inskrivning

Det första momentet av väntan är den tid från att patienten tagit en nummerlapp fram till att denne blir inskriven. Under observationen har denna väntetid varierat från 0 minuter till 1 timme och 7 minuter. Medelvärde för tid till inskrivning är 6 minuter och totalt har 90 % av patienterna betjänats inom 15 minuter. Det finns inget tydligt målvärde för hur länge en patient ska behöva vänta på att bli inskriven. Dock ska det tilläggas att personalen på jourenheten fått restriktioner om att prioritera de inskrivna patienterna om trycket är högt för att frigöra behandlingsrum. Detta innebär i praktiken att om det behövs tas ett blodprov på en patient som redan är på ett behandlingsrum ska detta prioriteras framför att skriva in en ny patient. Under observation sågs att personalen inte alltid följer dessa restriktioner, då patienter som ej blivit inskrivna gärna stressar sköterskorna så att det prioriteras inskrivning. Detta har förklaring i både för liten lokal, bristfälligt nummerlappssystem och att målvärdena för inskrivning borde

vara tydligare. Problemet med en för liten lokal är något Backa Läkarhus är medvetna om, då inflyttning till nya större lokaler sker nästa år. Nummerlappssystemet bör bytas ut då det idag finns många bättre lösningar som bidrar till att ge såväl patienter som medarbetare bättre information om den aktuella köordningen, än det system som används idag.

6.3.2 Väntan i väntrum

Efter att patienten blivit inskriven börjar nästa moment av väntan då patienten väntar på att bli hänvisad till ett behandlingsrum. Denna väntetid har i studien varierat från 0 minuter till 5 timmar och 23 minuter. Det har också observerats att patienter med ett förbokad besök har en avsevärt mycket kortare väntetid i väntrummet, än drop-in patienter. Av det totala antalet patienter som har observerats har cirka 35% av dem bokade besök, av dessa väntar nästan ingen längre än 15 minuter. De obokade patienternas väntetid syns i figur 14 nedan. Figuren visar att cirka 40% av de obokade patienterna väntar mer än en timme i väntrummet av dem väntar 14% i mer än 2 timmar.



Figur 14 - Väntetider för obokade patienter i väntrummet

I patientenkäten tillfrågades patienterna hur länge de förväntade sig att vänta i väntrummet, resultatet syns i figur 15.

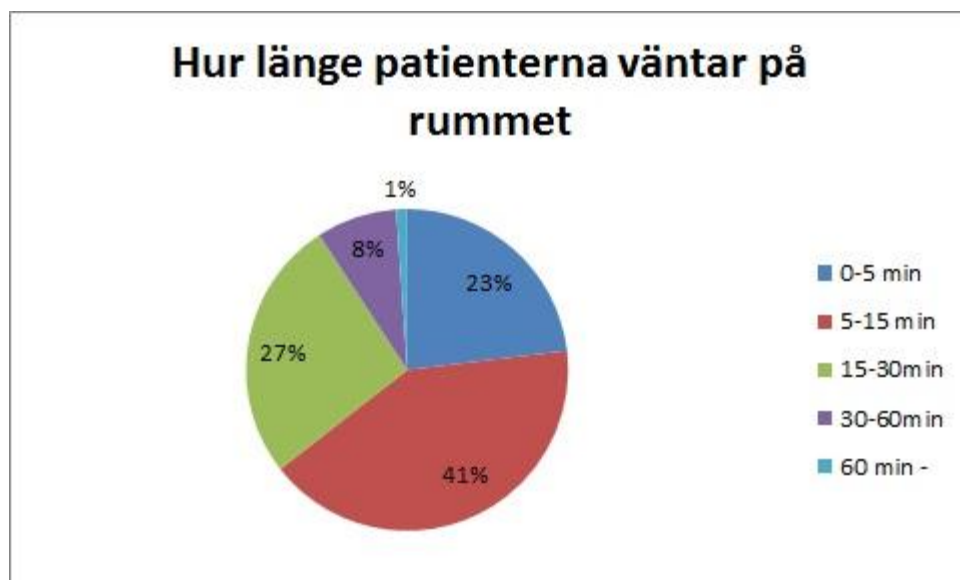


Figur 15 - Patientens förväntan angående väntetid i väntrummet

I diagrammet syns att majoriteten av patienterna förväntar sig att de ska vänta i 30-60 minuter i väntrummet. Detta innebär att processen bör anpassas för att kunna möta denna förväntan. Enhetens mål skulle därför kunna vara att eftersträva maximalt en timmes väntan i väntrummet. Något som framkom i patientenkäten var även att patienterna lämnade kommentarer som rörde väntrummet utseende och bristen på underhållning under väntetiden i väntrummet. Detta bör tas i anspråk då det är fördelaktigt om den upplevda väntetiden med hjälp av trevligare miljö och underhållning kan bidra till att patienten uppfattar denna som kortare än den faktiska väntetiden. Under studien inträffade det vid några tillfällen att patienter valde att lämna enheten utan att de fått varken diagnostisering eller behandling för det de sökt vård för, eftersom de ansåg att väntetiden var alldeles för lång.

6.3.3 Väntan i behandlingsrum

Efter att patienten blivit hänvisad till ett behandlingsrum följer ytterligare en väntan på att vårdpersonal ska anlända till rummet. För de bokade patienterna blir denna väntetid oftast relativt kort då de alltid ska prioriteras i systemet. I figur 16 är cirka 35% av patienterna bokade, vilket innebär att merparten av de som får hjälp inom 0-15 minuter är just de bokade patienterna. I dagsläget väntar cirka 35% av patienterna längre än 15 minuter på att läkare eller sjuksköterska ska anlända, av de obokade patienterna väntar cirka 60% av dem mer än 15 minuter. Under observationen fanns ett antal extremfall ett exempel är då en patient fick vänta 2 timmar och 5 minuter innan vårdpersonal anlände till behandlingsrummet. Under denna tid hann patienten påpeka två gånger att denne inte fått hjälp.



Figur 16 - Hur länge patienterna väntar på behandlingsrummet

I patientenkäten tillfrågades patienterna hur länge de förväntade sig att vänta på att vårdpersonal skulle anlända till behandlingsrummet, resultatet presenteras i figur 17.



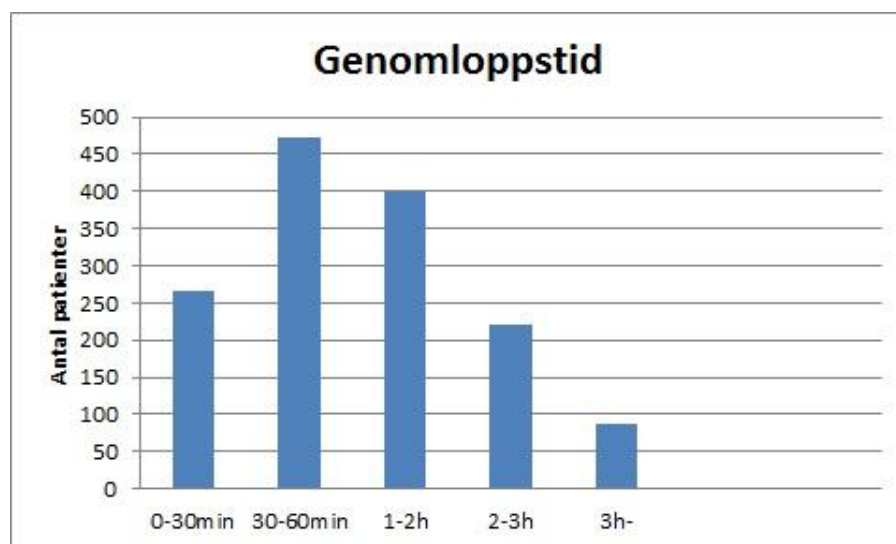
Figur 17 - Patientens förväntan angående väntetid i behandlingsrummet

Majoriteten av patienterna förväntar sig att vänta mellan 5-15 minuter i behandlingsrummet innan vårdpersonal anländer. Detta stämmer väl överens med Backa Läkarhus målvärden då stora delar av personalen anser att en patient aldrig ska sitta längre än 15 minuter i behandlingsrummet innan vårdpersonal anländer. Detta för att väntan i behandlingsrummet kan upplevas som längre än att vänta i väntrummet. Anledningen till varför denna tid kan anses som längre är att behandlingsrummen är små

och att det i princip inte finns någonting som patienten kan bedriva sin tid med i väntan på att vårdpersonal anländer. Personalen vittnar vid intervjuer om att det är svårt att veta hur länge patienten väntat på behandlingsrummet. Detta beror dels på bristande kommunikation mellan sköterskor och läkare samt att sköterskorna menar att det inte finns något sätt att ta reda på hur länge en patient väntat på behandlingsrummet utan att det endast bygger på uppskattningar. Detta medför att personalen sällan har vetskap om hur länge en patient väntat på rummet, vilket i sin tur leder till att det är patienten som får uppmärksamma personalen om att denne inte fått hjälp. Oftast drabbar detta obokade patienter eftersom de bokade patienterna prioritetteras. En orsak till sköterskornas bristande uppfattning av hur länge en patient väntat på behandlingsrummet kan antas bero på att det är olika sköterskor som hänvisar patienterna till rummen. Det vill säga att ofta har ingen sköterska specifikt ansvar för en patient, ansvaret är istället delat mellan sköterskorna. Ett tillvägagångssätt för hur personalen ska få kunskap i hur länge en patient väntat på behandlingsrummet måste utformas. Detta så att personalen har möjlighet att informera patienten om varför läkaren dröjer, istället för att patienten själv ska få söka denna information.

6.4 Genomloppstid

Patientens totala tid på enheten, det vill säga den tid från att patienten ankommer tills det att patienten lämnar enheten är att betrakta som patientens genomloppstid. Tiden innefattar all tid av väntan men även den tid då patienten behandlas av vårdpersonal det vill säga den för patienten värdeskapande tiden. Varje patient har sin unika genomloppstid beroende av vad patienten söker vård för, vilken personal som är i tjänst, vad andra patienter söker vård för, vid vilken tidpunkt patienten anländer till vårdcentralen och hur stor efterfrågan på vård är just då. I figur 18 presenteras genomloppstider för de patienter som besökt enheten under observationens genomförande.

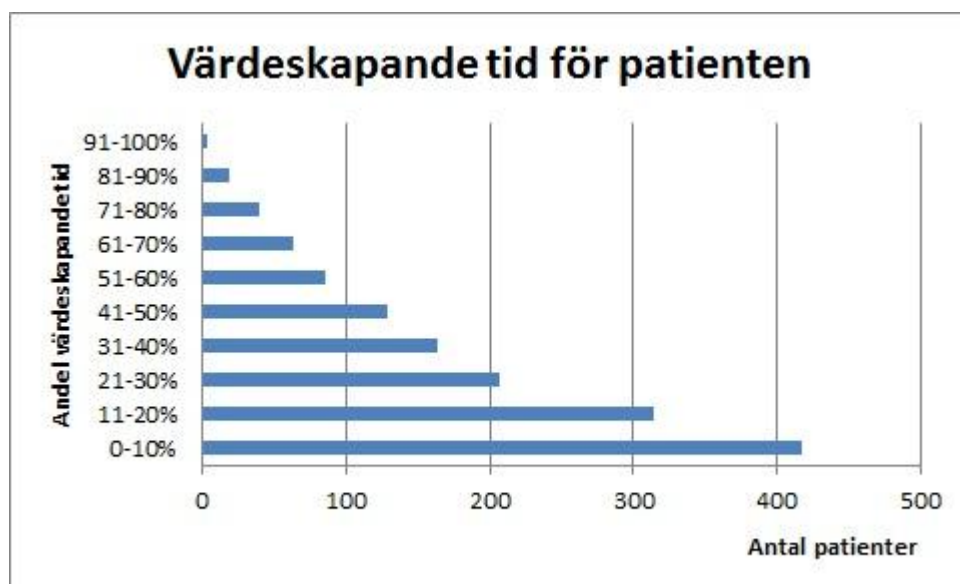


Figur 18 - Patienternas genomloppstid

Genomloppstiden är oftast kortare för de bokade patienterna då de prioriteras genom processen, dock kan även bokade patienter ha relativt långa genomloppstider beroende av vad de söker vård för. Under observationen har genomloppstiden för patienter varierat mellan 6 minuter och 5 timmar och 40 minuter. I figur 18 utläses att cirka 250 patienters genomloppstid är mindre än 30 minuter. Merparten av dessa patienter är ofta bokade eller anländer tidigt eller sent under enhetens öppettider. Utöver detta är oftast dessa patienters åkommor relativt lättavhjälpda. Patienter som har genomloppstider på 2 timmar och uppåt har sökt vård då efterfrågan är som störst och är i de flesta fall obokade. Ett första steg är att försöka reducera de genomloppstider av extrem karaktär samt att eftersträva mindre variation i genomloppstid oberoende av när på dygnet patienten söker vård.

6.4.1 Värdeskapande tid för patienten

Den tid då en patient väntar i processen är en form av slöseri då väntan inte är värdeskapande för patienten. Det som kan ses som värdeskapande tid för patienten är då denne får diagnos och behandling. Att reducera väntetider för patienten innebär alltså att reducera de icke värdeskapande aktiviteterna. I studien ses patientens värdeskapande tid pågå från att vårdpersonal anländer till behandlingsrum tills dess att patienten lämnar vårdenheten. I figur 19 presenteras andel värdeskapande tid av den totala tid patienten tillbringar på vårdenheten.



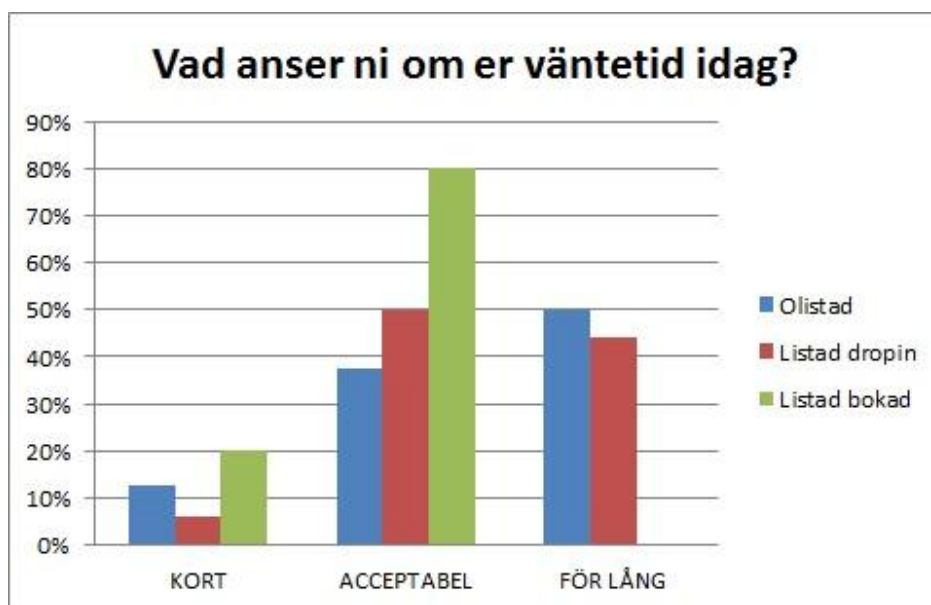
Figur 19 - Värdeskapande tid för patienten

Från diagrammet utläses att fler än 700 stycken av de patienter som besökt jourenheten under observationen endast har en värdeskapande tid på 0-20%. De övriga 80%-en består av olika moment av väntan i systemet. Det optimala scenariot är att nå en värdeskapande tid på 100%. Den största anledningen till varför inte fler patienter har högre andel värdeskapande tid är att vårdenheten saknar förmågan att synkronisera kapacitet och beläggning. Detta beror till stor del på bristande kapacitet i form av personal som finns tillgänglig för att möta beläggningen, den rådande efterfrågan, detta leder i sin tur till att det bildas kö i systemet som innebär att patienter får vänta. För att lyckas nå en högre

andel värdeskapande tid för patienten måste organisationen utveckla en förmåga i att kunna hantera förändringar i kapacitet och beläggning. Organisationen måste arbeta med flexibel kapacitet då beläggningen av enheten ökar. Är efterfrågan på vård hög måste enheten bemöta detta med ökad bemanning för att kunna förkorta genomloppstid och öka andelen värdeskapande tid för patienten. Detta resonemang har sin grund i att skapa en flexibel organisation som lätt kan ställa om efter rådande förhållanden. En idé är att använda de läkare som arbetar på enhetens övervåning som resursutjämnare vid de tillfällen extra kapacitet på jourenheten behövs. Detta sker idag endast i ytterst liten utsträckning och är därför något som bör utvecklas.

6.5 Hur väl uppfylls patientens förväntan?

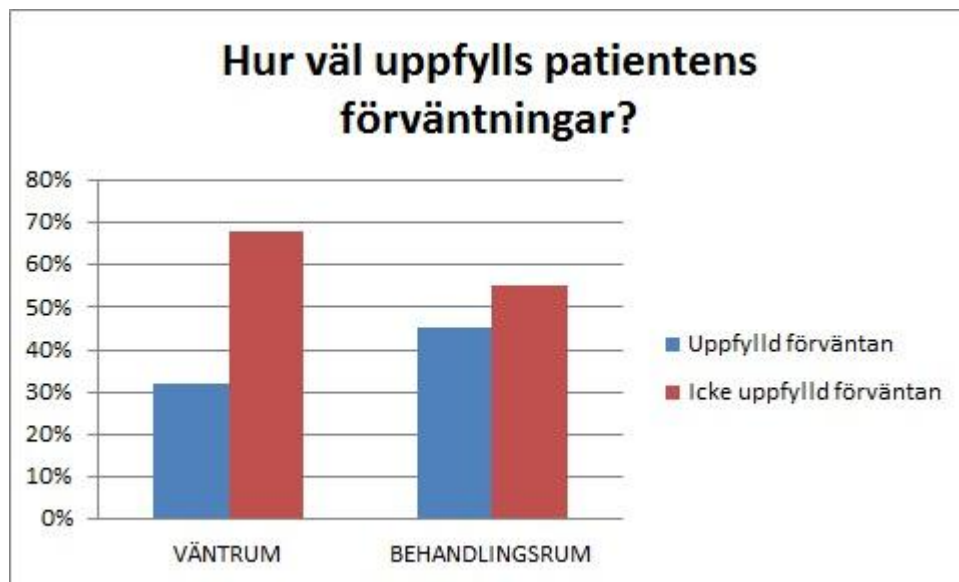
Centralt för att uppnå patientfokus och kundtillfredsställelse är att uppfylla patientens förväntningar och behov. I patientenkäten fick patienterna svara på vad de ansåg om besökets väntetid, resultatet presenteras i figur 20.



Figur 20 - Patientens upplevelse rörande besökets väntetid

I diagrammet ovan utläses att alla bokade patienter ansåg att deras väntetid var kort eller acceptabel, vilket är att betrakta som att enheten lyckas bemöta dessa patienters krav och förväntningar. Det är både drop-in och olistade patienter som anser att väntetiden är för lång, så det är dessa segment Backa Läkarhus bör arbeta med för att nå bättre resultat.

Kundtillfredsställelsen angående väntetider för patienterna som deltog i patientenkäten har också analyserats. Detta genom att patienternas förväntningar för väntetid i väntrum och behandlingsrum har jämförts med den faktiska tid de fick vänta. Om patienten förväntat sig att vänta 5-15 minuter i behandlingsrummet, har dennes tid ansetts som "uppfylld förväntan" om vårdpersonal anlände inom 15 minuter. Samma resonemang gäller för förväntad väntetid i väntrum. Resultatet syns i figur 21.



Figur 21 - Hur väl uppfylls patientens förväntningar

I diagrammet syns att drygt 30% av de tillfrågade patienternas förväntningar uppfylldes vad det gäller väntan i väntrum och att övriga 70% fick vänta längre än vad de förväntade sig. Vad det gäller väntetid i behandlingsrum uppfylldes ungefär hälften av patienternas förväntningar. Målet bör vara att uppfylla alla patienters förväntningar för att försäkra att de är tillfredsställda. En aspekt som kan vägas in i detta är att om patientens förväntan inte går att uppfylla är det viktigt att ge patienten information om varför denne exempelvis fått vänta länge på vårdpersonal. Detta då flertalet patienter menar, att fås information om varför det tar längre tid än förväntat, är det mer accepterat att vänta lite längre.

6.6 Patientfokus

En hög grad av patientfokus finns hos de medarbetare som arbetar på jourenheten vilket stärkts både under observationen samt vid intervjuer med personal. Det är påtagligt att personalen vill ge patienten en god upplevelse av besöket. I patientundersökningen framstår personalens bemötande som en av de mest avgörande faktorerna för patientens val av vårdcentral, se Bilaga 2. Något som har bevitnats är dock att personal på högre nivå ej lika tydligt signalerar att patienten alltid ska vara i fokus, exempelvis då båda läkarna vid enheten togs ur driften samtidigt för ett längre samtal trots en hög efterfrågan. Detta beteende innebar att patienterna blev lidande och att patientflödet på enheten stod helt stilla en längre tid. Detta är därför inte att betrakta som patientfokus, utan snarare att sätta patienten ur fokus. Möten av denna karaktär bör istället planeras in då läkarna inte arbetar vid jourenheten.

6.7 Slöserier

På enheten förekommer avbrott som stör patientfokuset. Det finns planerade avbrott såsom luncher och raster, utöver dessa finns även avbrott som skulle kunna undvikas och minskas för att nå högre patientfokus. Typiska avbrott av denna karaktär är:

- Samtal på jourtelefon.
- Patienter som har frågor till personalen angående deras väntetid.
- Personal som lämnar enheten för att flytta sina privata bilar.
- Brist på material eller att personalen ej vet var materialet är placerat.
- Utrustning som ej fungerar.
- Onödigt långa skiftbyten.

Några av dessa avbrott kommer alltid att finnas så organisationen bör istället fokusera på hur avbrotten kan minskas. Ett tydligt exempel är samtal på jourtelefonen, under kvällstid ska detta nummer endast användas för akutsjukvårdsrådgivning men i dagsläget ringer exempelvis patienter som vill förlänga sitt sjukintyg även under kvällstid. Eftersom sköterskan som svarar på samtalet blir avbruten i sitt arbete och är det därför av stor vikt att försöka minska samtal som inte rör akutsjukvårdsrådgivning. Detta avbrott kan minskas genom att använda en telefonmeny där patienter som vill förlänga sitt sjukintyg ombedes att kontakta vårdcentralen dagen efter. Patienter som har frågor angående väntetid eller sin plats i kön innebär merarbete för sköterskorna. Denna typ av frågor från patienter tar mycket tid anspråk då de ofta leder vidare till en diskussion exempelvis om vad orsaken till dröjsmålet är. Vid långa väntetider använder personalen ibland en skylt som talar om hur lång väntetiden är just nu, här försöker enheten ge patienten mer information. Det finns dock inget fastställt tillvägagångssätt för hur väntetiden ska räknas ut, utan det bygger endast på sköterskornas uppskattningar. Problem som uppstår när sköterskan missbedömer att väntetiden tillexempel är 3 timmar men då den faktiska väntetiden egentligen är 2 timmar, är att patienten saknas på enheten när det är dennes tur då många av patienterna tillfälligt lämnar enheten vid långa väntetider. Dessa brister i bedömning vad gäller väntetid leder alltså i många fall till att patienten får vänta längre än vad som varit nödvändigt. Här bör Backa Läkarhus utforma ett fast tillvägagångssätt för att räkna ut väntetiden.

Bristande utrustning ger upphov till ytterligare avbrott i personalens arbete. Ett påtagligt exempel är det analoga nummerlappsystemet. Detta medför avbrott i personalens arbete då de får gå fram och tillbaka till nummerlappsystemet för att kontrollera vilket nummer som står på tur. Under observationen har personalen under loppet av 14 timmar, gått fram och tillbaka till nummerlappsystemet mer än 55 gånger. Varje enskild extra rörelse för att kontrollera nästa nummer är till en början inte att betrakta som något avsevärt slöseri. I slutändan är dock 55 onödiga avbrott i det värdeskapande arbete med patienter att betrakta som ett stort problemområde. Genom att byta ut bristfällig utrustning kommer denna typ av onödiga avbrott att minskas. Utöver nummerlappsystemet upplevdes det under studien som personalen la ner mycket onödig tid på att få skrivare och EKG-utrustning att fungera. Orsaken till varför dessa ej fungerar optimalt bör utredas för att se hur avbrott av denna karaktär kan förhindras i största möjliga mån.

Flertalet gånger under observationen har personalen lämnat enheten för att flytta sina privata bilar under pågående arbetspass. Detta på grund av att de väljer att parkera på en tidsbegränsad parkering. Varje gång detta sker ger det upphov till avbrott i arbetet om cirka 5 minuter. Detta borde inte ske under arbetstid, då personalen under ett arbetspass kan gå ut ett flertal gånger för att flytta sin bil. En lösning till detta är att erbjuda personalen gratis parkeringsplatser eller från ledningens sida vara tydligare med att detta inte är acceptabelt.

Den tid då personalen letar efter material är också att betrakta som ett slöseri, då detta inte skapar värde för patienten. Detta problem kan lösas genom att skapa tydliga bilder av vart materialet ska placeras. Utöver detta är det av stor vikt att medarbetarna meddelar om material tar slut.

De skiftbyten som idag varar i upp till 30 minuter är ytterligare en källa till slöseri då personalen istället skulle kunna använda denna tid till att skapa värde för patienten. Överlämningarna skulle kunna genomföras på kortare tid då personalen idag använder en del av denna tid till aktiviteter och samtal som inte är värdeskapande för patienten.

6.8 Ledarskap

Ett gott ledarskap är avgörande för hur väl en organisation fungerar. Nedan diskuteras och analyseras ledarskapet vid Backa Läkarhus.

6.8.1 Närvarande ledarskap

Under tiden för observationen på Backa Läkarhus var ledarskapets närvaro på jourenheten i stort sett helt frånvarande. Detta gäller chefer på flera nivåer både de som är ansvariga för den dagliga driften samt de på högre nivåer. Denna bild förstärks också i flera intervjuer med medarbetare som trycker på att ledarna mycket sällan besöker enheten. Av totalt cirka 200 timmars observation spenderade ledningen mindre än 8 timmar på jourenheten. Enligt teorin är det bästa och enda sättet för en ledare att själv förstå verksamheten och dess processer att gå till *gemba* och med egna ögon observera för att lära känna sin organisation. Ändå är det just detta som inte sker i tillräckligt stor utsträckning på jourenheten. Om ledaren inte är närvarande kan denne aldrig säkerställa att det arbete som medarbetarna utför skapar värde för kunden och organisationen. Ledarna på Backa Läkarhus får istället förlita sig på andrahandsinformation från medarbetarna. Den information som når fram har tolkats och processats och mycket information når inte alls fram. Informationen stannar istället i vissa fall "i korridorerna". Orsaker till detta kan enligt vissa medarbetare vara att det är svårt att få kontakt med chefer och att de inte heller ser någon vinst med detta, eftersom ändå inget händer samt att de i vissa fall saknar ett förtroende för ledningen. Under intervjuer och samtal med personer på ledande positioner för organisationen framkommer också att de har bristfällig kunskap exempelvis om väntetider och hur efterfrågan varierar, kunskap som skulle kunna tillförskansas genom att gå till *gemba*. Det har också nämnts i flera intervjuer att personalen gärna vill se och känna ledarskapet tydligare.

6.8.2 Daglig styrning

Då det närvarande ledarskapet är bristfälligt faller också en stor del av den dagliga styrningen. Vid samtal med högre ledning nämns dock att morgonmöten är ett forum som används kontinuerligt och att det hålls varje dag. Personal på lägre nivåer säger dock att morgonmöten är något som inte har genomförts sedan ett år tillbaka förutom på måndagar. Detta är ett tydligt exempel på att ledningen inte känner sin egen verksamhet. Det framkommer i intervju med personal att orsaken till att de morgonmöten som tidigare hölls varje dag upphörde är att de mer kom att likna en fikarast och att fokus på verksamheten försvann. Bristen på strukturerade och fokuserade morgonmöten skapar problem på jourenheten. Om ett morgonmöte skulle planeras in varje dag cirka 15 minuter innan öppning av jourenheten skulle det innebära att enheten och dess resurser i större grad blir redo för att påbörja processen när klockan slår 08:00. Ett problem som har uppmärksammats både av författarna och personal är att diagnostisering av den första patienten ofta inte påbörjas förrän cirka klockan 08:15. Uppstartstiden av processen på cirka 15 minuter får till följd att utflödet under den första timmen ofta blir lågt och därmed byggs också en buffert upp. Förutom att ett morgonmöte skulle göra verksamheten mer redo för att påbörja processen så skulle det även vara ett utmärkt tillfälle till att strukturera dagens arbete.

Bristen på struktur på enheten visar sig på många olika sätt exempelvis genom ansvarsstruktur, det vill säga vem som gör vad, och bristen på tidsplanering. Ett exempel på avsaknad av ansvarsstruktur är att ansvaret för receptionen i dagsläget är delat mellan de tre olika sköterskorna. Detta innebär att ingen har totalt fokus på just denna. Om en person däremot utsågs som ansvarig skulle denne kunna koncentrera sig mer på de patienter som kliver in genom dörren och på så sätt minimeras risken att en patient blir bortglömd i över en timme. Detta för att sköterskan då skulle ha större kontroll på inflödet. Under intervjuer har vissa sköterskor uttryckt att de saknar tydlig ansvarsfördelning bland annat vad det gäller receptionen medan några menar att det är bra med ett flytande ansvar eftersom de då får en större variation i sitt arbete. Bristen på tidsplanering visar sig bland annat i den dåliga planläggningen av raster. Sköterskorna menar att de sällan får tid att sitta ner och ta den rast som de egentligen har rätt till. Detta har också uppmärksammats under studien då en vanlig syn varit att sköterskor ofta sprungit ut och in från personalrummet för att ta en tugga av sin lunch i taget istället för att sitta ner och äta hela portionen utan avbrott. Att springa ut och in leder till många start- och stopptider, det vill säga den tid som uppstår i övergången från att en process startar till det att nästa påbörjas, exempelvis den tid det tar att avsluta arbetet i receptionen resa sig upp och gå till personalrummet för att sätta sig ner och äta. Läkarnas raster är planerade att ske mellan klockan 12:00-13:00, eftersom det då inte finns några bokade tider, men när läkare har arbetspasset mellan klockan 08:00-22:00 är det mer regel än undantag att de tar rast senare (cirka klockan 14:00). Detta leder ofta till att det byggs upp en buffert av drop-in patienter vid denna tid eftersom den andra läkaren endast hinner med att behandla de bokade patienterna. Eftersom detta är känt av både personal och ledning borde rimligtvis lunchrasten planeras in senare då läkare arbetar det långa arbetspasset.

En form av daglig styrning som används är de dagliga skiftöverlämningarna som sker mellan klockan 15:00 och 15:30 varje vardag. Vid dessa deltar de tre sköterskor som har arbetat morgonpasset och de

tre som ska arbeta kvällspasset, ledning och läkare är dock inte närvarande. Dessa upplevs av sköterskorna som positiva och nödvändiga för att få reda på information om de patienter som för tillfället diagnostiseras eller väntar på att få hjälp. Överlämningarna hålls ofta i receptionen. Då det är mycket god insyn kan det från patientens sida upplevas som att sköterskorna mest står och småpratar vilket bidrar till en ökad irritation. Det finns ingen tydlig agenda för överlämningarna vilket gör att de ofta blir längre än vad de egentligen hade behövt vara.

6.8.3 Ledarnas roller

Det formella ledarskapet vid Backa Läkarhus är som tidigare nämnt delat mellan VD, områdeschef, verksamhetschef och samordningsansvarig. Under intervjuer har det framkommit att en stor del av personalen upplever att det ibland eller ofta är svårt att veta till vem de ska vända sig med olika frågor och hur ledarskapet är fördelat mellan de olika personerna. Ansvarsfördelningen är alltså inte bara ett problem på jourenheten utan också inom ledningen. Tydligare ledningsroller och beskrivning av dessa skulle vara ett steg i riktning mot att få ett ökat förtroende för ledningen.

Läkarna, vilka ofta är anställda som konsulter, har en hög grad av autonomi i sitt arbete och utövar också en typ av informellt ledarskap. Att läkarna kan utöva ledning beror dels på att de har en hög kompetens men också på det hierarkiska systemet inom vården där sjuk- och undersköterskor lyder under läkaren.

6.9 Personal, engagemang och motivation

En avgörande faktor för att lyckas skapa nöjda patienter och att ständigt förbättra verksamheten är att ha engagerad personal. Utan personalens engagemang är det omöjligt att arbeta med *kaizen*. För att ständigt utveckla och förbättra verksamheten krävs delaktig personal. Det är mötet mellan patient och personal som skapar värde för patienten, detta möte har även en avgörande betydelse för patientens upplevelse av besöket. Personalens engagemang och motivation till att vara engagerad avgörs av en rad olika faktorer, en av de mest framträdande är incitament. Under studien har det framkommit att personalen har olika former av incitament. Några av läkarna har betalt per patient medan andra har månadslön. Storleken på ersättning till de läkare som har betalt per patienten är både individreglerad och beroende av om läkaren arbetar under dagtid eller jourtid. Då flertalet av läkarna är enskilda näringsidkare innebär det att de anställs som konsulter av Backa Läkarhus, vilket i sin tur medför att det finns många olika individuella avtal. I intervju med läkare vittnar denne om att det är betalning per behandlad patient som skapar motivation till att arbeta effektivare. Tidigare studier visar att denna form av incitament ökar effektiviteten hos läkare utan att kvalitén blir lidande, vilket också stärkts under observationen. Flertalet patienter har i patientenkäten givit gott omdöme just till de läkare som också kan betraktas som de mest effektiva. Sköterskorna avlönas alla på månadsbasis. Eftersom läkarna är beroende av sköterskorna i sitt arbete borde ett gott resultat även belönas på teamnivå så även sjuksköterskan motiveras att arbeta effektivare. Teambelöning kan anses fördelaktigt då det kan leda till att gruppmedlemmarna också motiveras varandra till att arbeta mer effektivt.

Ett tydligt exempel där Backa Läkarhus borde arbeta mer med incitament är exempelvis då enheten sätter upp mål som ska uppnås. Ett mål för enheten är att i juni år 2012 ha minst 18 000 listade

patienter, dock finns det inget tydligt incitament kopplat till detta mål. Det är sköterskorna på jouren som uppmanar patienter att lista sig hos Backa Läkarhus, men fler patienter innebär också mer arbete för sköterskorna. Det är därför viktigt att ge medarbetarna incitament för att motivera dessa till att ändå lista fler patienter. Dock ska listning ske med hänsyn till patientens bästa. Ett exempel på incitament skulle kunna vara att bjuda alla anställda på en middag eller dylikt om de uppsatta målen nås. Backa Läkarhus har tidigare belönat personal med resor, så incitament saknas inte men bör vara mer uttalade samt kopplade till de specifika målen så personalen motiveras att engagera sig ytterligare.

Något som enheten använder sig av idag för att motivera personalen är att försöka nå högre värden på de kvalitetsindikatorer som är uppsatta av Västra Gölandsregionen. Detta då högre värden på dessa genererar större ekonomisk ersättning till Backa Läkarhus. Backa Läkarhus har satt upp delmål för varje månad och ett slutmål. Personalen uppdateras även i hur de ligger till i förhållande till målen varje månad. Detta är ett mycket bra instrument för att nå ökad motivation eftersom detta är både mätbart och konkret. Den här formen av motivatorer är något som Backa Läkarhus borde arbeta ännu mer med, då de uppenbarligen nått bättre värden på kvalitetsindikatorerna. Om medarbetarna når slutmålet ska de även belönas. Backa Läkarhus behöver skapa ett konkret belöningssystem för personalen både på individnivå och teamnivå. Om organisationen väljer att satsa på att arbeta med ständiga förbättringar, är en idé att belöna de team eller individer som finner nya lösningar som sedan genomförs. Detta skapar motivation hos medarbetare till att ständigt försöka se förbättringar och använda ett kritiskt förhållningssätt till deras dagliga arbete.

Belöningar av olika former handlar om att bli sedd och få uppmärksamhet för något som gjorts bra. En mycket central roll för ledaren är därför att se och uppmärksamma medarbetare i deras dagliga arbete. Utan feedback känner sig medarbetare bortglömda och motiveras inte till att prestera sitt yttersta. Medarbetare på Backa Läkarhus menar att de inte alltid uppmärksammas för sina prestationer, antingen för att ingen ser dem eller vet om vad de presterat under dagen.

6.10 Kommunikation

Liksom hos många andra organisationer är också kommunikationsproblem mycket vanligt förekommande på Backa Läkarhus. Detta gör att processen får en minskad effektivitet och i slutändan blir patienten lidande. Det har redan nämnts att förhållandet mellan ledning och personal inte är optimalt och mycket av detta grundar sig i kommunikationsproblem. Ledning upplevs av vissa ur personalen vara frånvarande och svåra att komma i kontakt med, ledningen menar dock att deras dörr alltid står öppen och att de eftersträvar ett klimat där personalen vågar och vill ställa frågor. Ett exempel på bristande kommunikation som observerades under studien var då det nya prioriteringssystemet infördes på enheten den 1e mars. Ledningen informerade personalen om de nya arbetsrutinerna beslutet skulle medföra några dagar innan genomförandet. Under intervjuer med sköterskor har dock framkommit att flera inte förstod bakgrunden till förändringen, vilken till stor del berodde av att regionen hade fattat beslut om att ändra ersättningsnivåerna från och med den 1e april 2012. När sköterskorna sedan i mötet med patienterna informerade dessa om den nya prioriteringsordningen saknade flera av dem egentlig förståelse för bakgrunden till detta och patienten fick då i flera fall

känslan av att Backa Läkarhus inte ville hjälpa dem. Detta skapade vid flera tillfällen irritation vilket gav upphov till intensiva klagomål från patienter som efteråt lämnade enheten. Den bristande förståelsen hos patienten gällande beslutet kan i hög grad anses bero på att sköterskorna inte kunde argumentera för det, eftersom de heller inte själva förstod. Något som förvårrade situationen ytterligare var att information om förändringen den första tiden efter införandet inte heller fanns tillgänglig för patienten varken i väntrummet eller via hemsidan. Information om förändringen borde delgivits i god tid innan planerat införande och inte 1-2 veckor efter den införts som var fallet.

Brist på kommunikation mellan medarbetare nämns också som ett betydande problem. Ett antal exempel på detta har identifierats bland annat gäller det när läkarna går på rast samt då läkare ibland väljer att diktera in ett stort antal patienter samtidigt, utan att i förväg förvarna de andra medarbetarna. Flera sköterskor menar att de inte vågar eller anser att det är deras uppgift att ifrågasätta eller säga till sina läkarkollegor om de utan förvarning går på lunch, dikterar en längre stund eller bortprioriterar vissa patienter trots att de väntat länge på rummen. De nämner också att det inte gäller alla läkare men att det dock är vanligt förekommande. Under intervju med en läkare menar svarande att kommunikation med sköterskor om ovannämnda exempel är överflödigt eftersom den enda som drabbas av att vederbörande går på rast är den andra läkaren. Dock drabbas både patienter, sköterskor och organisationen av detta agerande. När läkaren väljer att inte meddela sköterskan fortsätter denne att visa in patienter på rummet ovetande om att det kan dröja en längre tid innan läkaren åter påbörjar diagnostiseringen. Patienter ställer sig då frågande till varför det dröjer och sköterskan kan inte ge något svar eftersom denne inte heller vet. Detta leder till irritation som skadar organisationen och dess rykte samt att det kan skapa missämja mellan sköterskor och läkare.

Kommunikationsproblem mellan organisationen och patienter består bland annat i det överflöd av information som patienten möts av i enhetens väntrum. Denna massiva mängd information gör att patienten ignorerar eller inte kan skilja på den information som är viktig mot den som är mindre viktig. Något som också är en källa till missnöje hos patienter är bristen på kommunikation från det att patienten blir hänvisad till behandlingsrummet. Majoriteten av patienterna förväntar sig att få hjälp inom 15 minuter från det att sköterskan hänvisar dem till rummet, dock visar resultaten att denna förväntan inte uppfylls hos en större mängd patienter. Vid flera tillfällen har patienter fått gå ut från rummen för att försäkra sig om att personalen inte glömt av dem, de har alltså själva fått söka information. Mycket sällan har det motsatta observerats, det vill säga att personalen tagit initiativ till att aktivt underrätta patienten.

6.11 Visualisering

Jourenheten på Backa Läkarhus är relativt liten och kompakt vilket i sig bidrar till en ökad visualisering. Både patient, medarbetare eller ledare kan direkt tro sig få en aning om exempelvis hur hög efterfrågan är vid det aktuella tillfället. Ett fullt väntrum innebär att det är mycket att göra och så vidare. Dock kan denna information vara missvisande då många patienter ofta väljer att lämna enheten efter att de blivit inskrivna. Ett tomt väntrum kan alltså i somliga fall innebära en lång kö men personalen har förutspått en längre väntetid än den verkliga varpå patienten valt att lämna enheten för att återkomma senare.

Något som däremot med all säkerhet visualiserar den aktuella efterfrågan är högarna med besökslappar som fylls i när patienterna skrivs in. En annan form av visualisering som används vid enheten är de ljudsignaler som signalerar när provsvar är klara. Liknande lösningar skulle med fördel kunna användas då exempelvis en kund tar en nummerlapp för att öka visualiseringen på enheten.

En viktig faktor för att bidra till ökad visualisering är att hålla ordning, det vill säga att ha en välstädd och strukturerad arbetsplats där var sak har sin plats. I avsnittet om kommunikation nämndes att det i enhetens väntrum finns ett överflöd av information. Bidragande orsaker till att informationen upplevs som överflödig består bland annat i att den i en del fall inte längre är relevant, den har passerat sitt bäst-före-datum, samt att de anslag som sätts upp i många fall har olika struktur och typsnitt. Backa Läkarhus använder sig alltså inte av en standard för hur information ska ges. Ett annat problem som har observerats är att när material, såsom stickor för snabbprov av streptokocker, tar slut så vet inte all personal var det finns mer att tillgå. Detta kan undvikas genom att tydligare märka upp hyllor och skåp för var material finns. Utöver detta bör personalen jobba aktivt för att det aldrig ska bli tillfälliga brister av material exempelvis genom att införa miniminivåer som skickar signaler om att det är dags att fylla på. Detta kan enkelt uppnås genom att skapa påfyllnadskort som indikerar när material är påväg att ta slut.

Något som saknas på enheten är så kallade fokustavlor som med framgång används på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Almgren, 2012) men även inom industrin, bland annat hos Volvo Penta. Dessa skulle kunna vara ett verktyg för både ledning och medarbetare. De skulle vara ett led i att strukturera och standardisera arbetet samt att få mer motiverade medarbetare. Tavlan skulle kunna innehålla uppföljning av nyckeltal exempelvis hur många patienter som har behandlats per dag. Den skulle också klargöra vilka som jobbar vid enheten samt vilka ansvarsområden respektive person har, exempelvis ansvar för reception och inskrivning.

6.12 Arbetssätt

Att ha ett effektivt arbetssätt som stödjer processen med att ta emot och behandla patienter är oerhört viktigt för att kunna optimera flödet.

6.12.1 Standardiserat arbetsätt och arbetsroller

Under observationen blev det tydligt hur arbetssätt hos olika medarbetare vid jourverksamheten varierar. Ett syfte med standardiserat arbetsätt är just att reducera de variationer som uppstår på grund av olika arbetssätt, då variation påverkar patientens väntetider och genomloppstider i hög utsträckning. Det finns inslag av ett fåtal standardiserade rutiner, såsom kvällstädning av behandlingsrum men i det stora hela har personalen vid jourverksamheten väldigt fria arbetsroller och därmed även arbetsuppgifter. Det finns dock arbetsuppgifter som endast får utföras av en sjuksköterska, men i arbetsfördelning mellan sjuk- och undersköterskor saknas tydliga roller vilket leder till att detta inte alltid efterföljs. Personalen menar i intervjuer att de anser sig ha flexibla roller vilket de flesta anser är fördelaktigt. Endast ett fåtal vittnar om att de skulle önska att det fanns mer definierade roller och arbetsuppgifter. Under fältstudien blev det påtagligt att vid låg belastning, det vill säga låg efterfrågan på vård, fungerade verksamheten

relativt problemfritt trots avsaknad av standard och definierade arbetsroller. Problemet uppstod då personalen upplevde att det blev stressigt, detta ofta då efterfrågan är hög eller vid brist på personal. I dessa situationer bedrivs dubbelarbete många gånger då sköterskorna till exempel är osäkra på vad de andra sköterskorna gjort. Tydliga exempel på detta är att sköterskan inte vet om den andra sköterskan skrivit in patienter som anlänt eller hur länge de väntat. När dessa situationer uppstår skulle enheten behöva ha mer definierade arbetsuppgifter och roller, detta skulle exempelvis kunna vara att en sköterska utnämns till att ha ansvar för receptionen och dess olika arbetsuppgifter.

6.12.2 Olika arbetssätt bland läkarna

Under fältstudien observerades även att läkarna i hög grad använder sig av olika arbetssätt och att dessa är att betrakta som olika effektiva. Några av läkarna parallellbehandlar flera patienter samtidigt, upp till fem stycken, medan andra läkare maximalt behandlar två stycken patienter åt gången. Vid intervju med läkare, vars arbetssätt i hög grad innefattar att parallellbehandla flera patienter, menar denne att det krävs fokus och en hög grad av erfarenhet för att lyckas med detta arbetssätt. Läkarna som inte parallellbehandlar patienter bör kunna lära sig av sina kollegor som klarar av detta, så att dessa läkare vid de tillfällen det behövs klarar av att behandla fler patienter samtidigt. Det innebär att läkare som har ett mer effektivt arbetssätt bör studeras mer ingående, då det observerats att detta arbetssätt inte endast kan bero av erfarenhet. Då olika läkare studerats antas detta även bero av rutiner och grad av samarbete med övrig vårdpersonal. Många av de läkare som arbetar större av sin tid på vårdcentralen, den övre våningen, vid Backa Läkarhus tar till stor del med sig sitt arbetssätt från denna verksamhet till jourenheten. Detta är inte det optimala arbetssättet att använda vid jourenheten enligt observanterna och läkare eftersom det innebär att endast behandla en patient åt gången.

När personal och ledning får frågan angående om det finns något uttalat målvärde för ungefär hur många patienter en läkare vid jourenheten ska behandla per timme råder delade meningar. Svaren varierar och de tillfrågade ger målvärden allt från 2,5 till 5 patienter per timme. Enligt den bemanning som Backa Läkarhus i dagsläget använder sig av behöver en läkare klara av att behandla cirka 5 patienter i timmen under vardagar. Helgdagar är däremot den genomsnittliga efterfrågan per timme högre vilket innebär att en läkare behöver behandla cirka 7 patienter per timme. Detta gäller dock endast om efterfrågan varit jämn.

Olika arbetssätt yttrar sig också i när läkaren väljer att diktera. Några av läkarna dikterar efter varje patient medan andra dikterar av ett flertal patienter åt gången. Det finns inga regler för hur ofta läkaren ska diktera, utan läkaren får själv avgöra när dikteringen ska ske. Om läkaren väljer att diktera flera patienter på en gång vittnar sköterskorna i intervjun om att flertalet läkare inte meddelar att de kommer diktera en tid framöver. Denna brist på kommunikation leder till att sköterskan redan hänvisat patienter till behandlingsrum, och dessa får då vänta till läkaren dikterat klart. De läkare vars arbetssätt innefattar att endast behandla en till två patienter åt gången bör förbättras och ses över, då detta inte är tillräckligt effektivt vid jourenheten. Alternativet skulle kunna vara att skapa ett bättre samarbete mellan läkare och sköterskor för att underlätta för läkaren, så att denne kan tillbringa så mycket tid som möjligt med patienterna. Då en läkare endast sitter och väntar på provsvar för sina en eller två patienter

utför denne inte ett värdeskapande arbete för patienten. Läkarna är i vissa fall flaskhalsar i systemet och därför är det av stor vikt att denna resurs används på rätt sätt. En idé som framkom i samband med intervjuerna är att låta sjuksköterskorna ta halsprov på patienterna åt läkaren, detta kräver dock ett gott samarbete mellan sjuksköterska och läkare. I och med att det är ett stort antal halsprover som tas varje dag, skulle det med sjuksköterskornas hjälp kunna gå att spara in dyrbar tid för läkarna.

6.12.3 Team och personalplanering

Organisationen arbetar idag inte med team, vilket innebär att personalen sällan jobbar i samma konstellationer. Dock arbetar de två undersköterskorna alltid samma helger, dessa vittnar om fördelen med att jobba tillsammans då de anser att deras samarbete är mer utvecklat och "de vet var de har varandra". Under observationen syns tydligt att framförallt en helg, den 18-19e februari, är utmärkande då personalen under lördagen lyckades behandla fler än 100 patienter under 6 timmar, där maximal genomloppstid för patienten var 1 timme och 38 minuter och den genomsnittliga genomloppstiden var 37 minuter. Dessa tider är att se som riktigt högpresterande, speciellt då detta sätts i förhållande till exempelvis en tisdag under studien då 134 patienter ankom och behandlades under 14 timmar. Under tisdagen var maximal genomloppstid 4 timmar och den genomsnittliga genomloppstiden 1 timme och 29 minuter. Orsaken till varför denna helg utmärker sig kan vara många, men en aspekt är bemanningen av undersköterskorna och sjuksköterskan. Om dessa högpresterade tider beror på ett effektivt teamarbete, bör detta vara något att försöka utveckla. Ytterligare en aspekt som togs upp under intervjuerna var om medarbetarna ville och kunde se fördelar av att arbeta i team om en sjuksköterska och en läkare. Flertalet av de anställda ansåg att detta inte behövdes för att de upplever att det fungerar bra i dagsläget. Några menade dock att denna idé kunde vara värd att testa då främst sjuksköterskorna trodde att detta kunde skapa ett fördelaktigt och bättre samarbete med läkarna.

I och med att läkarna har olika arbetssätt och därmed även varierar i sin effektivitet, bör personalplaneringen av vilka läkare som arbetar tillsammans vid jourenheten ses över. Det är därför fördelaktigt för organisationen att försöka optimera planeringen av läkare till att låta en mer effektiv läkare arbeta tillsammans med en av de mindre effektiva. Detta för att skapa en jämnare balans på jourenheten. Personalen menar idag att planeringen av vilka läkare som arbetar tillsammans inte är optimal. Ansvarig för schemaläggningen påpekar också att det är otroligt svårt att optimera planeringen då många av läkarna har egna önskemål samt att de har brist på läkare. Vid de tillfällen då en mindre effektiv läkare och en ST-läkare har arbetat samtidigt vid jourenheten har väntetiderna och genomloppstiderna varit långt över medelvärdet. Därför är det naturliga första steget i detta att försöka para ihop en av de effektivaste läkarna med ST-läkare. Detta för att ST-läkaren är under utbildning och därmed ofta behöver längre tid för att diagnostisera patienter, samt att denne då får en chans att lära av kollegans arbetssätt. Därför är det fördelaktigt för enheten att i den mån det är möjligt försöka kombinera dessa två läkare. Det skall dock förtydligas att det inte enbart är ST-läkare som har ett mindre effektivt arbetsätt utan att detta är individrelaterat. Det finns även ST-läkare vars arbetssätt är att anses som mer effektivt än kollegors vilka har arbetat en längre tid vid enheten.

Personalplaneringen ska även utgå från när efterfrågan är som högst. Då det finns en medvetenhet om att efterfrågan på vård är som störst i början av veckan bör även personalplaneringen speglas av detta. Under exempelvis måndagar ska inte två mindre effektiva läkare arbeta tillsammans. För att möta efterfrågan bör kapaciteten vara hög och i form av läkare med ett effektivt arbetssätt. Under kvällar är efterfrågan oftast lägre än under morgontimmarna, därför är ett bra alternativ att till exempel låta ST-läkare och de mindre effektiva läkarna arbeta under kvällar. Under observationen framstod det som mycket svårt att få ihop personalplaneringen, men detta resonemang är något som bör tas hänsyn till då det i slutändan påverkar patientens upplevelse av besöket.

6.12.4 Förbättringsarbete

Då det standardiserade arbetssättet på Backa Läkarhus idag saknas i hög grad påverkar detta även möjligheten till att arbeta med ständiga förbättringar, då det enligt teorin krävs en viss grad av standardisering för att ens kunna bedriva arbetet med ständiga förbättringar. Vid intervjuer framkom att ledningen eftersträvar att motivera medarbetarna till att komma med förbättringsförslag. Medarbetarna håller med om att de gärna får lämna åtgärdsförslag till förbättringar men att det inte är alltid de får uppföljning i hur dessa förslag hanteras. Det finns några tydliga exempel på då medarbetarnas förslag genomförts, som vid tillfälle när personalen önskat att få ny utrustning för att detta skulle underlätta och effektivisera arbetet med patienterna. Vid samtal med personal som arbetar vid jourenheten påpekar dessa att det finns flera olika åtgärder som de skulle vilja genomföra på jourenheten för att förbättra och förenkla arbetet. När de vidare får frågan om de kommunicerat dessa förslag vidare i organisationen svarar de flesta att de inte gjort det. Följdfrågan som ställdes var varför de valt att inte kommunicera detta vidare, då många av de tillfrågade svarar att de inte vet. Detta visar tydligt på att medarbetarna behöver motiveras till att både föra sina förbättringsförslag vidare men även motiveras till att ha ett tankesätt i linje med ständiga förbättringar. Här har Backa Läkarhus en stor möjlighet att påverka de anställda med hjälp av incitament. Att införa incitament till den eller de medarbetare vars förbättringsförslag genomförs bör skapa motivation till att föra förslag vidare uppåt i organisationen. Medarbetarnas delaktighet är avgörande för att kunna arbeta med ständiga förbättringar, Backa Läkarhus bör ta vara på personalens förslag för att på så sätt kunna vidareutveckla organisationen. För att lyckas med detta bör det förtydligas hur personalen ska gå tillväga för att presentera sina förbättringsförslag och vem de ska vända sig till. Detta skulle kunna genomföras genom att skapa ett standardiserat tillvägagångssätt för hur och var förslag till förbättringar från medarbetare förs fram. När företaget väl lyckats att motivera medarbetarna till att komma med förbättringsförslag är det viktigt att följa upp dem. Feedback oavsett om förslaget genomförs eller ej är avgörande för om medarbetarna ska fortsätta arbetet med ständiga förbättringar. Om Backa Läkarhus väljer att arbeta med att utveckla ett standardiserat arbetssätt, kommer också förbättringsarbete underlättas. Detta eftersom det är mycket enklare att identifiera förbättringar i ett redan existerande standardiserat arbetssätt. Backa Läkarhus bör ha som mål att få alla medarbetare att ställa sig frågan: Varför arbetar jag så här? Och hur skulle jag kunna bedriva samma arbete på ett effektivare sätt?

7. Slutsats och diskussion

I detta kapitel presenteras de slutsatser som har framkommit med utgångspunkt i den presenterade teorin samt resultatet av studien. I kapitlet framförs förslag till hur patientflödet vid Backa Läkarhus kan effektiviseras.

7.1 Effektivisering av patientflödet

Då syftet med studien är att ge förslag på hur patientflödet vid Backa Läkarhus kan effektiviseras har en rad olika förbättringsförslag arbetats fram. I korthet har alla åtgärdsförslag utgångspunkt i hur de i dagsläget inte värdeskapande aktiviteterna för patienten kan reduceras eller elimineras. Förslagen på åtgärder är alla framtagna i hänsyn till vad som är bäst för patienten, då studien har bedrivits med en hög grad av patientfokus. Detta eftersom det är av stor vikt att uppnå ökad patienttillfredsställelse för att bibehålla enhetens kunder samt att få fler att vilja tillhöra Backa Läkarhus. Detta leder i slutänden till ökade intäkter. De olika förslagen kommer att presenteras i nedanstående underkapitel, varje underkapitel representerar ett område där olika åtgärdsförslag föreslås.

7.2 Efterfrågan

I resultatet visades att det finns tydliga tidpunkter på dygnet samt veckodagar då ett större antal patienter tenderar att söka vård, trots detta arbetar inte Backa Läkarhus aktivt med att variera kapaciteten i förhållande till efterfrågan. För att kunna leva upp till patienternas önskan om att få vård inom rimlig tid måste organisationen börja utnyttja dessa samband. Ett antal lösningar på hur detta skulle kunna ske presenteras nedan:

- Anpassa bemanningen med hänsyn till efterfrågan.
- Utöka öppettiden.
- Anpassa de bokningsbara tiderna med hänsyn till kapacitet och efterfrågan.

Anpassa bemanningen med hänsyn till efterfrågan

Enhetens första öppettimme är också den timme då inflödet är som störst. För att få en mer stabil process, det vill säga att inflöde och utflöde överensstämmer, är en lösning att öka bemanningen av läkare till tre stycken de första 1-2 öppettimmarna. Denna extra läkare kan efter att ha arbetat på jourenheten vara tillgänglig för vårdcentralen på övre plan. Backa Läkarhus bör alltså i större utsträckning använda övervåningen som en resurs och låta personal alternera mellan de två våningsplanen under samma arbetspass.

Något som ska beaktas vid schemaläggning av läkare är att i större grad ta hänsyn till deras individuella erfarenhet och effektivitet. En tydlig trend är att efterfrågan per timme är mindre under kvällstid samt under torsdagar och fredagar. Enheten ska med detta sagt eftersträva att schemalägga de mer effektiva läkarna under dagtid samt under helg och i början av veckan.

Förändring i bemanning av sköterskor är också något som rekommenderas. Revideringen av Krav- och kvalitetsboken innebär att kompetensnivån måste höjas. Detta medför att andelen sjuksköterskor måste öka från och med den 1e april 2012, eftersom undersköterskor då inte längre tillåts skriva in patienter vid ankomst. Den konstaterade lägre efterfrågan under kvällstid ger förutsättningar för att minska sköterskebemanningen efter cirka klockan 18:00. Ett förslag till bemanning under vardagar skulle då kunna vara att en undersköterska arbetar klockan 07:45-18:00 samt att sjuksköterskorna även i fortsättning arbetar i skift, dock bör det alltid vara två sjuksköterskor i drift istället för en. Efter klockan 18:00 arbetar alltså endast två sjuksköterskor. På helger kan bemanningen vara densamma som idag men med skillnaden att det är ombytt fördelning, det vill säga två sjuksköterskor och en undersköterska.

Utöka öppettiden

Inflödet av patienter är som sagt störst under de första morgontimmarna. Ett förslag att överväga är att utöka enhetens öppettid och öppna tidigare än idag. Genom att göra så kan inflödet spridas ut under en längre tidsperiod och på så sätt skapas en bättre balans mellan in- och utflöde.

Anpassa de bokningsbara tiderna med hänsyn till kapacitet och efterfrågan

Backa Lärarhus bör i större utsträckning använda sig av de bokningsbara tiderna för att styra efterfrågan. Idag erbjuds cirka 4 stycken tider per timma förutom mellan klockan 12:00-13:00 och 21:00-22:00. För att undvika att en buffert bildas direkt vid öppnande är förslaget att minska antalet bokningsbara tider under enhetens första öppettimme. Den låga efterfrågan under kvällstid kan genom samma resonemang ökas genom att istället utöka antalet bokningsbara tider för patienten.

Antalet bokningsbara tider bör också anpassas i förhållande till kapaciteten. Om det är känt att läkaren går på rast senare bör de bokningsbara tiderna spegla detta, det vill säga att om läkaren exempelvis tar lunch klockan 14:00 ska antalet bokningsbara tider minska då, istället för mellan klockan 12:00-13:00.

7.3 Väntetider

I resultatet av studien framgår att Backa Lärarhus framförallt ska fokusera på att förkorta de väntetider som är av mer extrem karaktär, det vill säga över 2 timmar. Detta då flertalet av patienterna förväntar sig att ett besök på vårdcentralen ska pågå under cirka 1-2 timmar. För att nå ökad patienttillfredsställelse är det därför viktigt att börja reducera de mest extrema väntetiderna, detta för att minska spridningen och variationen i hur länge en patient får vänta. Det är dock viktigt att påpeka att slutmålet ska vara att överträffa patienternas förväntningar för att uppnå optimal kundtillfredsställelse. I och med en mer anpassad bemanning kommer väntetiderna på enheten att reduceras, men utöver bemanning finns ytterligare förslag som kan bidra till förkortad väntetid.

Dessa åtgärdsförslag är följande:

- Självvincheckning.
- Utökat samarbete mellan sköterska och läkare.
- Visuellt feedback.
- Nya prioriteringsregler vad det gäller behandlingsrum.
- Skapa en trevligare väntrumsmiljö.

Självvincheckning

Personalen är idag generellt snabba med att skriva in nya patienter som anländer till enheten. Det finns dock ett moment av väntan, från det att patienten tar nummerlapp tills att denne får skriva in sig i receptionen, som kan reduceras genom så kallad själv-incheckning. Det är framförallt fördelaktigt för de bokade patienterna, då de skulle kunna "checka-in" och sedan sitta ner i väntrummet. Självvincheckning ska inte ersätta den manuella receptionen, men kan vara ett bra komplement. Självvincheckning skapar även fördelar för sköterskorna då detta leder till att de kommer tillbringa mindre tid i receptionen och kan istället fokusera på de inskrivna patienterna. Genom denna lösning kan det första momentet av väntan i processen reduceras för de patienter som väljer att använda självvincheckning.

Samarbete mellan sköterska och läkare

Den mest påtagliga förväntningen hos patienterna som Backa Läkarhus inte lyckades uppfylla var i hur länge en patient ska behöva vänta på behandlingsrum tills dess att vårdpersonal anländer. Ett första steg för att lyckas uppfylla denna förväntan är att få ett bättre samarbete mellan sköterska och läkare, i form av ökad kommunikation. För att detta ska kunna genomföras måste såväl sköterskor som läkare arbeta tillsammans och underrätta varandra om de till exempel ska diktera en längre stund eller om att patienter väntat en längre tid på behandlingsrummen. Om en sjuksköterska och läkare arbetar i team bör de långa väntetiderna på behandlingsrum kunna reduceras, genom att de skapar kunskap om varandras arbetsätt och på så sätt tillsammans kan skapa ett optimalt flöde av patienter för just deras situation.

Visuellt feedback

Ett problem är att det inte går att utläsa hur länge en patient väntat på behandlingsrummet, här föreslås att läkarhuset använder sig av signaler i form av lampor som indikerar när en patient väntat i mer än 15 minuter. När patienten hänvisas in till behandlingsrummet, trycker sköterskan på en knapp vilken fungerar som en timer och när läkaren går in på rummet stänger denne av timern. Genom detta enkla system blir det synligt om patienten väntat längre än 15 minuter. Detta är ett hjälpmedel för sköterskorna som då kan meddela patienten varför läkaren dröjer eller informera patienten om att det snart är dennes tur. Detta förslag möjliggör för personalen att ge patienterna aktuell information, istället för att patienten som i dagsläget själv ska behöva söka information. Ur patientsynpunkt upplevs denna information som förbättrad service.

Nya prioriteringsregler vad det gäller behandlingsrum

Det är till största del de obokade patienterna som har långa väntetider i behandlingsrummet. Detta beror av den faktor att bokade patienter alltid prioriteras före de obokade även när det gäller vilket behandlingsrum läkaren ska besöka först. Denna prioritering bidrar till att många obokade patienter blir sittande länge på behandlingsrummen innan läkare anländer. Lösningen till detta problem är att när patienterna blir hänvisade till ett behandlingsrum bör prioritering vara lika, det vill säga enligt först-in-först-ut principen, för alla patienter oavsett om de är obokade eller bokade. Om detta förslag tillämpas kommer väntetider av extrem karaktär att minska. För att detta ska lyckas krävs att sköterskorna inte sätter in fler patienter på rummen än vad de läkare som är i tjänst klarar av.

Skapa en trevligare väntrumsmiljö

Många av patienterna som har besvarat patientenkäten har lämnat egna kommentarer angående enhetens väntrum. Flertalet patienter lämnar klagomål på att väntrummet är för litet, men även att det saknas något att göra under väntetiden. Förslagsvis bör Backa Läkarhus se till att försöka förkorta den upplevda väntetiden med hjälp av mer underhållning och möjligheter för väntande patienter. Patienterna efterfrågar fler aktuella magasin, TV, radio och kaffeautomat. Detta kan i många fall bidra till att den upplevda väntetiden känns kortare än den faktiska. Vad det gäller storleken på väntrummet är den svår att förändra i de befintliga lokalerna, men att utforma framtida lokal så att alla väntande patienter har sittplats är ett krav från patienterna.

I resultatet framkom att genomloppstiden för patienter på enheten i högsta grad påverkas av om patienten är bokad eller obokad. I och med förslag i hur väntetiderna i systemet kommer kunna reduceras innebär även det att genomloppstiden kommer att förkortas. Vad det gäller den värdeskapande tiden för patienten är ett förslag att eftersträva att denna ska ökas i form av anpassad bemanning samt att aktivt arbeta med att förbättra processerna. Hur förbättringsarbetet ska bedrivas beskrivs i delen av slutsatsen som innefattar arbetsätt.

7.4 Slöserier

I arbetet med att effektivisera patientflödet består en viktig del av att reducera slöserier i processen. Följande åtgärder blir aktuella för att reducera de slöserier som nämnts i resultatdelen:

- Ge tydligare instruktioner per telefon.
- Utveckla en digital väntelista.
- Personalparkering.
- Införskaffa bättre utrustning.
- Tydlighet var material finns.
- Effektivisera skiftbytet.

Ge tydligare instruktion per telefon

Under kvällstid har enheten idag problem med att det inkommer samtal som ej rör akutsjukvårdsrådgivning på jourtelefon. För att minska antalet samtal som ej rör sjukrådgivning kan en alternativsmeny spelas upp för patienten som ringer till enheten. I denna får patienten möjlighet att välja på ett olika antal alternativ vad just denne vill ha hjälp med. En telefonsvarare kan sedan hänvisa de patienter som endast vill förnya sitt recept till att ringa dagen därpå.

Utveckla en digital väntelista

Varje gång en patient frågar sköterskan om sin plats i kön, blir det ett avbrott i sköterskans värdeskapande arbete. I dagsläget får sköterskan bläddra i högarna av besökslappar för att sedan uppskatta när det borde bli patientens tur. Här är ett förslag att utveckla en digital väntelista så att sköterskan endast kan titta på "väntelistan" och direkt avläsa hur många patienter som är före den frågande. Att visuellt kunna utläsa denna typ av information sparar tid för sköterskan, samtidigt som det förenklar proceduren då alla sköterskor ser exakt samma väntelista.

Personalparkering

För att undvika att personalen flyttar sina privata bilar under arbetspasset får Backa Läkarhus antingen erbjuda personalparkering eller bli tydligare i sitt ledarskap att detta inte är tillåtet.

Införskaffa bättre utrustning

Det mest påtagliga exemplet på bristfällig utrustning är det analoga nummerlappssystemet, då detta varje dag innebär upp till 55 avbrott i personalens arbete med att skapa värde för patienten. Det analoga nummerlappssystemet som idag används leder till att kösystemet inte går att hantera på ett fördelaktigt sätt. Detta påverkar kundens serviceupplevelse negativt. Att investera i ett bättre och en mer avancerad utrustning för köordning som också hjälper personalen i deras dagliga arbete är att föreslå.

Tydlighet var material finns

Backa Läkarhus använder sig idag till viss utsträckning av lappar som talar om vilket material som finns i ett specifikt skåp, vilket de bör utveckla och använda sig mer av. Det händer dock att material saknas eller att personalen får leta efter material en längre tid innan de hittar rätt, detta är ett typiskt slöseri som enheten ska arbeta med att reducera. Det finns dock fler förslag i hur tiden då personalen letar efter material kan förkortas samt hur materialbrist kan undvikas, detta presenteras under rubriken visualisering i slutsatsen.

Effektivisera skiftbytet

Enligt observationer finns det möjlighet att effektivisera skiftbytet på enheten, detta är nödvändigt eftersom skiftbytet oftast upplevs som ineffektivt. Ledaren har en avgörande roll i effektiviseringen av skiftbytet, så för vidare information i hur detta ska gå till hänvisas till läsning under rubriken ledarskap i slutsatsen.

7.5 Ledarskap

Vikten av ett närvarande ledarskap har poängterats flera gånger i rapporten, inom detta område har Backa Läkarhus en stor förbättringspotential. Ledningen måste prioritera att gå ut i verksamheten för att verkligen förstå sin egen organisation och för att identifiera förbättringsmöjligheter. Högre ledning bör gå till *gemba* några timmar varje månad medan ledare på lägre nivåer bör avsätta tid till detta i stort sett varje dag. Ledningens närvaro ska ske både spontant och planerat för att på bästa sätt lära känna verksamheten. Ett verktyg för att öka ledningens närvaro är att införa strukturerade och fokuserade morgonmöten samt skiftöverlämningar där både medarbetare och ledning deltar. Morgonmötet ska planeras in att starta cirka 15 minuter innan öppnande av enheten och hållas på stående fot med fördel framför en fokustavla, för exempel se figur 22.

BACKA LÄKARHUS							
Medarbetare	Ansvar	2:a hand	Rast	Avvikelse	Datum	Ansvar	Åtgärd
<i>Terese</i>	<i>Reception</i>	<i>Påfyllning</i>	<i>12-13</i>	<i>Problem skrivare</i>	<i>30-maj</i>	<i>Andreas</i>	<i>Ring IT-service</i>
<i>Andreas</i>	<i>Provtagning</i>	<i>Telefon</i>	<i>13-14</i>	<i>Slut på handsprit</i>	<i>01-jun</i>	<i>Terese</i>	<i>Best. av mtrlansvarig</i>
Nyckeltal		Mål	Nuläge	Ideér & förbättringsförslag			
<i>Antal patienter:</i>				<i>Öka bemanningen första timmen</i> <i>Själv-incheck</i>			
<i>Kvalitetsindikatorer:</i>							

Figur 22 - Förslag på fokustavla

Agenda för morgonmötet kan exempelvis vara:

- Att gå igenom vilka som jobbar den aktuella dagen samt att säkerställa att alla är där i tid.
- Fördela ut ansvarsområden exempelvis receptionen samt 2:a handsuppgifter såsom att fylla på material.
- Planera dagens raster.
- Gå igenom aktuella nyckeltal samt förmedla förväntad efterfrågan.
- Rapportera och förmedla avvikelser exempelvis om någon utrustning är trasig eller om material behöver beställas. Om problem av mer komplex karaktär förs fram antecknas dessa och tas upp i andra typer av forum.

Möte av samma karaktär och längd ska även hållas vid skiftöverlämningar. Då inkluderas även punkten "Överlämning av patienter". Genom en tydlig agenda kan på detta sätt skiftbytet effektiviseras och förkortas till cirka 15 minuter. Dessa forum kommer att öka ledningens närvaro i verksamheten vilket antas medföra ett högre förtroende för dem samt en ökad förståelse för medarbetare och verksamhet.

Förutom detta anses även dessa forum bidra till ett ökat patientfokus mycket på grund av en tydligare tidsplanering och förbättrad ansvarsstruktur. Vidare kan de vara ett led i att öka medarbetarnas motivation då det sker en uppföljning av prestation mot de nyckeltal som fastställts. Backa Läkarhus ska också förtydliga de olika ledarnas ansvar och roller så att personalen vet vem de ska vända sig till i olika frågor.

7.6 Motivation och engagemang

En förutsättning för att en verksamhet ska kunna utvecklas är att ha motiverad och engagerad personal som är delaktiga i arbetet i syfte att ständigt förbättra organisationen. Backa Läkarhus arbetar idag med incitament i viss utsträckning, med det finns många fler fördelar i att använda incitament i ännu högre utsträckning för att motivera medarbetarna ytterligare. Inom dessa områden borde incitament utvecklas:

- Tydligare koppling mellan incitament och mål.
- Incitament kopplat till förbättringsarbete.

Tydligare koppling mellan incitament och mål

Ledningen vid Backa Läkarhus bör utforma incitament som är direkt kopplade till målen för organisationen. Det finns i dagsläget uttalade mål som rör både kvalitetsindikatorer och antal listade patienter. För att snabbare uppnå dessa mål ska ett tydligt incitament kopplas till respektive mål. Ett exempel skulle kunna vara att om målet gällande antal listade patienter uppnås inom utsatt tid ska alla medarbetare som bidragit till listningen belönas.

Incitament kopplat till förbättringsarbete

För att få medarbetare att bidra med sina förbättringsförslag är det viktigt att förslag som genomförs belönas. Detta eftersom personalen idag vittnar om att de har förslag på hur processer i verksamheten skulle kunna förbättras men att de väljer att inte föra dessa förslag vidare uppåt i organisationen. Förhoppningsvis bidrar möjlighet till belöning att medarbetare i högre utsträckning presenterar sina förslag.

Backa Läkarhus läkare avlönas på olika sätt, exempelvis på månadsbasis eller betalning per patient, detta är något som ska behållas då vad som motiverar läkarna är individuellt. Vad det gäller läkarincitament såsom betalning per patient är detta något som företaget ska fortsätta använda sig av, eftersom det visat sig att detta skapar motivation hos läkarna att bedriva ett mer effektivt arbete.

7.7 Kommunikation

Det tidigare nämnda förslaget om att införa dagliga morgonmöten och skiftöverlämningar vid enheten är också ett led i att förstärka kommunikationen inom organisationen, dels mellan ledning och medarbetare men också medarbetare sinsemellan. Genom dessa ges möjlighet till effektiv tvåvägskommunikation mellan olika individer inom organisationen vilket minskar risken för att information inte når fram eller att den feltolkas. Vidare efterfrågas tydligare rutiner för hur

kommunikationsprocessen ska fungera vilket bland annat innefattar hur information ges till både medarbetare och patienter, exempelvis att information ska delges i god tid innan en planerad förändring. En åtgärd för att minimera den överflödiga information som patienten möts av i väntrummet är att införa rutinen att någon person varje vecka ansvarar för att gå igenom denna. Personalen bör uppmanas att föra en mer aktiv kommunikation till patienterna, där målet är att patienten inte ska behöva söka information själv.

7.8 Visualisering

Det tidigare nämnda förslaget om att införa fokustavlor på enheten är ett viktigt hjälpmedel som kommer medföra ökad visualisering både för medarbetare och ledare inom organisationen. Fokustavlan kan ge information om vilka medarbetare som arbetar samt vilka ansvarsområden respektive person har. Vidare kan den ge information om eventuella avvikelser samt hur väl enheten presterar i förhållande till sina måltal.

System som bättre påkallar uppmärksamhet är något som bör prioriteras inför framtida investeringar. Detta gäller bland annat ett nytt nummerlappssystem som möjliggör för personalen att veta hur många patienter som väntar på att skrivas in samt ett system som visualiserar hur länge patienter väntat både i väntrum samt i behandlingsrum. Enheten bör också börja använda sig av påfyllnadskort som indikerar när material och utrustning är på väg att ta slut.

Ett led i att förenkla arbetet för nyanställda samt vikarier är att medarbetare i samförstånd med ledning utarbetar standardiserade arbetssätt och checklistor för hur arbetet ska genomföras. Detta kan exempelvis gälla hur behandlingsrummen ska städas på kvällarna eller hur arbetet i receptionen ska bedrivas.

7.9 Arbetssätt

För att lyckas effektivisera patientflödet är det viktigt att ha ett arbetssätt som fördelaktigt stödjer processen. Ett av de mest påtagliga problemen vid Backa Läkarhus är att det saknas ett standardiserat arbetssätt och tydliga arbetsroller vid jourenheten. Detta blir främst märkbart när efterfrågan är hög och personalen blir stressade, det blir då en förvirring i vem som gör vad. Bristen på rutiner leder till missförstånd och onödigt dubbelarbete. Följande områden bör bearbetas för att få ett mer effektivt arbetssätt:

- Utveckla ett standardiserat arbetssätt för de processer där det är möjligt.
- Utforma arbetsbeskrivningar.
- Teamarbete och kontinuitet i personalplanering.
- Skapa ett tillvägagångssätt för förbättringsarbete.
- Låt läkarna diskutera olika arbetssätt.

Utveckla ett standardiserat arbetssätt för de processer där det är möjligt

Standardisering av processer är fördelaktigt då ett standardiserat arbetssätt innefattar det just nu bästa sättet att utföra en uppgift på. Medarbetarna vid Backa Läkarhus använder sig idag inte av ett standardiserat arbetssätt. Ledningen tillsammans med personalen som arbetar i det aktuella flödet, bör gå igenom vilka uppgifter på enheten som går att standardisera. Exempelvis kan processen hur en sköterska förbereder en patient på bästa sätt innan denne ska träffa läkare standardiseras. Om alla medarbetare förbereder patienten på samma sätt, minskar variationen och läkaren vet också alltid hur patienten är förberedd när denne träder in i behandlingsrummet. Standardiserad förberedelse av patienten är även beroende av vad patienten söker vård för, så olika standarder för förberedelse i förhållande till förväntad diagnos bör framarbetas.

Utforma arbetsbeskrivningar

Majoriteten av personalen vid jourenheten anser att flexibla arbetsuppgifter och roller är att föredra. Dock visar observationen det motsatta, det blir ofta missförstånd i vem som gör vad bland sköterskorna på grund av att det inte finns ett förutbestämt ansvar till var och en. För att undvika detta ska arbetsbeskrivningar utformas till varje yrkeskategori, där yrkesgrupperna själva får vara med och påverka vad arbetsbeskrivningarna ska innehålla. Genom att införa de tidigare nämnda morgon- och skiftöverlämningsmötena skapas också utrymme till att utse vem som är ansvarig för vad under arbetspasset.

Teamarbete och kontinuitet i personalplanering

I resultatdelen har den bristande kommunikationen mellan läkare och sköterskor nämnts ett flertal gånger. En lösning till detta är att låta en sköterska och läkare arbeta i team under arbetspasset, det vill säga att en sköterska har som huvuduppgift att supporta och kommunicera med sin teampartner det vill säga en läkare. Förhoppningsvis leder detta till ett utvecklat samarbete med bättre kommunikation, som i sin tur skapar fördelar för patienterna. Ett exempel kan vara då läkaren ska gå på rast eller diktera en längre stund, denne behöver då endast meddela en sköterska istället för tre stycken som i dagsläget. Den ökade medvetenheten hos sköterskan om att läkaren inte kommer att vara närvarande en tid framöver gör att denne inte visar in fler patienter på behandlingsrum vilket i sin tur göra att väntan på rummet kan minskas. Ett annat exempel kan vara då läkaren ska kommunicera om patienter med sköterska eftersom denne då direkt vet vem den ska vända sig till.

Under helger arbetar sköterskorna idag i en form av team och under observationen blev det tydligt att arbetet och samarbetet under helger var väldigt effektivt. Detta resulterade i såväl korta väntetider som genomloppstider. I den mån det är möjligt ska Backa Läkarhus eftersträva att försöka ha en mer kontinuerlig personalplanering, det vill säga att sätta ihop arbetsteam som visar på goda resultat tillsammans.

Skapa ett tillvägagångssätt för förbättringsarbete

Genom att utveckla blanketter och tillvägagångssätt för hur personalen ska kunna framföra sina förbättringsförslag tillsammans med att det finns incitament kopplat till förbättringsarbete, kommer därigenom förmodligen också ett ökat antal förslag ges. Det krävs även att en person utses till ansvarig för att ta hand om förslagen samt att ge medarbetare feedback i hur deras förslag behandlas.

Låt läkarna diskutera olika arbetssätt

I resultatet presenteras att läkarna har olika arbetssätt som i sin tur är att betrakta som olika effektiva. Det som skiljer läkarnas arbetssätt åt är bland annat hur många patienter läkaren klarar av att parallellbehandla. Orsaken till läkarnas olika arbetssätt kan vara många, dock bör läkarna kunna lära av varandra i större utsträckning. Ett förslag är att skapa forum där läkarna får diskutera sitt arbetssätt tillsammans med andra läkare, då detta förhoppningsvis kan leda till att de får tips och idéer från varandra. Ledningen ska också vara tydligare med riktlinjer för ungefär hur många patienter en läkare på jouren ska behandla per timme. Det finns dock aspekter i detta då en patient som är svårdiagnostiserad tar längre tid än en patient med till exempel halsfluss. Dock kan riktlinjer skapa motivation till läkaren att arbeta effektivare.

8. Fortsatta studier

I detta kapitel presenteras förslag till fortsatta undersökningar vilka har framkommit efter genomförd studie vid Backa Läkarhus.

Då Backa Läkarhusgruppen AB förutom vid Backa Läkarhus också bedriver vård på sammanlagt sex olika platser i Västsverige vore det av intresse att undersöka hur verksamheten bedrivs på något av de andra läkarhusen. Detta kan påvisa om de olika läkarhusen kan lära av varandra. Det kan också påvisa om problemen som har observerats vid Backa Läkarhus är generella för hela organisationen.

Att göra en jämförande studie mellan Backa Läkarhus och en annan vårdgivare vore också av intresse för att se hur andra organisationer tar itu med de problem som är vanligt förekommande inom vårdorganisationer.

I intervjuer med personal har det också framkommit att de anser att verksamheten som bedrivs på övre plan vid Backa Läkarhus är bristfällig, därav vore det av intresse att undersöka detta vidare.

Slutligen vore det av intresse att implementera de, eller några av de, förbättringsförslag som framfördes i kapitel 7. För att utreda hur väl de givna förbättringsförslagen ger det utfall som önskas bör så kallade pilotprojekt utföras på enheten. Ett exempel är att ändra bemanningen och införa arbetsteam för att sedan mäta om väntetider och genomloppstider förbättrats.

9. Referenser

I detta kapitel presenteras de referenser som ligger till grund för rapporten.

Böcker

Anupindi, R., Chopra, S., Deshmukh, S., Van Mieghem, J. & Zemel, E. (2012) *Managing Business Process Flows*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Bergman, B. & Klefsjö, B. (2007) *Kvalitet - från behov till användning*. Upplaga 4:6. Lund: Studentlitteratur AB.

Bruzelius, L. & Skärvad, P-H. (2004) *Integrerad organisationslära*. Upplaga 9:6. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, L. & Wiedersheim-Paul, F. (2008) *Rapportboken*. Malmö: Liber AB.

Graban, M. (2011) *Lean Hospitals - Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*. Upplaga 2. Boca Raton, Florida: CRC Press, Taylor & Francis Group.

Hadfield, D. & Holmes, S. (2006) *The Lean Healthcare Pocket Guide: Tools for the Elimination of Waste in Hospitals, Clinics and Other Healthcare Facilities*. MCS Media Inc.

Inde, M (2011) *Ännu närmre - för en god och säker patientnärmre vård*. Karlstad: Landstinget i Värmland.

Jacobsen, D-I. & Thorsvik, J. (2008) *Hur moderna organisationer fungerar*. Upplaga 3:1. Lund: Studentlitteratur AB.

Lantz, A. (2007), *Intervjumetodik*. Upplaga 2. Lund: Studentlitteratur AB.

Liker, J. (2004/2009) *The Toyota Way – Lean för världsklass*. Malmö: Liber AB [Ursprunglig titel: *The Toyota Way – 14 management principles from the Worlds greatest manufacturer*]

Liker, J. (2005) *The Toyota Way - Fieldbook*. London, Ohio: McGraw-Hill Professional.

Lind, J-I. & Särvad, P-H. (2004) *Nya team i organisationens värld*. Upplaga 2:2. Malmö: Liber AB.

Lindér, J. (2011) *Kompendium - Integrerad Produktionsorganisation TEK 385*. Göteborg: Chalmers Tekniska Högskola

Rother, M. & Shook, J. (2009) *Learning to See - Value-Stream Mapping to Create Value and Eliminate Muda*. Uppaga 1:3. Cambridge, Massachusetts: Lean Enterprise Institute.

Tapping, D., Luyster, T. & Shuker, T. (2002) *Value Stream Management - Eight steps to Planning, Mapping and Sustaining Lean Improvements*. New York, New York: Productivity Press.

Toussaint, J., Gerard, R. & Adams, E. (2010) *On the Mend - Revolutionizing Healthcare to Save Lives and Transform the Industry*. Cambridge, Massachusetts: Lean Enterprise Institute.

Västra Götalandsregionen (2011) *Krav- och kvalitetsbok - Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård*. Vänersborg: Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen (2012) *Krav- och kvalitetsbok - Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård*. Vänersborg: Västra Götalandsregionen

Artiklar

Lindenauer, P., Remus, D., Roman, S. & Rothberg, M. (2007). Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *The New England Journal of Medicine*. vol. 356, nr. 5, ss. 486-496.

Olivella, J., Cuatrecasas, L. & Gavilan, N. (2008). Work Organisation practices for lean production. *Journal of Manufacturing Technology Management*, vol. 19, nr. 7, ss. 798-811.

Konferens

Miller, D. red. (2005) *Institute for Healthcare Improvement Calls to Action Series - Going Lean in Health Care*. January-February, 2005, Cambridge, Massachusetts.

Miller, D. (2012) *Lean Healthcare konferens - Lean Basic Tools and Methods*. 14-15 mars, 2012, Karlstad.

Webbkällor

Backa Läkarhusgruppen AB (2012) <http://www.backalakarhus.se/> (2012-02-09)

IHI - Institute for Healthcare Improvement. (2012) *Standardize Rooms, Equipment, Patient Flow, and Information Flow*.
<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/StandardizeRoomsEquipmentPatientFlowandInformationFlow.aspx> (2012-05-01)

Sveriges Kommuner och Landsting (2012) *Nationell Patientenkät*. <http://npe.skl.se/> (2012-04-16)

Västra Götalandsregionen. (2012) *Primärvård*. <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Primarvard1/>
(2012-05-02)

Älvstranden Utveckling AB (2012) <http://www.alvstranden.com/omraden/kvillebaecken/> (2012-02-09)

1177. (2010) *Hitta rätt i sjukvården*. <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Hitta-ratt-i-sjukvarden/>
(2012-05-02)

Muntliga källor

Henrik Almgren (Verksamhetschef Kvinnosjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg)
intervjuad av författarna 2012-04-16.

10. Bilagor

I detta kapitel återfinns de bilagor som är relevanta för studien.

Bilaga 1 – Patientenkät.

Hej,

Vi är två stycken studenter vid Chalmers Tekniska Högskola som tillsammans med Backa Läkarhus gör en studie om patienttillfredsställelsen. Vi är mer än tacksamma om Ni vill svara på nedanstående frågor!

Är Ni listad på denna vårdcentral?

JA ☐ NEJ ☐

Vad för typ av besök har Ni gjort idag?

BOKAT BESÖK ☐ DROP-IN BESÖK ☐

Vad är mest avgörande i ditt val av vårdcentral? (rangordna 1-5, där 1 är mest avgörande)

.....GEOGRAFISKT LÄGE

.....GENERÖSA ÖPPETTIDER

.....KORTA VÄNTETIDER

.....PERSONALENS BEMÖTANDE

.....ATT MAN KAN BOKA BESÖK PÅ WEBBEN

Vad anser Ni om er väntetid idag?

KORT ☐ ACCEPTABEL ☐ FÖR LÅNG ☐

Egna kommentarer:

.....

.....
.....

Hur länge förväntar ni er att vänta i väntrummet, när ni söker akut?

0-30 min ☐

30min-60min ☐

1-2tim ☐

2-4tim ☐

Hur länge förväntar Ni att vänta på doktor/sköterska när Ni väl kommer in på ett rum?

0-5min ☐

5-15min ☐

15-30min ☐

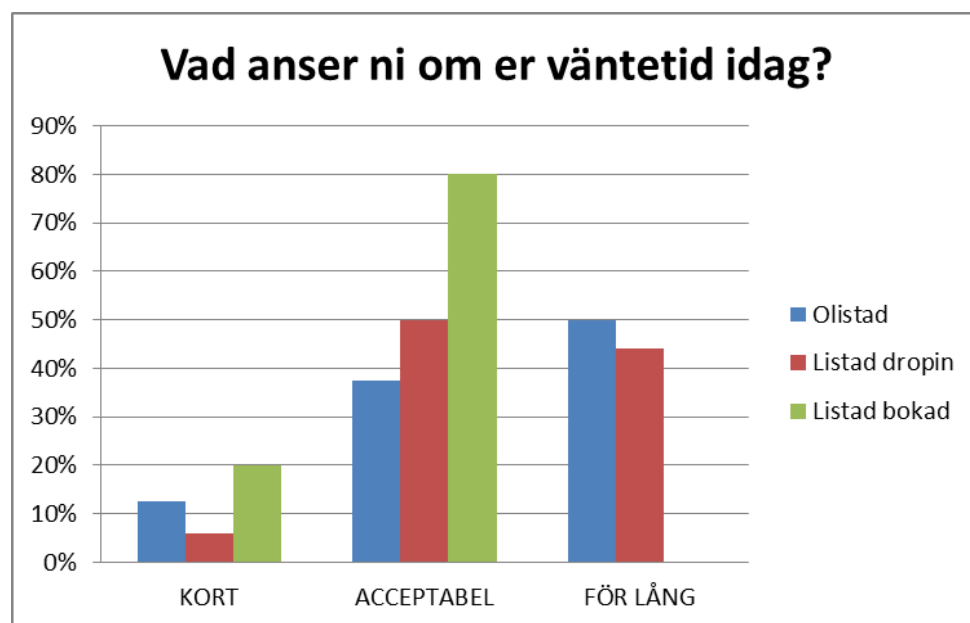
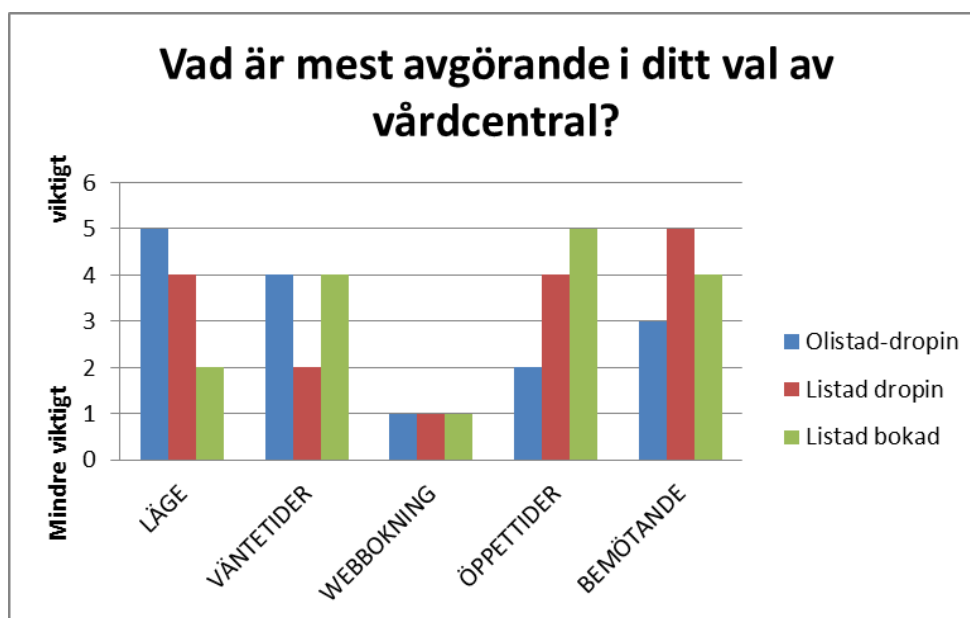
30-60min ☐

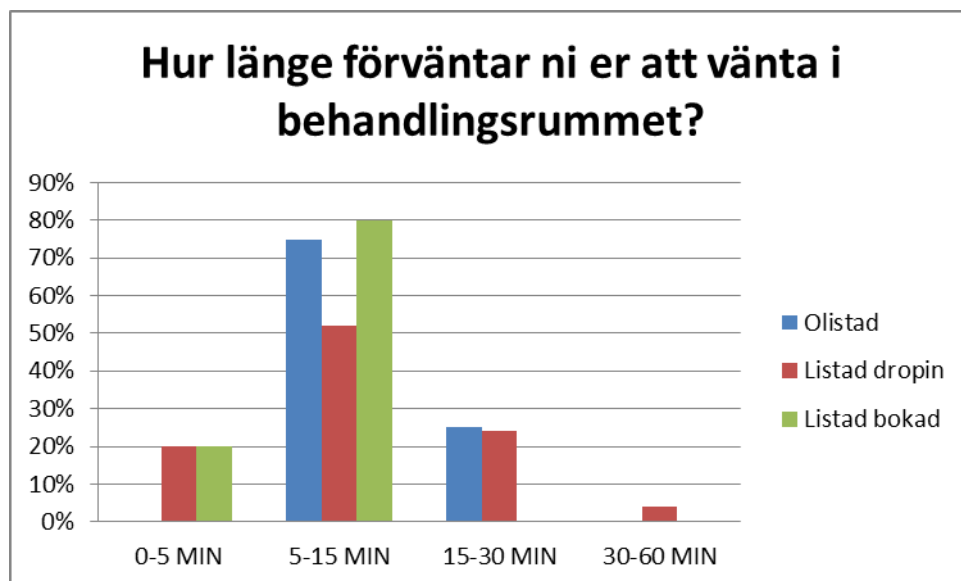
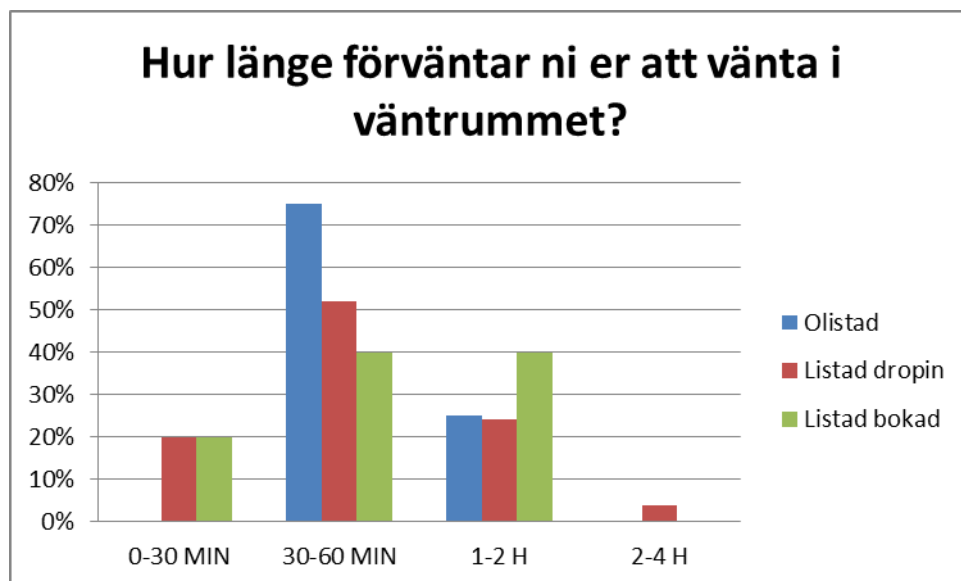
Skulle Ni rekommendera Backa Läkarhus till vänner och bekanta?

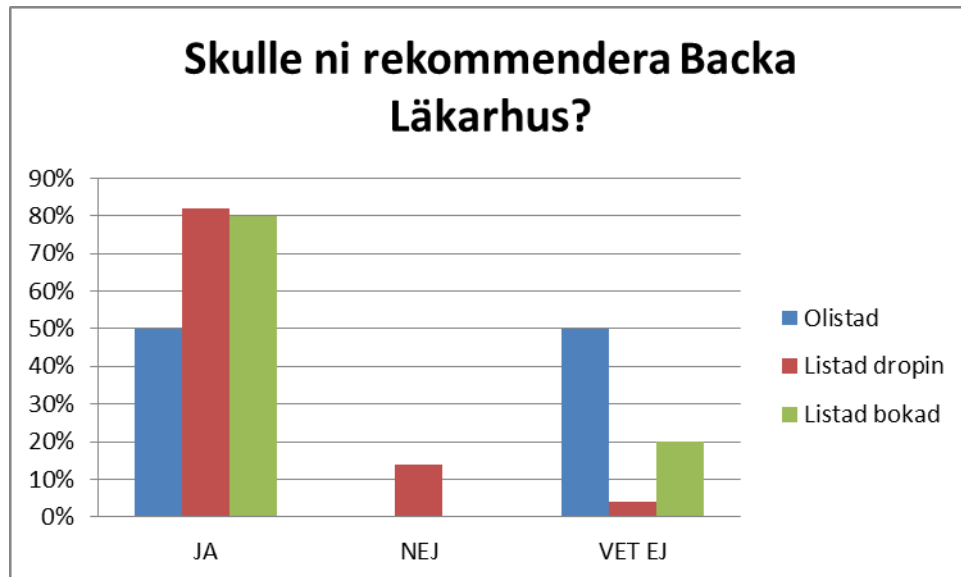
JA ☐ NEJ ☐

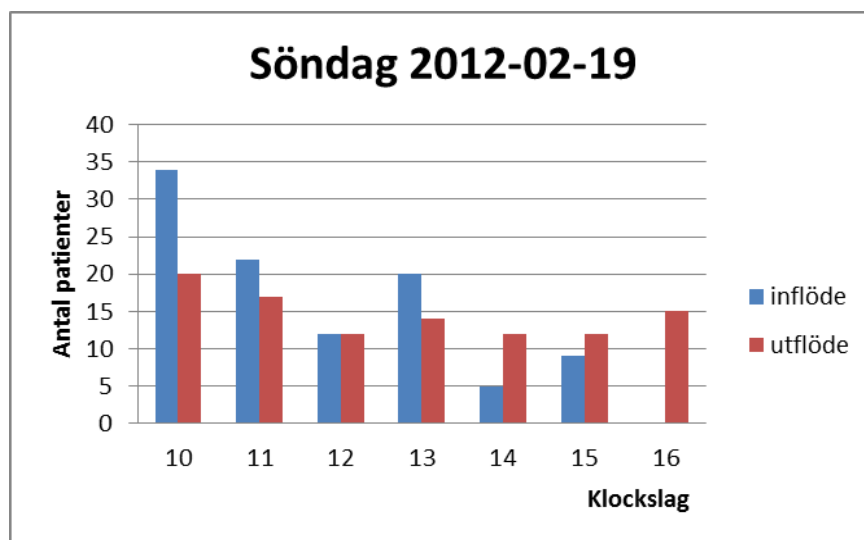
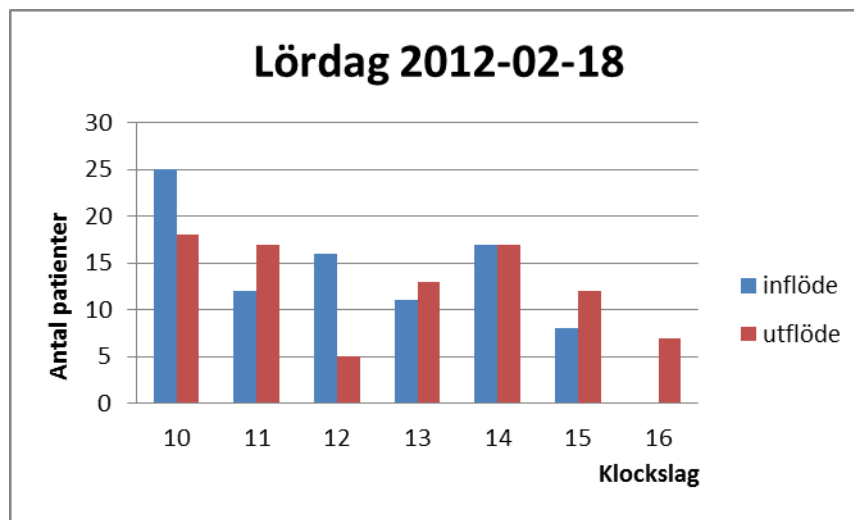
Varför?/Varför inte?.....

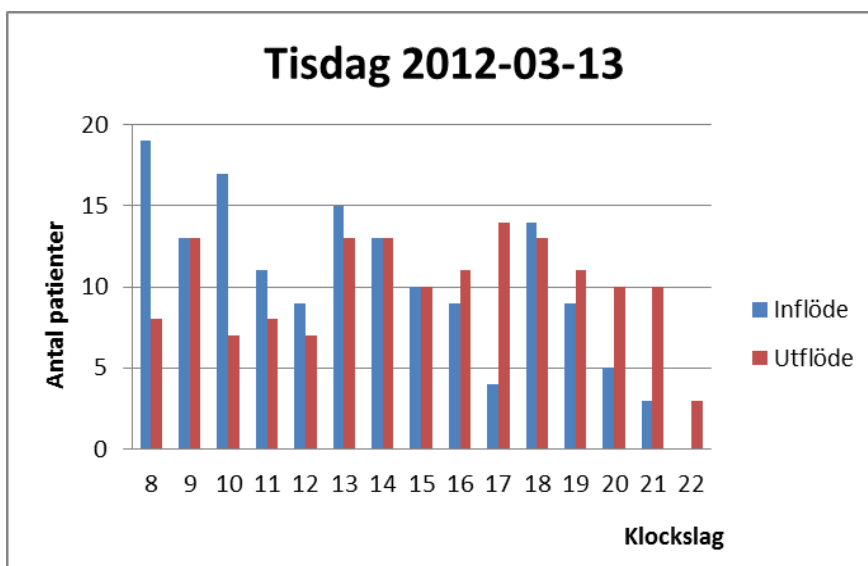
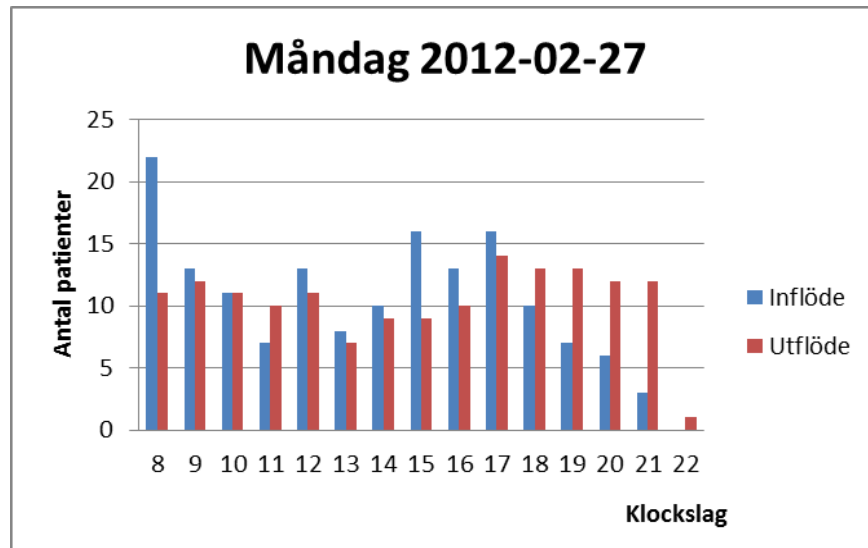
Egna kommentarer:

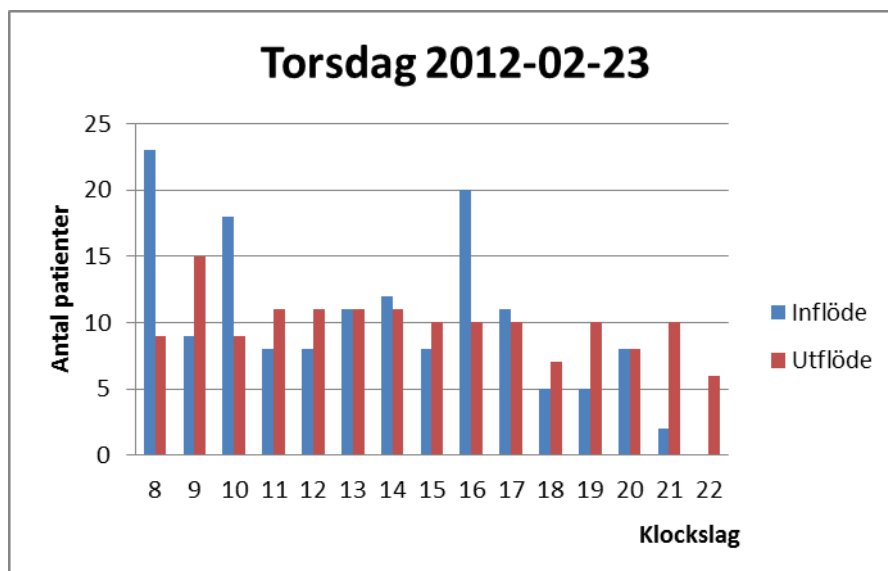
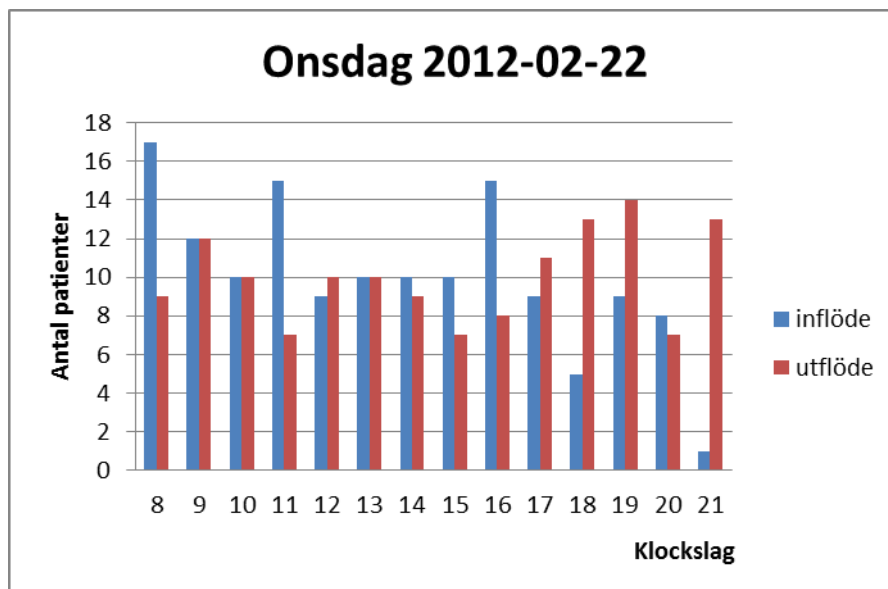
Bilaga 2 - Resultat av patientenkät.

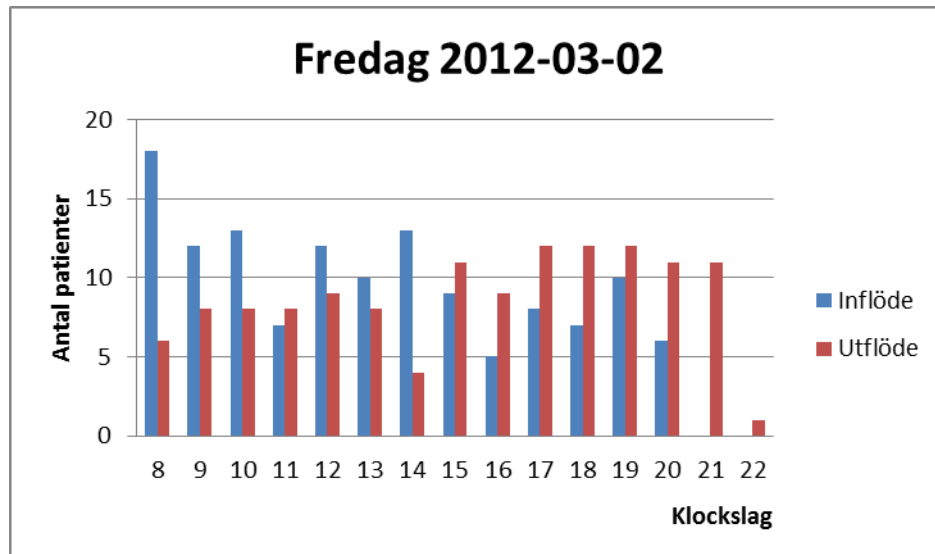


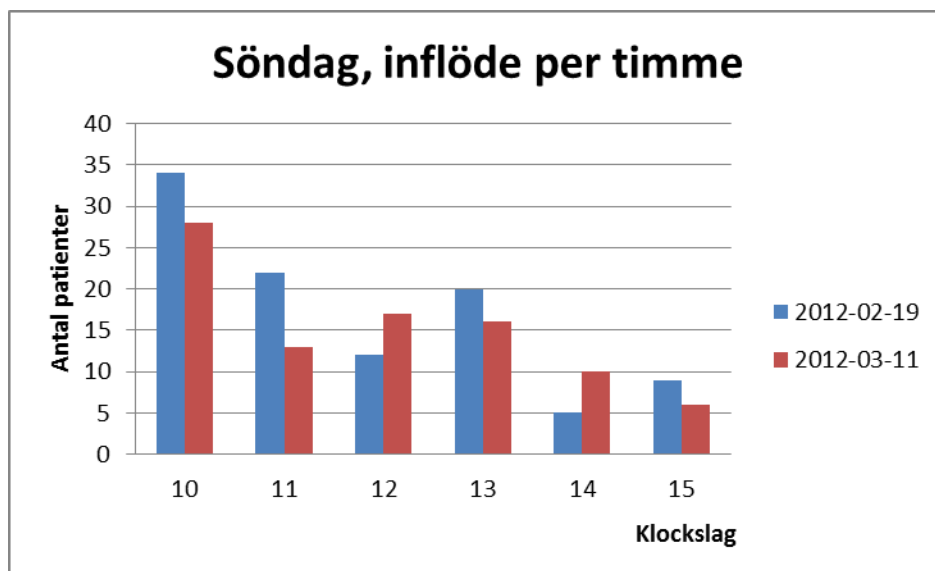
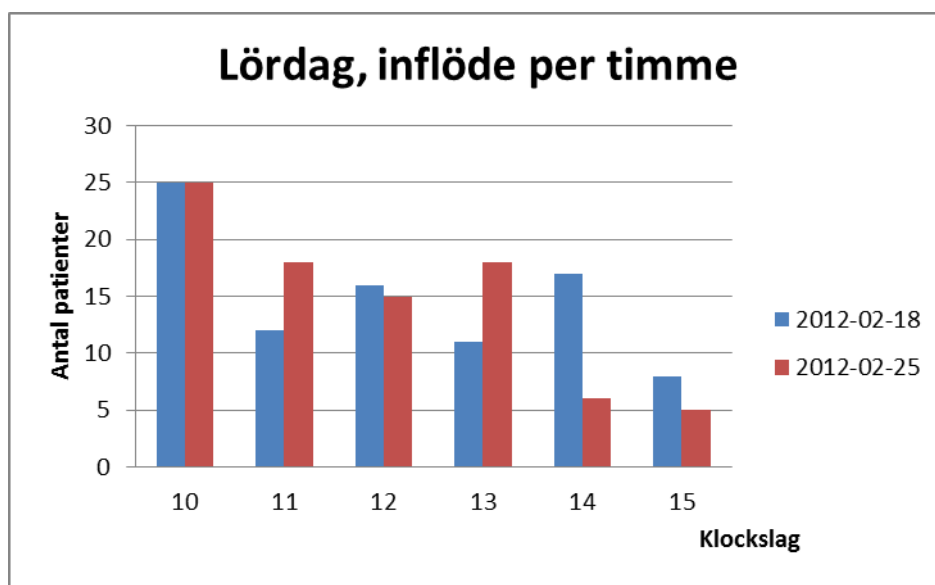


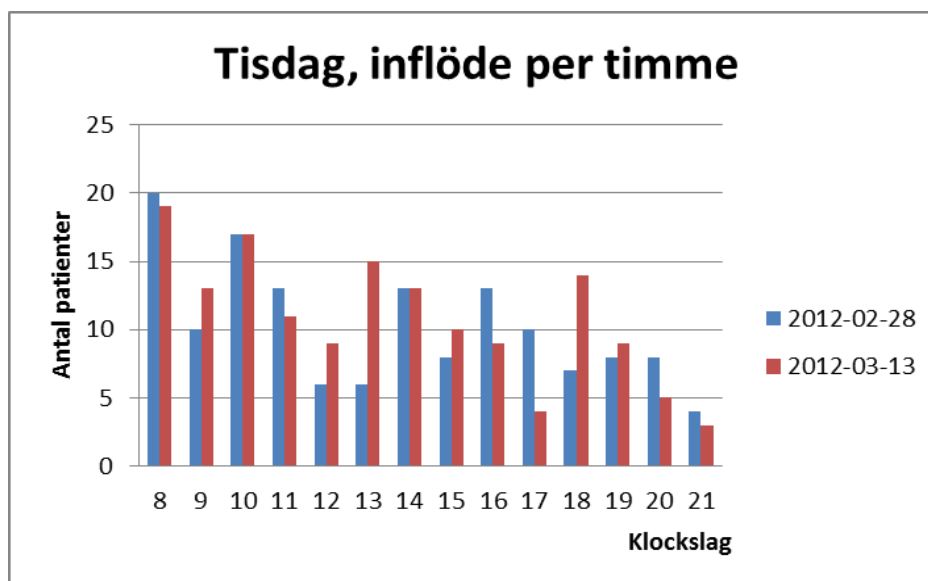
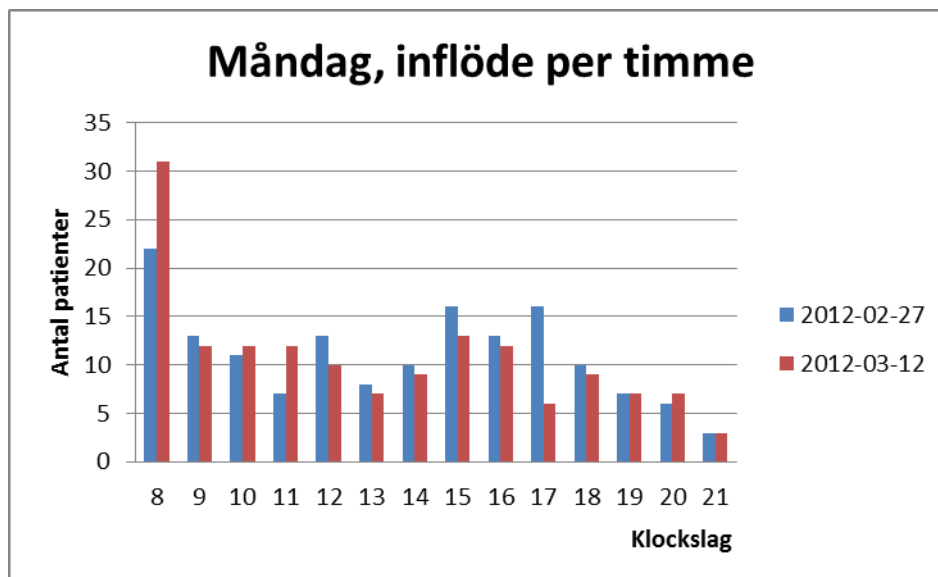
Bilaga 3 - Jämförelse mellan in- och utflöde för 7 dagar av observationen vid jourenheten.

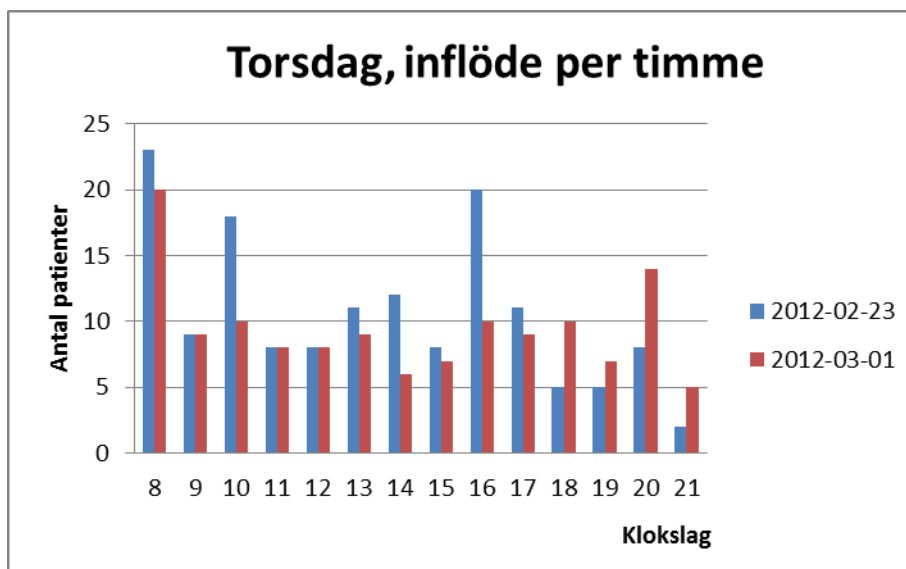
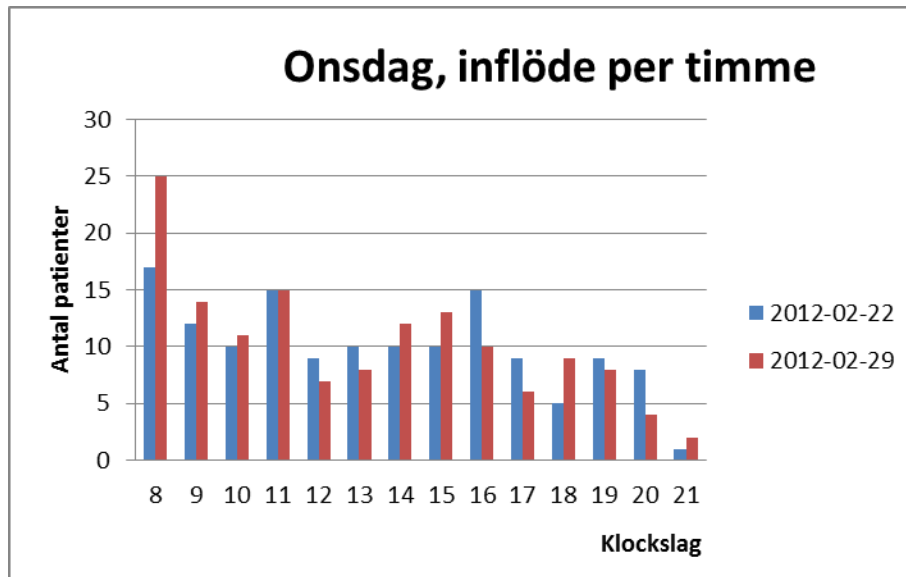


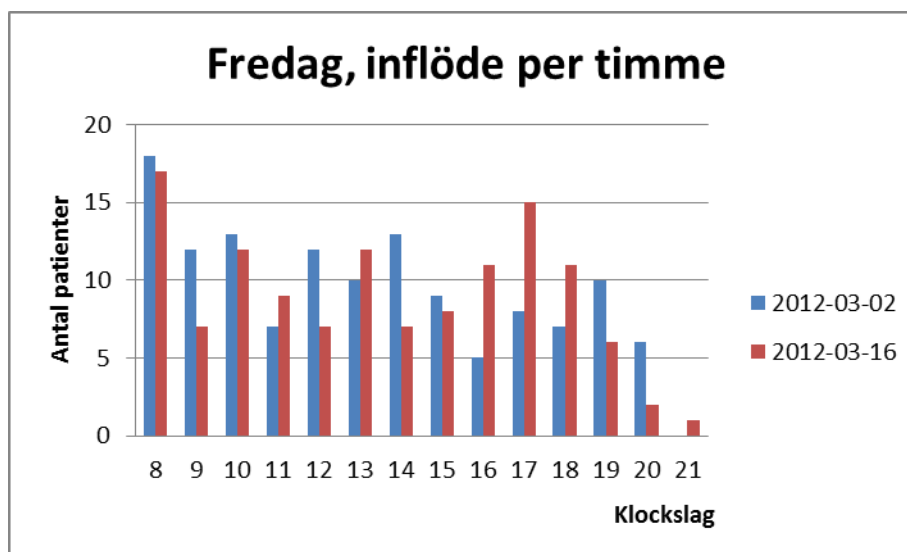




Bilaga 4 – Inflöde av patienter per timme i förhållande till veckodag.







Bilaga 5 - Datum för observation

Vecka	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
7						10:00-16:00	10:00-16:00
8			08:00-22:00	08:00-22:00		10:00-16:00	
9	08:00-22:00	08:00-22:00	08:00-22:00	08:00-22:00	08:00-22:00		
10							10:00-16:00
11	08:00-22:00	08:00-22:00			08:00-20:00		

Bilaga 6 – Intervjufrågor

Olika områden som berördes under intervjuer med medarbetare och ledning samt exempel på frågor:

- Efterfrågan
 - Hur varierar efterfrågan per timme?
 - Hur varierar efterfrågan mellan dagar?
- Väntetider och genomloppstid
 - Hur länge upplever du att patienten väntar mellan de olika aktiviteterna?
- Ledarskap
 - Hur upplever du att förhållandet mellan dig och ledning fungerar?
 - Hur upplever du ledningens närvaro i verksamheten?
- Kommunikation
 - Hur fungerar kommunikationen mellan dig och ledning?
 - Hur fungerar kommunikationen mellan dig och andra medarbetare?
- Arbetssätt
 - Finns det rutiner för hur arbetet ska bedrivas?
- Team och personalplanering
 - Hur upplever du att planeringen av läkare/sköterskor fungerar?
- Förbättringsarbete
 - Tar du eget ansvar för att förbättra verksamheten? Hur?
- Egen input
 - Vad anser du fungerar bra/mindre bra vid jourenheten?

