



Centrum för
Informationslogistik



Världens viktigaste produktion

*Akut förbättring
Värnamo Sjukhus*

Inlämningsuppgift inom:	Verksamhetsförslag Projekt
Författare:	Ida Benjaminsson, 900530
Kursansvarig:	Birgitta Fagerström Karled
Värnamo	Hösten 2012

Förord

Under termin fem på utbildningen Informationslogistik 180 hp på CIL i Ljungby, finns det möjlighet att antingen studera utomlands eller utföra ett verksamhetsförlagt projektarbete. Jag valde att göra ett verksamhetsförlagt projektarbete, för att kunna realisera mina teoretiska kunskaper från utbildningen och även för att ta vara på möjligheten att samla arbetslivserfarenhet på skoltid. Projektterminen har jag tillbringat på Värnamo sjukhus under hösten 2012 och min uppgift har varit att tillgå som resurs i ett projekt som syftar till att skapa bättre och säkrare flöden på akutmottagningen.

Till att börja med vill jag tacka all personal för det positiva bemötandet jag fått. Ett stort tack till min företagshandledare Ingeborg Franzén för allt stöd och all motivation, och till min projekthandledare Charlotte Carlsson för ett gott samarbete, för att du tagit emot mig med öppna armar och för att du har en drivkraft som inspirerar mig. Lisbeth Apelhult, Anne Rydén och Marianne Andersson tack även till er, som varmt välkomnat och hjälp mig på akutmottagning.

Slutligen vill jag tacka Sofie Larsson och Ann-Britt Örnell, och min familj. Sofie och Ann-Britt, för att ni på något underligt sätt lyckats göra mig glad varje dag, oavsett dagsform och humör.

Min familj för att ni intalat mig i alla år: att jag kan, om jag vill.

Värnamo 2012-12-18

Ida Benjaminsson

Sammanfattning

Min verksamhetsförlagda praktiktermin har jag spenderat på Värnamo Sjukhus, som en resurs i projektet Akut förbättring. Projektet är en nationell satsning, med 27 deltagande akutmottagningar från norr till söder. Sedan länge har det funnits en omtalad problematik kring effektivitetsbrister i flödet på akutmottagningarna. Brister fram för allt i form av dålig tillgänglighet, negativa patientupplevelser och en dålig arbetsmiljö. Målet med projektet är att minska slöseriet med patienters tid, öka kvaliteten och patientsäkerheten samt även öka nöjdheten hos medarbetarna. Värnamo akutmottagning har även ett mål som berör projektet Akut förbättring, en strävan att 90 % av alla patienter ska skrivas ut eller läggas in på avdelning inom 4 timmar.

För att ge projektet riktiga beslutsunderlag inför kommande förändringar på akutmottagningen har jag genomfört värdeflödesanalyser på utvalda patientgrupper. Värdeflödena med patienten som flödesenhet, visar den verklighet som patienten upplever på akutmottagningen och även flödeseffektiviteten dvs. hur bra patienten flyter genom systemet under besöket.

Trots att målet gällande 4 timmars handläggningstid på akutmottagningen har uppnåtts de senaste månaderna, visar resultatet av värdeflödena att patienterna i de valda patientgrupperna har en låg flödeseffektivitet, lite värdeskapande tid, lång genomloppstid och hela besöket består mestadels av väntan. I värdeflödena påvisas även långa väntetider tills patienten får träffa en läkare samt dåliga informationsrutiner under patientens väntan.

Den 8-9 december i år testade Värnamo akutmottagning ett utstuderat och framtaget arbetssätt att arbeta i team och bemöta patienten samtidigt som en grupp bestående utav vardera en undersköterska, sjuksköterska och läkare. Responsen hos vårdgivarna på testet har varit bra, och patienten har fått vänta betydligt kortare på att få genomgå en läkarundersökning. Den 12e och 18e december även i år gick projektteamet första tillfället och styrgruppen andra, ett utav de kartlagda flödena på akutmottagningen. Dels för att få en inblick hur verkligheten faktiskt ser ut, och även för att sätta igång ett kreativt tänkande kring vad som skulle kunna förbättras och effektiviseras gällande arbetssätt, redan satta och inlärd rutiner. För att kunna realisera den förbättringspotential som identifierats har jag sammanställt det i ett framtida tillstånd och en handlingsplan för genomförandet.

Förord	ii
Sammanfattning	ii
1. Inledning	1
1.2 Bakgrund	2
1.3 Uppdrag	3
1.4 Syfte & Frågeställning	3
1.5 Metod	3
1.6 Verksamhetsbeskrivning	4
1.7 Värnamo Sjukhus	4
1.8 Värnamo Akutmottagning	5
2. Teoretisk vinkling	6
3. Litteraturanknytning	7
3.1 Lean	7
3.2 8 Lean-principer	8
3.3 Akutmottagningar och triagesystem	10
3.4 Triagesystem	10
3.5 Tyst kunskap i vårdpersonal	10
3.6 Värderingar	12
4. Nuvarande tillstånd	13
4.1 Buksmärtor	13
4.2 Yrsel	14
4.3 TTL-Tid tills läkare	15
4.4 Information och tillcheckningsrutiner	16
4.5 4 timmars handläggningstid	17
4.6 Teamarbete	18
4.7 Flödesvandring	18
5. Framtida tillstånd	19
6. Handlingsplan för genomförandet	19
7. Analys	20
8. Reflektion	25
Bilagor	
Bilaga 1 – Patient 1 – Buksmärtor	29
Bilaga 2 – Patient 2 – Buksmärtor	30

Bilaga 3 – Patient 3 – Buksmärta	31
Bilaga 4 – Patient 4 – Buksmärta	32
Bilaga 5 – Patient 1 – Yrsel	33
Bilaga 6 – Patient 2 – Yrsel	34
Bilaga 7 – Patient 3 – Yrsel	35
Bilaga 8 – Patient 4 – Yrsel	36
Bilaga 9 – Framtida bukflöde	37
Bilaga 10 – Informationsrutiner	38

1. Inledning

I detta kapitel presenteras problemet, uppdraget, metoden och verksamheten

Den grekiske filosofen Herakleitos noterade på 500-talet f. Kr att man inte kan stiga ner i samma flod två gånger, eftersom det ständigt kommer nytt vatten. Han var en utav de första västerländska filosofer som tog upp idén att världen befinner sig i ständig förändring och att den gör plats för egenskaper som både rör beständighet och förändring. Han förespråkade att allting flyter och ingenting förblir, allt förändras och inget är detsamma (Gareth Morgan, 1999).

Eftersom världen befinner sig i ständig rörelse står företag och organisationer idag inför stora utmaningar att förändra och effektivisera sin verksamhet, vilket till viss del kan bero på en allt mer global marknad, att konkurrensen ökar och att utvecklingen går allt snabbare. En organisation kan inte präglas av ständiga förbättringar, utan allas delaktighet. Organisationer som lyckas sprida engagemang genom hela verksamheten får de anställda att se förbättringsarbete som en självklar uppgift och att aktivt arbeta för att identifiera kvalitetsbrister i verksamheten som måste åtgärdas. För att nå dit måste det vara tillåtet för alla inom organisationen att ifrågasätta existerande rutiner och ge förslag på förbättringar.

Den traditionella hierarkiska och funktionsorienterade organisationsformen räcker inte längre till för att tillmötesgå dagens krav och morgondagens förväntningar, utan flexibiliteten och anpassningsförmågan spelar en allt större roll som ett vinnande koncept för organisationer (Larsson & Ljungberg, 2001).

1.2 Bakgrund

Den 1 januari år 2011 trädde en ny lag om patientsäkerhet i kraft (2010:659) i Sverige. Den kom att ersätta den gamla lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Syftet med den nya patientsäkerhetslagen är att minska antalet vårdskador. Lagen uppmanar vårdgivarna att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete vilket bland annat innebär att utreda händelser i verksamheten som medfört, eller hade kunnat medföra att patienten får en vårdskada och även anmäla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra en fara för patientsäkerhetsarbetet till Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsen ska ingen patient skadas i vården och det är en grundprincip för all vårdverksamhet. Trots detta drabbas cirka 100 000 patienter av vård skador varje år i Sverige. I vården och precis som i alla andra verksamheter kan människor göra fel och begå misstag. Därför är de ett prioriterat område att just vården måste ha väl utvecklade system och rutiner så att mänskliga missbedömningar inte leder till att patienter utsätts för skador (Socialstyrelsens, 2012).

”Ju fler patienter vi har i systemet, desto osäkrare blir det”

(A. Rydén, personlig kommunikation, 2012-10-24)

Värnamo Sjukhus är med i ett nationellt projekt framtaget av SKL (Sveriges kommuner och Landsting) som heter Akut förbättring och syftar till att skapa bättre och säkrare patientflöden på akutmottagningar. Deltar gör även 26 andra akutmottagningar i landet, och projektet pågår under år 2012-2013. De övergripande målen med projektet är att minska slöseri med patienters tid, öka kvalitet och patientsäkerhet och även öka nöjdhet hos medarbetare.

Sedan länge har det funnits en omtalad problematik kring effektivitetsbrister i flödet på akutmottagningar. Brister i form av dålig tillgänglighet, negativa patientupplevelser och en dålig arbetsmiljö. I den offentliga debatten har det framförallt handlat om långa väntetider för patienter och deras närstående. De senaste åren har många landsting ägnat akutsjukvården och särskilt akutmottagningars arbetsrutiner stor uppmärksamhet. Utifrån de har man kunnat identifiera dess stora betydelse för ett effektivt flöde för övrig sjukvård i allmänhet och för ett säkert och effektivt omhändertagande av de akut sjuka patienterna i synnerhet.

Med bakgrund av detta beslutade riksdagen år 2011 att finansiera ett nationellt projekt där ett samarbete mellan landstingen kommer till stånd för att sprida erfarenheter och kunskaper om hur väntetiderna kan kortas, samtidigt som vårdens samlade kvalitet och resultat förbättras (Sveriges kommuner och landsting, 2012).

1.3 Uppdrag

Mitt uppdrag som student på Värnamo Sjukhus består av att vara en resurs i projektet Akut förbättring.

Konkreta uppdrag:

- Utföra värdeflödesanalyser och kartlägga nuläget på utvalda patientgrupper
- Granska flödena
- Skapa ett exempel optimalt flöde för att få bästa möjliga patientflöde på akuten
- Skapa en framtida handlingsplan utifrån mitt framtagna material

1.4 Syfte och frågeställning

Syftet med det här arbetet är att kartlägga inte högprioriterade patientflöden på akutmottagningen, för att se hur väl de förädlas i systemet och utifrån det kunna förändra, förbättra och effektivisera verksamheten med lean och patienten i fokus.

- Kan man genom att kartlägga värdeflöden förändra attityder hos anställda, samt även förbättra och effektivisera rutiner?
- Behövs tydliga rutiner för icke hög prioriterade patienter på akuten?
- Har Lean samma genomslagskraft inom offentlig sektor, som i näringslivet?

1.5 Metod

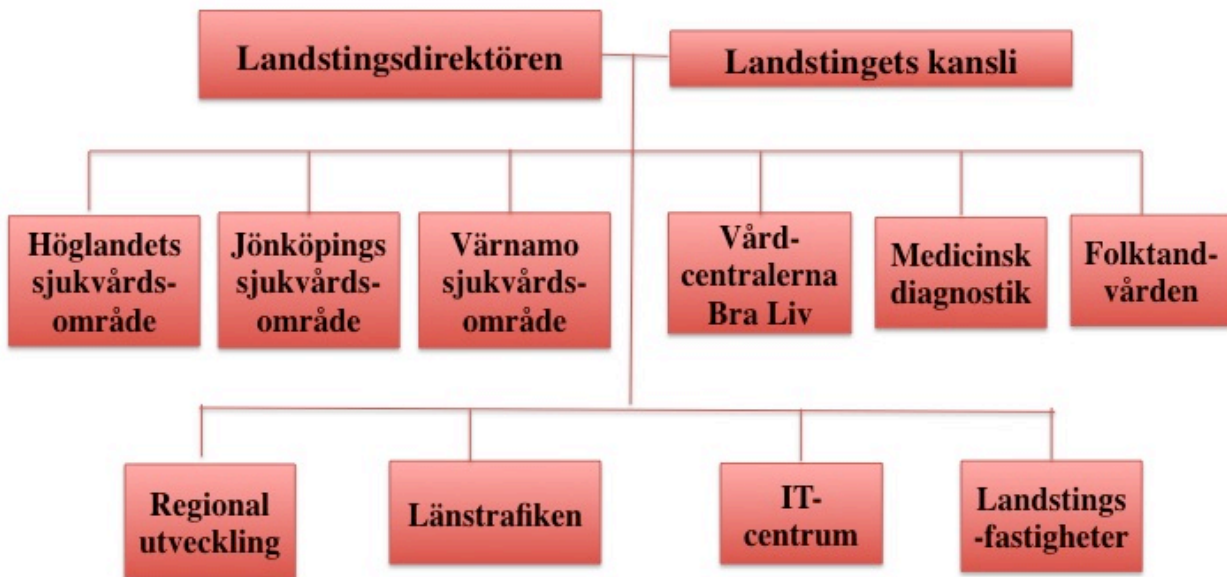
I min undersökning har jag använt en kvalitativ metod, för att besvara syftet med rapporten, därmed studerat specifika flöden och gått ner på djupet i dem. Vid insamling av data antog jag en deduktiv ansats, genom att studera teorier för att bygga upp vissa förväntningar om hur patientflödena skulle se ut och sedan samla in empiri för att se om förväntningarna stämde överens med verkligheten. För att genomföra insamlingen av empirin har jag genomfört öppna observationer utav flödena på akutmottagningen.

Motivering till varför jag valde att observera flödena, var för möjligheten att kunna registrera hur det faktiskt går till och vad människor faktiskt gör, inte vad någon säger händer eller att de gör. (Jacobsen, 2000) I slutskedet bearbetade och analyserade jag data tillsammans med valda teorier, och sammanställde slutligen all information i en projektrapport. Eftersom syftet med arbetet har varit att studera specifika flöden på Värnamo akutmottagning har resultat, analys och förbättringsförslag en relativt låg generaliseringsbarhet till andra företag (Jacobsen, 2000).

1.6 Verksamhetsbeskrivning

Landstinget i Jönköpings län

Landstinget är en demokratisk organisation som styrs av folkvalda politiker, och som vart fjärde år väljs i allmänna val och landstingets verksamhet är organiserad i elva förvaltningar. Det finns tre sjukvårdsområden med varsitt sjukhus och bland annat barnhälsovård, familjecentraler och kvinnohälsovård. Vårdcentralerna Bra Liv är ett samlingsnamn för de landstingsdrivna vårdcentralerna i länet.



Figur 1, egen illustrerad bild.
Organisationskarta över Landstinget i Jönköping.

1.7 Värnamo sjukhus

Värnamo sjukhus är ett utav tre sjukhus i Jönköpings län och ett utav Sveriges största länsdelssjukhus. I upptagningsområdet bor det ca 87 000 personer i de fyra kommunerna, Värnamo, Vaggeryd, Gislaved och Gnosjö. På hela sjukhuset arbetar 1350 personer och sjukhuset har ca 230 vårdplatser.

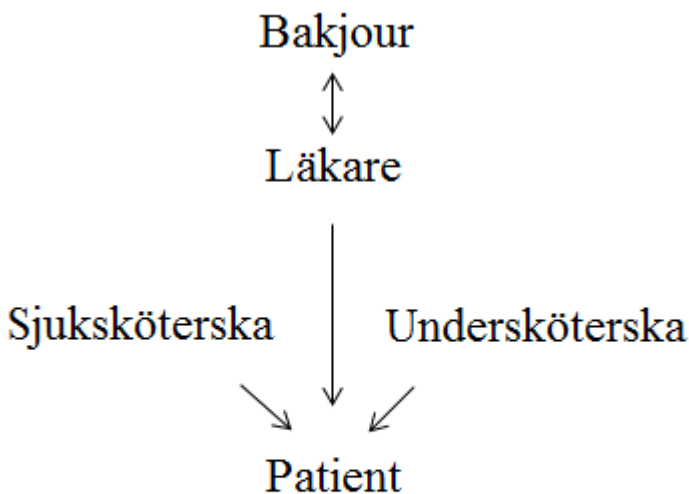
Det finns 13 verksamhetsområden på sjukhuset, varav 10 direkt är involverade i vård, behandling och diagnostik och resterande avser teknisk och administrativ försörjning. 2010 infördes vårdval i Jönköpings län och därmed ingår inte längre primärvården i sjukhusområdet. Totalt finns det tio Landstingsdrivna vårdcentraler i kommunerna och utöver de, ett antal privata aktörer (Landstinget i Jönköping, 2012).

1.8 Värnamo Akutmottagning

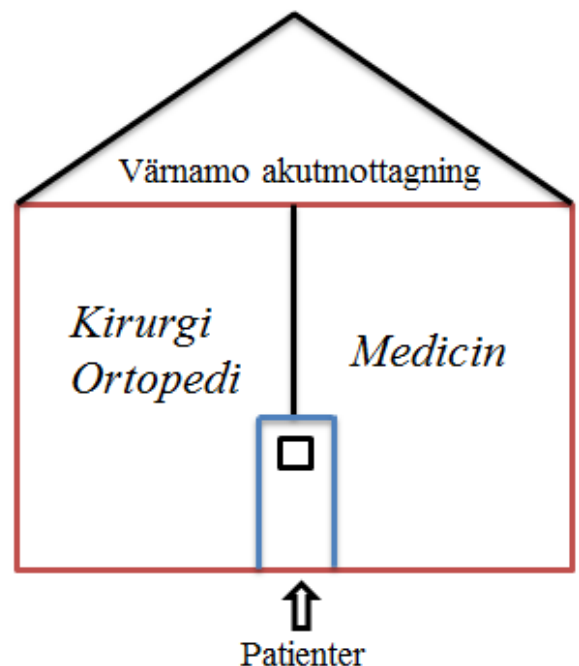
Värnamo akutmottagning hade år 2011, 16 887 st (+865 från föregående år) patientbesök och har en mission att bidra till att Värnamo sjukvårdsområde är ett av världens säkraste och mest effektiva lokala sjukvårdssystem.

Det arbetar ca 22 sjuksköterskor, ca 18 undersköterskor och 7 vårdadministratörer på akutmottagningen. Läkarna är dock anställda på respektive klinik: kirurgi, ortopedi och medicin. Receptionen är bemannad av receptionist/vårdadministratör mellan 08.00-21.15 och övrig tid av vårdpersonal. Akutmottagningen består av två avdelningar, ett medicinteam och ett inom kirurgi/ortopediteam. Medicinteamet är uppbyggt med en dagjour 1, som är ST-läkare, en dagjour 2, som är AT-läkare samt 1-2 sjuksköterskor och 1-2 undersköterskor. Vid 5 eller mer opåttade patienter finns där förstärkning utav en dagbakjour/bakjour. Upplägget av kirurgi/ortopedavdelningen ser likadant ut, men skiljer sig något i form av en bakjour inom kirurgi och en bakjour inom ortopedi.

Målet på akutmottagningen är att handläggningstiden för 90 % av patienterna ska vara under 4 timmar och genom Säker vård – alla gånger satsar landstinget på att göra vården säkrare för patienterna genom att minska antalet skador och ändra säkerhetskulturen inom hälso- och sjukvården.



Figur 2, egen illustrerad bild.
Arbetsupplägg för hur man angriper en patient.



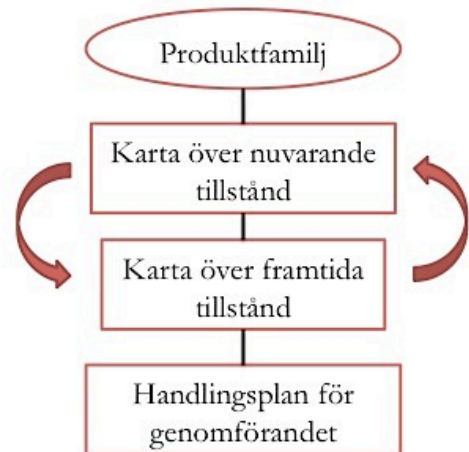
Figur 3, egen illustrerad bild.
Specialitet-fördelning på Värnamo akutmottagning.

2. Teoretisk vinkling

I detta kapitel presenteras den litteratur mitt uppdrag är vinklat utifrån.

Syftet med att kartlägga ett värdeflöde är att skapa och förverkliga utvecklingen av ett mer lean-influerat flöde. En värdeflödesanalys genomförs därmed för att hitta flaskhalsar, och eliminera dessa för att förbruka mindre resurser, än i det nuvarande flödet.

Analysen börjar med att välja en produkt eller produktfamilj för att kartlägga det nuvarande flödet och den information som behövs samlas in direkt i fabriken/produktionen, vilken även ska användas för att skapa det önskade och framtida flödet. Kartläggningen av dessa två tillstånd sker alltså i princip samtidigt. Under kartläggningen, kan idéer om hur det kan förbättras dyka upp och dessa bör noteras i en förbättringsplan. Det sista steget i en värdeflödesanalys, handlar om att göra förberedelser och att starta aktiviteter som ska utföras enligt handlingsplanen för genomförandet. (Rother och Shook, 2004).



För att komplettera min teoretiska vinkling på uppdraget valde jag att arbeta utifrån Niklas Modigs och Pär Åhlströms (2011) bok "Vad är Lean?". Boken handlar om flödeseffektivitet med många exempel från sjukvården, och tre centrala begrepp: genomloppstid, värdeskapande aktiviteter och direkt/indirekt behov.

Genomloppstid är den tid det tar för flödesenheten (människa, information eller maskin) att flyta genom hela processen som den definierats, från att ett behov har identifierats till att det är behovet är uppfyllt och viktigt gällande genomloppstid är att se ur flödesenhetens perspektiv. Värdeskapande och icke värdeskapande aktiviteter ses precis som vid definitionen av genomloppstid, utifrån flödesenhetens perspektiv. Det handlar om när något händer flödesenheten, när flödesenheten förs framåt (förädlas). Icke värdeskapande är enligt samma resonemang, när en flödesenhet inte förädlas. Flödeseffektiviteten räknas ut genom att dividera den värdeskapande tiden med genomloppstiden.

$$\frac{\text{Värdeskapande tid}}{\text{Genomloppstid}} = \text{Flödeseffektivitet}$$

Den optimala cancerutredningen har en flödeseffektivitet på 60-70 % bestående av värdeskapande tid, och resterande 30-40 % utav väntan dvs. icke värdeskapande tid för patienten, men för de andra flödesenheterna är det istället nödvändigt. (N. Modig, personlig kommunikation, 2012-10-29).

Sista aspekten i lean-arbetet är att tydliggöra uppdelningen mellan direkt behov och indirekt behov. En patient som misstänker bröstcancer har ett direkt behov, och en primär anledning till att uppsöka vården – en bröstcancerutredning. Men en patient har även indirekta behov, som behov att känna sig trygga, att bli professionellt bemötta, behov att förstå och behov att bli informerade. Dessa behov kallas för indirekta behov, eftersom de har uppstått som en effekt av det primära behovet. Direkta behov handlar ofta om att skapa ett konkret resultat (exempelvis ställa en diagnos) medan det direkta behovet handlar om själva upplevelsen.

3. Litteraturanknytning

I detta kapitel tar jag upp den teoretiska referensram jag använt, bestående av litteratur gällande lean, sjukvården och värderingar.

3.1 Lean

Enligt Mikkel Eriksen, Thomas Fischer och Lasse Monsted (2010) är lean ingen rationell skrivborsövning, utan lean är något som involverar verkliga människor och de mänskliga resurserna är de viktigaste i förändringsprocesser. Kulturell förändring är tidskrävande och förändringskulturen stärks av att fokus ligger på att kommunicera de framgångar som görs under processen. Så utmaningen med lean är att få det att fungera och etableras i kulturen på arbetsplatsen.

”Det går inte att kopiera Toyotas system rakt av, utan alla organisationer måste ta fram ett eget. Men Toyotas produktionssystem kan stå som förbild och inspiration. Det är därför Toyota vågar vara så öppna med sitt produktionssystem” – Niklas Modig.

Björn Stenwall. (februari 2009)

Därför är Toyota så öppna om Lean. Intelligent Logistik

Det finns människor som upplever det som ett hot och en personlig förlust när deras personliga arbetsplanering görs om till gemensam planering och ansvar, därför är viktigt att inse och ha förståelse i lean-arbetet att förändringar kan bli större och svårare än man förväntat sig och för att få ut bästa möjliga resultat utav arbetet med lean bör prioritet att motivera medarbetarna värderas högt (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010).

3.2 8 Lean-principer

Princip 1 – Förstå kunderna och organisera arbetet

När en kund får något utfört är det ett resultat av en rad aktiviteter som ofta löper genom flera enheter. En process definieras när man förstår det värde som genereras i processen och de arbetas fram genom att ritar upp en processanalys på värdets väg genom processen vilket möjliggör att hitta mönster och logiska samband i arbetsuppgifterna för att identifiera slöseri, behov av justeringar och förbättringsområden.

Princip 2 – Ta över styrningen

Det är viktigt att ledningen använder målstyrning som en grundläggande princip, genom att arbeta med tydliga mål och reglerbundet följa upp och uppmärksamma avvikelser i god tid för att kunna sätta in åtgärder innan det blir negativa konsekvenser. Med både kortsiktiga och långsiktiga mål skapas en kultur där alla medarbetare strävar åt samma håll och en känsla av att medarbetarna själva lättare kan påverka sin situation.

Princip 3 – Skapa synlighet

En genomgående visualisering i verksamheten är en viktig del av Lean-arbetet som underlättar både planeringen och uppföljningen av de konkreta arbetsmomenten, mål – och resultatuppföljning och förbättringsarbete. Synligheten gör det möjligt att fokusera på rätt saker och aktivt medverka till att verksamheten når sina mål, samt även ge förståelse som gynnar en gemensam känsla för kvalitet och helhetssyn samtidigt som det finns en fara när medarbetare upplever ett hot eller intrång i den egna personliga planeringen och friheten.

Princip 4 – Lita på standarder

En standard är en beskrivning hur en given process eller aktivitet ska utföras. Målet med en standard är att skapa robusta, driftsäkra och repeterbara processer baserade på erfarenheter och bästa praxis. Arbete med Lean inom sjukvården har påvisat att standardisering underlättar många arbetsmoment och sparar värdefull tid för både personal och patienter. Inom sjukvården finns många synpunkter som menar att sjukvården inte kan standardiseras eftersom behandlingen är patientspecifik, men Lean inom sjukvården syftar inte till att standardisera diagnoser och behandling utan att standardisera rutinerna för hur vårdgivarna kommer fram till vilken behandling en patient är i behov av.

Princip 5 – Tydliggöra ansvaret

Det yttersta ansvaret för Lean-arbetet ligger hos ledningen. Men det är inte tillräckligt med engagemang enbart från ledningen, utan alla medarbetare måste involveras och få inflytande. Genom att sprida ansvaret för planering, idéutveckling och förbättringar till medarbetarna skapar Lean-arbetet en kultur där alla känner sig delaktiga och bidrar till verksamhetens löpande utveckling.

Princip 6 – Skapa flöde

Att skapa flöde handlar om att göra verksamhetens processer smidigare, så att de olika aktiviteterna löper igenom de enskilda processtegen så snabbt som möjligt utan onödiga avbrott. Flöde handlar egentligen inte om att arbeta snabbare, utan att aktiviteterna flyter snabbare genom processerna.

Princip 7 – Förebygga fel

För att möjliggöra flöde i arbetsprocessen fokuserar arbetet med lean på att förebygga fel istället för att rätta till dem. Syftet är att skapa en organisationskultur där alla kan lära sig av sina misstag och hela tiden hitta nya sätt att identifiera och eliminera upprepade, systematiska fel i processer och lösningen av arbetsuppgifter. När man arbetar långsiktigt med kvalitetsförbättringar räcker det inte att bara korrigera ett problem som uppstår, utan de viktigaste är att ta itu med grundorsaken till det uppkomna problemet.

Princip 8 – Ständiga förbättringar

Kaizen, är ett japanskt uttryck där kai betyder väg och zen betyder god, det vill säga en väg mot ständig förbättring. Ingen process och inget arbetssätt ska anses vara perfekt, utan bör ses som något som kan göras bättre. Kaizen syftar till att skapa en kultur där medarbetarna av egen drivkraft skapar förbättringsinitiativet vidare, med stöd av en stabil ledningsstruktur. (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010).

3.3 Akutmottagningar och triagesystem

Akutmottagningen är sjukhusets knutpunkt och om akutmottagningen inte fungerar på ett bra sätt, är det inte bara patienternas säkerhet som äventyras. Med sin nyckelposition i hela sjukhusorganisationen kan en illa fungerande akutmottagning påverka sjukhusets samlade verksamhet.

Till akutmottagningar kommer patienter med olika typer av sjukdomar och skador. Patienternas tillstånd varierar i hur allvarligt dessa tillstånd är, från livshotande tillstånd till åkommor som inte kan försämrans under ett par timmars väntan. Eftersom vid de flesta akutmottagningar under stora delar av dygnet uppstår väntetid för patienterna att bli bedömda av en läkare, behövs någon form av kösystem. Ett sådant system är triage, där väntetiden till läkarbedömningen baseras på den enskilda patientens medicinska angelägenhetsgrad, d.v.s. hur svårt sjuk patienten är.

Långa väntetider på akutmottagningen påverkar starkt patienternas tillfredställesle gällande vården och påverkar i ett större perspektiv medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. Med ökad belastning på akutmottagningen och allt färre vårdplatser, är förvånande hur sparsamt forsknings- och utvärderingsarbete som tillägnats akutmottagningarna (Asplund, Castrén, Ehrenberg, Farrokhnia et al. 2010).

3.4 Triageringssystemet

Röd - Livshot, omedelbar läkarkontakt

Orange - Akut, läkarkontakt snarast

Gul - Observation, läkarkontakt efter röd och orange

Grön - Standard, kan vänta

(A. Rydén. Personlig kommunikation 2012-12-06)

3.5 Tyst kunskap i vårdpersonal

Inom vården är det viktigt att det finns personer som vet hur kropp och själ fungerar. Som vet hur man tar folk, hur man lyssnar, tröstar och bryr sig om. Det krävs ett gott handlag och lyhördhet för att det ska bli rätt. Detta är en kunskap som vissa människor har från början, andra lär sig den efterhand och somliga inom vården lär sig den emellertid aldrig.

Patientens underförstådda önsningar och självinitierade behov är något som vårdpersonalen inte alltid tar med i sina beslut, vilket ofta beror på att vårdpersonalen är så inriktad på de rent medicinska behandlingarna och förbiser detta. Att kunna lära sig att förstå vad en patient önskar är något som kan ta tid att lära in. Det kräver ett annat slags agerande av vårdpersonalen än det traditionella och att patienten och vårdgivaren lär känna varandra och har förtroende för varandra. Mänsklig kunskap är komplex, och inom vården har förtrogenhetskunskap stor betydelse. I en dialog mellan människor finns tysta förutsättningar i samtalet och att tolka dessa kräver kunskaper och förmåga att lyssna.

En outtalad oro hos en patient kan uppmärksammas av en erfaren sjuksköterska, medan den kanske inte alls uppfattas av den som inte är förtrogen med vårdssituationen. Förtroendeskunskapen samlas genom intryck och erfarenheter från olika situationer och miljöer och i en ny situation fungerar tidigare erfarenheter som jämförelsematerial och blir en grund för hela bedömningen, så en viktig del av sjuksköterskans yrkesskicklighet ligger just i detta. Varje sjuksköterska bygger upp en erfarenhetsbank, en klinisk yrkesskicklighet genom att ett antal gånger se patienter som mår på ett visst sätt och avgränsar därigenom med relativ stor säkerhet patientens problem. (Billgren, Chekol, Linder, Falck et al. 1990)

3.6 Värderingar

Sverigestudien är ett initiativ utav tre fristående företag: Preera, Volvo IT, och Skandia. Samtliga företag vill bidra till en ökad förståelse för samhällets utmaningar genom att tillföra kunskap om svenskarnas värderingar. År 2012 är det fjärde året som man kartlagt värderingar hos Sverige i miniartyr. 1000 personer har tillfrågats om vilka värderingar som karaktäriserar dem själva, deras arbetsplats, det svenska samhället och även vilka värderingar som respondenterna vill ska känneteckna arbetsplats och samhälle i framtiden.

Enligt undersökningen längtar medarbetarna på Sveriges genomsnittliga arbetsplatser efter ett inre rikt liv utan förändringar och utan kunder. 10 länder har genomfört nationella studier med arbetsplatskultur i fokus. På 8 utav dessa finns kundtillfredsställelse på topp tio, i flera fall på topp tre. I Sverige finns kundtillfredsställelse på plats 47 (rådande) och 45 (önskade) arbetsplats. Det värdeord som svenskarna sätter i topp på den önskade arbetsplatsen 2012 är: anställdas hälsa, erkännande av anställda och lagarbete. Vi tycks se omvärlden och den egna kopplingen till den inifrån och ut, inte utifrån och in på arbetsplatserna. Författarna ställer sig frågan: Är våra arbetsplatser primärt till de anställda och inte dess kunder? Finns det ett negativt samband mellan medarbetarskap och kundfokus? Har individerna blivit så inlärda att dess egen utveckling är det som man ska fokusera på i arbetslivet att man glömmer vilka vi och våra organisationer finns till för? Har en välmående organisation vunnit mark på bekostnad av välfungerande och välpresterande organisationer?

Författarna anser det nödvändigt att som ledare etablera ett tydligt och levande kundtänkande i alla typer av organisationer. Oavsett branch finns det en tydlig förändring mot ökad konsumentmakt och valfrihet att välja bland produkter och tjänster. Kan inte denna förändring mötas med tydlig förmåga att se kundernas fokus och behov kommer uppenbara svårigheter med att prioritera uppstå i den egna verksamheten (Sverigestudien, 2012).

4. Nuvarande tillstånd

I detta kapitel presenteras min insamlade data, och utifrån värdeflödesanalysen benäms det som ett nuvarande tillstånd.

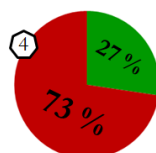
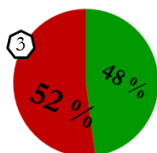
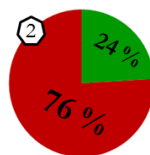
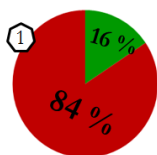
För röda och orange patienter i triageringssystemet finns effektiva och snabba rutiner för vårdgivarna i omhändertagandet, eftersom patienterna ofta är i livshotande fara. Flödena går snabbt och är noggrant inlärd. Det gula och gröna patienterna är inte högprioriterade patientgrupper, utan värderas som att deras tillstånd förvärras inte vid väntetid. Det kartlagda värdeflödena med buksmärtor består av patienter med triagefärg gul och inom yrsel triageras patienterna som gröna. I min värdering utav värdeskapande och icke värdeskapande tid, har jag helt och hållet sett utifrån patientens perspektiv och värderat vart väntan upplevs. All aktiv behandling. tid tillsammans med vårdpersonal kategoriseras som värdeskapande tid, och all tid som patienten inte förädlas (flyter framåt) klassas som icke värdeskapande tid.

4.1 Buksmärtor

Patienter med buksmärtor är en relativt stor del utav besökarna på kirurgi/ortoped-akuten på Värnamo akutmottagning. Problematiken kring patienter med buksmärtor är att symptomen kan vara difusa och diagnosen kan vara flera olika valbara alternativ.

I tabellen nedan följer de patienter som kartlagts med definerad genomloppstid, värdeskapande tid, ungefärlig väntid på röntgen, total väntan under hela besöket och slutligen även hur hög flödeseffektiviteten är för varje patient. Cirklarna illustrerar hur stor den värdeskapande tiden är i jämförelse mot den icke värdeskapande, dvs. väntan. För att studera varje patients flöde mer ingående se Bilaga 1, Bilaga 2, Bilaga 3, Bilaga 4.

Patienter	Genomloppstid	Värdeskapande tid	Väntan på röntgen	Total väntan	Flödeseffektivitet
Patient 1	173 min	27 min	x	146 min	16 %
Patient 2	187 min	45 min	Ca 15 min	142 min	24 %
Patient 3	407 min	195 min	Ca 15 min	212 min	48 %
Patient 4	183 min	50 min	Ca 15 min	133 min	27 %

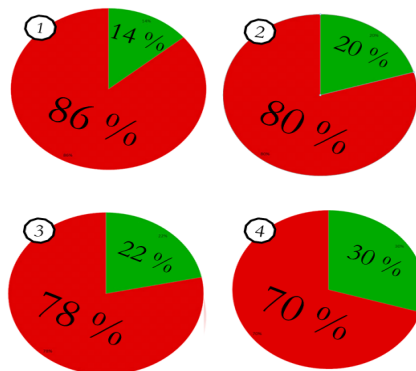


4.2 Yrselpatienter

Yrselpatienter tillhör medicinakuten, och är precis som buksmärtor en bred grupp av besökare med oftast liknade symptom (yr, svimma, dålig känsel), men med väldigt varierande diagnoser.

I tabellen nedan följer de patienter som kartlagts, med definerad genomloppstid, värdeskapande tid, väntan på när remiss skrevs från röntgen till att patienten blev bortkallad, väntan på röntgen, total väntan under hela besöket och slutligen även hur hög flödeseffektiviteten är för varje patient. För att studera varje patients flöde mer ingående se Bilaga 5, Bilaga 6, Bilaga 7, Bilaga 8.

Patienter	Genomloppstid	Värdeskapande tid	Väntan från röntgenremiss – bortkallad	Väntan på röntgen	Total väntan	Flödeseffektivitet
Patient 1	194 min	27 min	35 min	14 min	167 min	14 %
Patient 2	338 min	69 min	13 min	16 min	269 min	20 %
Patient 3	285 min	62 min	x	x	223 min	22 %
Patient 4	125 min	37 min	x	x	88 min	30 %



4.3 TTL – Tid tills läkarundersökning

Nationellt i Akut förbättring är tid tills läkarundersökning ett centralt måttal för patientens flöde på akutmottagningen. I tabellerna nedan illustreras hur länge patienterna i de karlagda värdeflödena fått vänta tills läkarundersökningen sker i flödet.

Kirurgi Buksmärtor

Patient 1	130 min
Patient 2 Med närstående	75 min
Patient 3	94 min
Patient 4 Med närstående	99 min

Medicin Yrsel

Patient 1	88 min
Patient 2	138 min
Patient 3 Med närstående	236 min
Patient 4	103 min

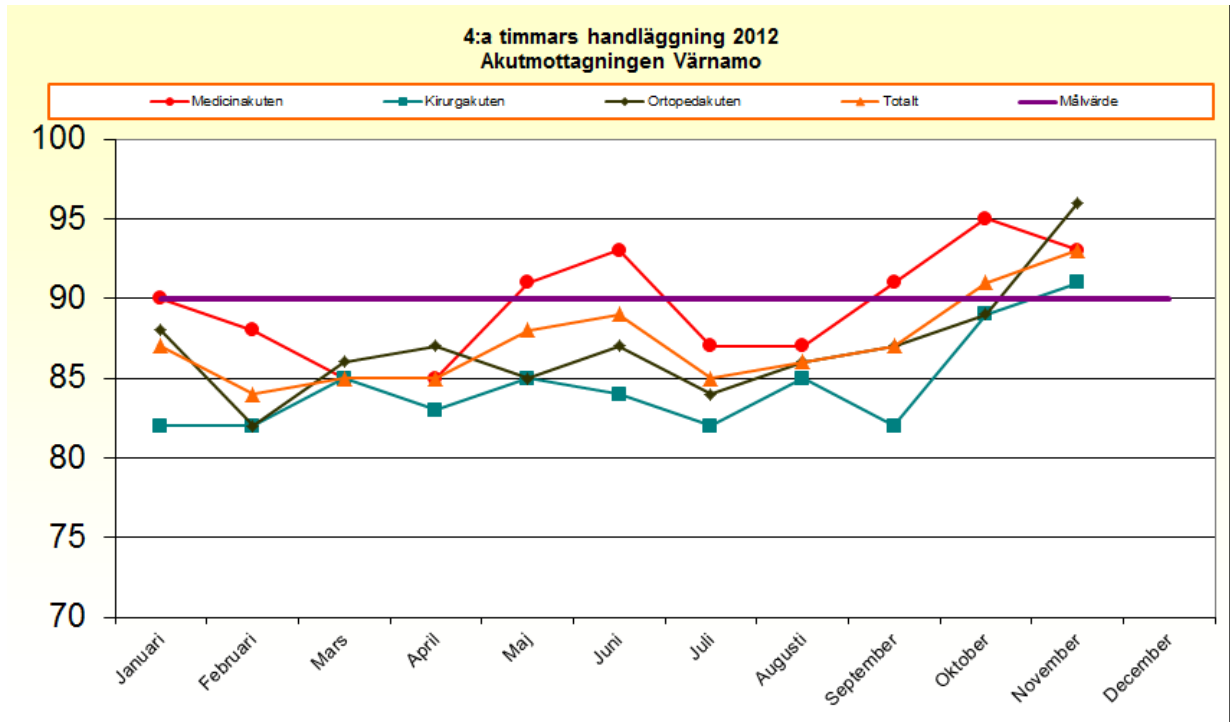
4.4 Information- och tillcheckningsrutiner

I granskningen utav flödena framgår hur länge patienterna fått vänta på ny information från vårdgivarna samt även hur lång tid det gått sen den senaste tillcheckningen utav patienten.

52 min
58 min
1 tim. 8 min
1 tim. 18 min
1 tim. 27 min
1 tim. 31 min
1 tim. 47 min
1 tim. 52 min

4.5 4 timmars handläggningstid

Värnamo akutmottagning har ett mål att 90 % utav alla patienter ska få gå hem eller läggas in på en avdelning inom 4 timmar. Den här sammanställningen visar hur verksamheten har förhållt sig till målet de senaste året.



Medicinakuten - **Röd**

Kirurgakuten - **Turkos**

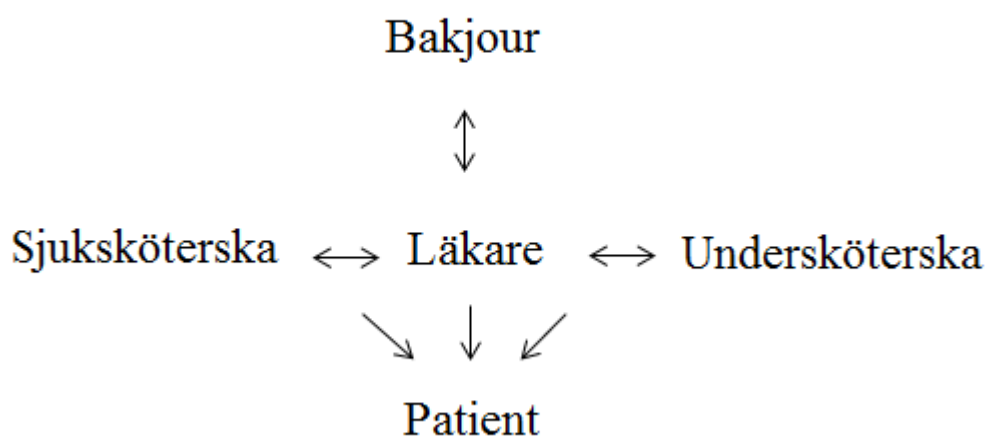
Ortopedakuten - **Svart**

Totalt - **Orange**

Målvärdet - **Lila**

4.6 Teamarbete

Den 8-9 december testade Värnamo akutmottagning att omstrukturera de traditionella arbetssättet hur patienter omhändertas på akutmottagningen, istället arbetade de i team bestående av vardera undersköterska, sjuksköterska och läkare. Syftet med upplägget är att de olika arbetsrollerna kan utföra sina arbetsuppgifter parallellt. Läkaren för samtalet med patienten, undersköterskan tar vitala parametrar och sjuksköterskan sköter triageringen och dokumentationen. De nya upplägget syftar även till att läkarundersökningen kommer in tidigare i flödet, vilket senare kan innebära att patienten flyter bättre senare under flödets gång. Teamet får även samma information en gång, får samma utgångsläge i vilka symptom patienten har och vet även vad de andra rollerna gjort och inte gjort.



*Figur 5, egen illustrerad bild.
Arbetsupplägg för test av teamarbete.*

4.7 Flödesvandring

Den 12e och 18e december gick projektteamet första tillfället och styrgruppen de andra, ett utav de flödena jag kartlagt på akutmottagningen. Dels för att få en inblick hur verkligheten faktiskt ser ut, och även för att sätta igång tankeverksamheten kring vad som skulle kunna förbättras och effektiviseras gällande arbetssätt och redan satta och inlärd rutiner.

5. Framtida tillstånd

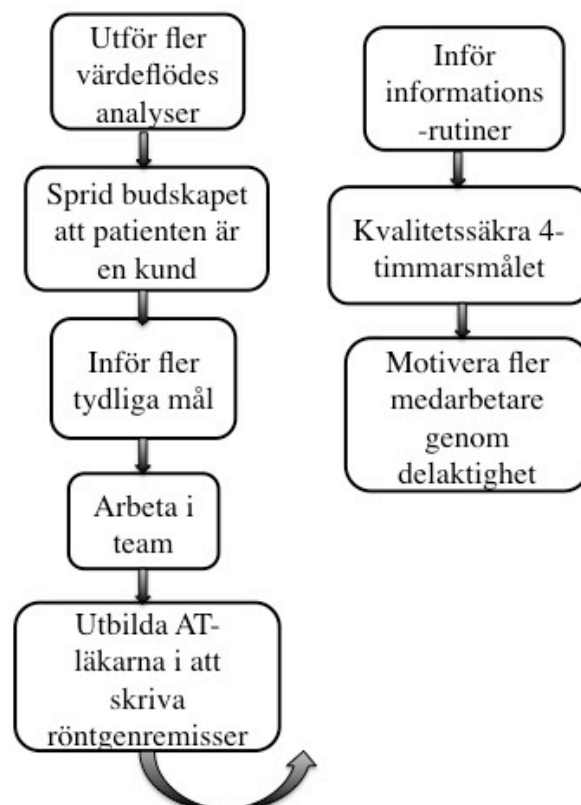
I detta kapitel presenteras ett exempel på ett framtida tillstånd för patienter med buksmärter och triagefärg gul.

I samma skede som kartläggningen utav de nuvarande värdeflödena på Värnamo akut-mottagningen, skapades en vision om hur de framtida flödena kan komma att se ut med patienten i fokus. Första principen i lean-arbetet är enligt Eriksen, Fischer & Monsted. (2010) att förstå kunderna och organisera arbetet. När en kund får något utfört är det ett resultat av en rad aktiviteter som ofta löper genom flera enheter. En process definieras när man förstår det värde som genereras i processen och de arbetas fram genom att rita upp en process analys på värdets väg genom processen vilket möjliggör att hitta mönster och logiska samband i arbetsuppgifterna för att identifiera slöseri, behov av justeringar och förbättringsområden.

Enligt Eriksens, Fischers & Monsteds. (2010) princip 6 så är ambitionen med att skapa flöden att göra verksamhetens processer smidigare, så att de olika aktiviteterna löper igenom de enskilda processtegen så snabbt som möjligt utan onödiga avbrott. Flöde handlar egentligen inte om att arbeta snabbare, utan att aktiviteterna flyter snabbare genom processerna (Se bilaga 9).

6. Handlingsplan för genomförandet

För att uppnå det framtida tillståndet, följer här en handlingsplan med identifierade förbättringspotential.



7. Analys

I detta kapitel presenteras min analys på hela arbetet.

Enligt princip 2 (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010) är det viktigt i lean-arbetet att arbeta med både kortsiktiga och långsiktiga mål, för de frambringar en kultur där alla medarbetare strävar åt samma håll. Risken med att ha tydligt uppsatta mål inom sjukhusverksamheter anser jag vara att vårdgivare medvetet eller säkerligen flera gånger omedvetet fokuserar för mycket på målet att i det här fallet skriva ut patienten inom 4 timmar, så att kvalitén på diagnosen blir lidande. I hanteringen av människor måste kvalitén alltid den högst prioriterade och ett exempel kan vara när vårdpersonal skyndar sig att skriva ut en patient inom 4 timmar utan en korrekt ställd diagnos, och patienten återvänder till akutmottagningen dagen efter för samma besvär.

Princip 7 syftar till att förebygga fel istället för att rätta till dem och ambitionen är att skapa en organisationskultur där alla kan lära sig av sina misstag för att hela tiden hitta nya sätt att identifiera och eliminera upprepade, systematiska fel i processer och lösningen av arbetsuppgifter. När man arbetar långsiktigt med kvalitetsförbättringar räcker det inte att bara korrigera ett problem som uppstår, utan de viktigaste är att ta itu med grundorsaken till det uppkomna problemet (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010). Förutom att vara mer tydlig mot vårdgivarna med att kvalitén är det mest väsentliga och inte handläggningstiden, bör man för att kunna identifiera grundorsaken till att en patient återkommer till akutmottagningen med samma besvär, exempelvis sätta in en trigger i journalsystemet så återbesöket uppmärksammas, för att sedan kunna följas upp i huruvida patienten blev behandlad vid första besöket. Kanske handlar det om kompetensbrist i den vardagliga bemanningen på akutmottagningen, stress eller något annat. Ett utav målen i projektet är att minska slöseri med patienternas tid, och att spendera flera timmar på akutmottagningen för att sedan gå hem med en icke-korrekt ställd diagnos, och dessutom behöva komma tillbaka för ytterligare behandling, är verkligen slöseri med patientens tid.

I dagsläget förhåller sig akutmottagningen bra till det uppsatta målet med 4 timmars handläggningstid, och hamnar man under 4 timmar är det ofta enligt diagrammet inte långt ifrån 90 %. Risken med att ha ett enda tydligt uppsatt mål är att endast det prioriteras och att det infinner sig en nöjdhet hos medarbetare som lugnar känslan om att hela tiden jobba för att bli ännu bättre. Enligt princip 8 (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010) får ingen process och inget arbetssätt anses vara perfekt, utan bör ses som något som kan göras bättre. För att ytterligare kunna effektivisera patientflödet vore mer än ett tydligt delmål visualiserat och strävas efter, exempelvis att läkarundersökningen i 90 % ska ske inom 45 minuter.

Under tiden jag spenderat på akutmottagningen har jag flera gånger uppmärksammat både intressanta och något desperata synpunkter/åsikter och funderingar från medarbetare. Inte i det här fallet som är vidarebefordrade från patienter, utan deras egna. Det jag framför allt uppfattat, är att ingen utav dessa personer ifråga varit underrättad om den problematiken som synpunkterna handlar om bearbetas eller uppmärksammas i andra delar av organisationen.

Enligt lean-princip 8, (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010) så syftar begreppet Kaizen till att skapa en kultur där medarbetarna av egen drivkraft för förbättringsinitiativet vidare och för förbättringsarbetet framåt, med stöd av en stabil ledningsstruktur. Med fokus på lean och ständiga förbättringar, är det motsägelsefullt i mina ögon att uppmana anställda till ett rationellt tänkande och ifrågasättande utan att det finns ett enkelt verktyg för att registrera dessa tankar och idéers. För att undvika att anställda tappar sina tankar och idéer i fikarummet eller i bilen på väg till jobbet, men även för att de inte ska tappa suget att vilja vara med att föra verksamheten framåt ser jag det som en nödvändighet att ta fram ett verktyg sett för att anställda ska kunna lämna förbättringsförslag, som dessutom ofta är tagna direkt från verkligheten. Risken med anställda blir uppmanade och anstränger sig för att rationellt tänkande utan att bli sedda eller hörda, eller framförallt kanske bekräftade är en känsla av hopplöshet som mynnar ut i en stilla stående verksamhet.

En patient som besöker akutmottagningen berörs av flera flödesenheter under sitt besök, människor i form av vårdpersonal, maskiner bl.a. i form av röntgen och labbprov samt även information som ges utav vårdpersonal som indirekt flera gånger kommer från IT-stöd. Ett perfekt flöde för patienten skulle vara om röntgen- och labbflödet var 100 %, vilket skulle innebära att patienten inte skulle behöva vänta på de andra flödesenheterna. Att uppnå 100 % flödeseffektivitet på en akutmottagning med flera flödesenheter inblandade vågar jag påstå vara omöjligt.

Mitt arbete har vinklats utifrån hur bra en patient flyter genom systemet, och patientens upplevelse vilket har visat en låg flödeseffektivitet. Värdeflödesanalys som metod anser jag varit effektivt för att ta fram patientens upplevelse vilket gett överraskande reaktioner hos medarbetare på sjukhuset, och utifrån det finns möjligheter att kunna förändra och effektivisera verksamheten. Men för att undersöka och skaffa en korrekt bild av den faktiska verkligheten, hur bra en patient kan och ens har möjlighet att flyta genom systemet med den teknik som finns idag bör projektgruppen fortsatt utföra fler värdeflödesanalyser på alla berörda flödesenheter. I den bästa av världar skulle de flödesenheter som är mest tidskrävande starta så snart som möjligt (labb och röntgen), och sen skulle den kliniska undersökningen utföras. Då skulle man kunna arbeta med tre olika flödesenheter parallellt och där få en hög flödeseffektivitet för patienten. Dock finns det fler aspekter att beakta i det läget, exempelvis vikten av att få en läkarbedömning innan patienten ska röntgas eller lämna labbprover.

Dels för patientens bästa, men också för att undvika kostnader för onödiga åtgärder som inte är nödvändiga. Den optimala cancerutredningen har en flödeseffektivitet på 60-70 % bestående av värdeskapande tid, och resterande 30-40 % utav väntan dvs. icke värdeskapande tid för patienten, men för de andra flödesenheterna nödvändig (N. Modig, personlig kommunikation, 2012-10-29). För att ge en rättvis bild av hur hög flödeseffektivitet på akutmottagningen kan vara, bör i det fortsatta arbetet fler berörda flödesenheter kartläggas.

Enligt värdeflödesanalyserna synliggörs det att vårdgivarna brister i informationsrutiner under den tiden när patienten väntar. Kanske för att det är bortprioriterat vid stressade situationer, eller på grund av bristande förståelse för hur mycket som lite information kan betyda och göra skillnad i vissa sammanhang för patienten. Specifika rutiner för

omhändertagande utav gula och gröna patienter är onödigt, och dåligt utnyttjande av vårdgivare som behövs bättre i andra sammanhang, men att sätta fasta och tydliga informationsrutiner till de låg prioriterade patientgrupperna tror jag bara skulle bringa positiva effekter i upplevelsen av akutbesöket. En kan en outtalad oro hos en patient kan uppmärksammas av en erfaren sjuksköterska, men det tar tid att bli erfaren och verksamhetens erfarenhet hos vårdgivarna är på ett helt naturligt sätt ojämn. (Billgren, Chekol, Linder, Falck & Gebru. 1990). Det går inte att kringgå att medarbetare har olika lång och riklig erfarenhet, utan det finns både positiva och negativa aspekter angående det inom förbättringsarbeten. För att i alla fall försöka kringgå det som uppstår i en verksamhet relaterat till ojämn erfarenhet, problemet med att patienten känner sig bortglömd och bortprioriterad skulle ett införande av kontrollerade informationsrutiner underlätta situationen. Princip 4, (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010) tydliggör att en standard är en beskrivning hur en given process eller aktivitet ska utföras. Arbete med Lean inom sjukvården har påvisat att standardisering underlättar många arbetsmoment och sparar värdefull tid för både personal och patienter. Inom sjukvården finns många synpunkter som menar att sjukvården inte kan standardiseras eftersom behandlingen är patientspecifik, men Lean inom sjukvården syftar inte till att standardisera diagnoser och behandling, utan att standardisera rutinerna.

Genom en informationstavla som vårdgivarna egentligen bara ska använda till att ”checka av” när vårdgivaren ifråga gett information till patienten, kontrolleras där med att patienten uppdateras om läget på akutmottagningen, och känslan av att vara bortglömd och bortprioriterad reduceras. Princip 3 (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010) påvisar värdet av att skapa synlighet och en genomgående visualisering i verksamheten och att det är en viktig del av Lean-arbetet, som underlättar både planeringen och uppföljningen av de konkreta arbetsmomenten, mål – och resultatuppföljning och förbättringsarbete. I vissa fall anser jag det även vara nödvändighet med visualisering för att kontrollera att nya arbetssätt faktiskt följs, tills att det faller naturligt och blir rutiner. Även princip 5, (Eriksen, Fischer & Monsted. 2010) som förespråkar vikten av att tydliggöra ansvaret sammanstrålar inom det här området.

Visserligen ligger det yttersta ansvaret för Lean-arbetet hos ledningen, men det är inte tillräckligt med engagemang enbart från ledningen, utan alla medarbetare måste involveras. Genom att sprida ansvaret hos medarbetarna för att skapa bättre informationsrutiner mot patienten, skapar det en kultur där fler känner sig delaktiga och bidrar till verksamhetens löpande utveckling med patienten i fokus. För att Lean ska vara användbart och kunna ge resultat inom en organisation måste det förankras i företagskulturen, och att alla medarbetare är delaktiga i strävan efter ständiga förbättringar. Enligt Mikkel Eriksen, Thomas Fischer och Lasse Monsted (2010) är Lean ingen rationell skrivbordsövning, utan något som involverar verkliga människor som även är den viktigaste resursen i förändringsprocesser. Risken med Lean inom offentlig verksamhet är att metoder och verktyg blir påtvingat och att man inte lägger ner tillräckligt med tid för att påvisa syftet att arbeta med Lean, utan att man inför konceptet bara för att det är trendigt och för att det finns slående exempel på vilka underverk som Lean gjort inom andra organisationer.

Forskaren Niklas Modig säger i en intervju att ”Det går inte att kopiera Toyotas system rakt av, utan alla organisationer måste ta fram ett eget. Men Toyotas produktionssystem kan stå som förbild och inspiration. Det är därför Toyota vågar vara så öppna med sitt

produktionssystem” Alla organisationer måste skapa sitt eget Lean, det hjälps inte att använda samma verktyg och metoder som Toyota om inte medarbetarnas arbetssätt influeras och grundar sig på att skapa så mycket värde som möjligt för kunden och försöka eliminera det som är icke värdeskapande.

Det går inte att tvinga fram Lean, det måste vara en del av verksamheten och en del av människorna som har förstått syftet och vill arbeta för att hela tiden föra verksamheten framåt. Att lägga ner tid och arbeta med Lean utan allas delaktighet, kan istället för att skapa värde och ge lönsamhet kosta både pengar och dyrbar tid som inte ger något resultat alls.

Precis som att alla patienter är människor, är även vårdgivarna det. Människor med olika livssituationer, värderingar, behov och personligheter. Enligt Mikkel Eriksen, Thomas Fischer och Lasse Monsted (2010) skriver finns det människor som upplever Lean som ett hot och en personlig förlust när deras personliga arbetsplanering görs om till gemensam planering och ansvar, och att det därför är viktigt att inse och ha förståelse i Lean-arbetet att förändringar kan bli större och svårare än man förväntat sig.

Hotet och den personliga förlusten inom sjukvården tror jag till största delen handlar om rädslan att förlora friheten att kunna arbeta på sitt eget sätt, och att det både finns brist på uppoffringsförmåga och brist på insyn i hur mycket mitt arbetssätt påverkar någon annans. Som Sverige studien ställer sig frågan i sin undersökning om svenskarnas värderingar 2012, är våra arbetsplatser primärt till för de anställda och inte dess kunder? Finns det något negativt samband mellan medarbetarskap och kundfokus? Har individerna blivit så inlärda att dess egen utveckling är det som man ska fokusera på i arbetslivet att man glömmer vilka vi och våra organisationer finns till för? Har en välmående organisation vunnit mark på bekostad av välfungerande och väl presterande organisationer?

Författarna i undersökningen anser att det är nödvändigt som ledare att etablera ett tydligt och levande kundtänk i alla organisationer, oavsett bransch finns det en tydlig förändring mot ökad konsumentmakt och valfrihet att välja bland produkter och tjänster. Sjukhusverksamheter är inget undantag, men en utav svårigheterna med att få Lean med fokus på kunden och verksamhetsutveckling att förankras på ett sjukhus, är att till skillnad från näringslivet där man klart och tydligt ser vem som är kund och vilka behov som behöver tillfredsställas, ses patienten inte som en betalande kund som behövs för att verksamheten fortsatt ska kunna existera.

Människan kommer tyvärr med all säkerhet alltid bli mer eller mindre sjuk, och sjukvård kommer alltid att finnas och behövas. Men med ökad konsumentmakt och ökad valfrihet, tror jag att inom några år kommer patienters val av vårdgivare baseras mer och mer på kvalitet, service och flödeseffektivitet. Det kommer finnas en tydligare transparens mellan befolkningen och sjukvården, och därmed hårdare konkurrens. Nu läget idag återspeglar ett överflöd av patienter på akutmottagningar, men i framtiden kanske det till och med blir konkurrens om patienterna och att det starkaste sjukhuset överlever.

Enligt Asplund, Castrén, Ehrenberg, Farrokhnia et al. (2010) påverkar långa väntetider på akutmottagningen starkt patienternas tillfredsställelse gällande vården och påverkar i ett större perspektiv medborgarnas förtroende för hälso-och sjukvården i sin helhet. Billgren, Chekol, Linder, Falck et al. (1990) skriver även att patientens underförstådda önskningar och självinitierade behov är något som vårdpersonalen inte alltid tar med i sina beslut, vilket ofta beror på att vårdpersonalen är så inriktad på de rent medicinska behandlingarna och förbiser detta. Så frågan jag ställer mig är, när blir och kommer patienten att behandlas som en kund? Det krävs en förändring i attityder och värderingar hos vårdgivare för att se patienten som en betalande kund, men kanske framförallt för att ge service till en patient som om att det är en kund. Modig & Åhlström (2011) trycker starkt på att patienten direkt behov att söka vård, men även ett indirekt behov att känna sig trygg, bli professionellt bemötta, bli förstådda och informerade. Det är behov som har uppstått som en effekt av det primära behovet, och jag är helt övertygad om att de indirekta behoven kommer att behöva prioriteras högre i framtiden, för att dels vinna patienternas förtroende men kanske även lojalitet.

8. Reflektion

I detta kapitel reflekterar jag kring framtiden, sjukvården och min tid som praktikant.

Innan jag började praktiken var jag nervös och orolig för vad jag skulle kunna prestera och ge verksamheten i utbyte för att jag skulle få tillbringa en hel höst innanför deras väggar. Informationslogistikutbildningen i Ljungby består av en unik kombination av kurser, men har inte gett mig några djupare kunskaper inom något speciellt område som ekonomiutbildningar eller liknande. Så vad är det jag kan egentligen och framför allt, kommer jag vara i vägen? Har jag tänkt flera gånger under sommaren.

Med facit i hand kan man inte vara i vägen på Värnamo sjukhus, och aldrig har jag träffat så många uppmuntrande och tacksamma människor under ett och samma tak. Känslan av att vara en del av någonting är stor, oavsett egentligen vad det är. Resultatet utav ett varmt välkomnande och därmed min delaktighet i verksamheten, kan med största sannolikhet bidra till att jag verkligen, till varje pris har velat prestera och leverera. Är det kanske ett vinnande koncept? Att välkomna, tilldela och förlita sig på människor. I mina vildaste fantasier hade jag aldrig kunnat föreställa mig att jag som oerfaren student och 22-åring skulle stå och berätta mina upplevelser och åsikter för ledningsgruppen på Värnamo sjukhus. Fördelen med att vara oformad av vården, är att jag har varit som en arbetande patient och saker som är självklara för arbetande inom sjukhus verksamheter har varit allt annat än självklart för mig. Att ta in en student som mig med min utbildning är att välkomna ifrågasättande och rationalisering.

Innan jag började som praktikant på Värnamo sjukhus, hade jag inte den blekaste aning om vart jag skulle vända mig när jag hade ont i magen och kände att något var fel i min kropp för några månader sen. Jag kände mig både vilsen och stressad när jag i mitt sökande på Google inte hittade vart jag skulle vända mig för att få hjälp med mina smärtor. Ärligt talat så vet jag det knappt idag heller, även fast jag har fått bättre insyn i olika vårdprocesser genom min tid på sjukhuset. Kan en okunskap bland den svenska befolkningen och dålig information från myndigheter, vara ett resultat utav att inflödet och belastningen på akuten ökat de senaste åren? Akuten har alltid öppet och har man bara tid att vänta några timmar så får man åtminstone träffa en läkare och på så sätt kommer man åtminstone åt vården.

En utav de svårigheter som jag ser det med att generalisera och göra förändringar i vården, är att vården är en utav de få verksamheter som riktar sig mot en livslång målgrupp. Det finns patienter från 0-100 år. En målgrupp, men innehållande så många människor i så många olika faser i livet. Det som vore optimalt för mig som 22-åring, är kanske inte ens begripligt för den som är 84 år. Men något jag tror att hela vårdens målgrupp är rörande överens om är att: Vänta är tråkigt, jobbigt, oroväckande och ovisst. Vårdpersonal ska vara trevlig, glad, kunna lyssna och på något magiskt sätt kunna förstå det jag inte ens själv lyckas förstå eller uttala.

Jag ser på framtiden som ett tåg, ett tåg som än ingen riktigt vet vart det går ännu. Jag tror i alla fall att det kan vara värt att börja små jogga mot tåget redan nu, innan det avgår. Annars kan det bli väldigt svårt att få hoppa på, eller med största sannolikhet är det redan försent. Tåg-metaforen fungerar även bra i sammanhanget med attityder och strävan mot ständiga förbättringar hos medarbetare, för det är svårt att förändra en verksamhet om halva styrkan står kvar och tittar på perrongen när tåget rullar iväg.

Litteraturförteckning

- Asplund, K., Castrén, M., Ehrenberg, A., Farrokhnia, N., Göransson, K., Jonsson, H., Lind, L., Marké, L-Å., Norlund, A., Oredsson, S., Syversson, A., Säwe, J., Rognes, J., & Sahlin, N-E. (2010) *Triage och flödesprocesser på akutmot-tagningen*: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Billgren, B., Chekol, I-M., Linder, K., Falck, L. & Gebru, K. (1990) *Tyst kunskap - Något att lyssna till*. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, SHSTF
- Stenwall, B. (2009, februari) Därför är Toyota så öppna om Lean. *Intelligent Logistik*, annons 21.
- Jacobsen, D.(2002). *Vad hur och varför?* Studentlitteratur AB: Lund
- Jacobsen, D-I. & Thorsvik, J. (2008) *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur AB
- Kihlgren, A. L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B. & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 169-176.
- Landstinget i Jönköping, Johansson, E. (2012). *Landstingets Organisation*. Hämtad 2012-11-15, <http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=25615>
- Landstinget i Jönköping, Ringsten A-C. (2012). *Fakta om Värnamo Sjukhus*. Hämtad 2012-11-15, <http://www.lj.se/index.jsf?childId=5282&nodeId=24746&nodeType=12>
- Landstinget i Jönköping, Ringsten A-C. (2012). *Om Värnamo Sjukhus*. Hämtad 2012-11-15, <http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=24746>
- Lind, M. (2001). *Från system till process – kriterier för processbestämning vid verksamhetsanalys*. Linköping: Linköpings universitet
- Ljungberg, A. & Larsson, E. (2001) *Processbaserad verksamhetsutveckling*. Lund: Studentlitteratur AB
- Modig, N. & Åhlström, P. (2011) *Vad är Lean?* Stockholm: Stockholm School of Economics Institute for Research
- Morgan, G. *Organisationsmetaforer* (1999) Lund: Studentlitteratur AB
- Rother, M. & Shook, J. (2004). *Lära sig se*. Stockholm: Stiftelsen Plan Utbildning i samarbete med föreningen Lean Forum.
- Socialstyrelsen, (2012). *Patientsäkerhet*. Hämtad 2012-11-15, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>

Sverigestudien, (2012). *Sverigestudien 2012, synliggör våra värderingar*. Hämtad 2012-12-06, <http://sverigestudien.se/images/sverigestudien2012.pdf>

Thompson, D A., Yarnold, P R., Williams, D R. & Adams, S L. (1996). Effects of Actual Waiting Time, Percieved Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Paitent Satisfaction in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 28 (6), 657-665

Värnamo Sjukhus (2012) *Akutmottagningen Presentation* [Power-Point]. Värnamo: Värnamo Akutmottagning

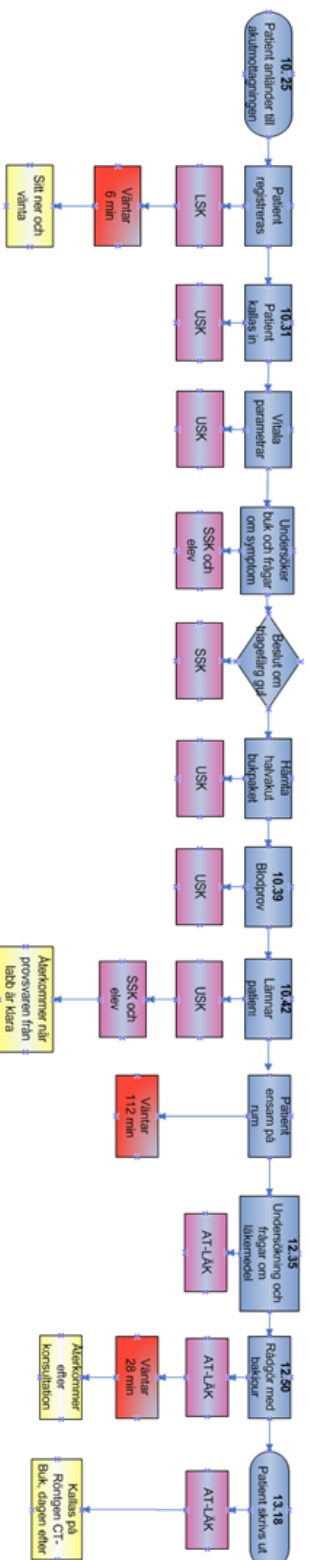
Buksmärtaprocessen

Värnamo akutmottagning

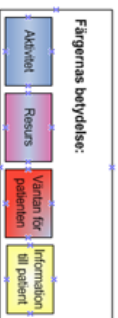
Patient 1

Kön: Man

Veckodag: Ons



Färgernas betydelse:



Total genomloppstid: 173 min

Värdeskapande tid: 27 min

Väntan: 146 min

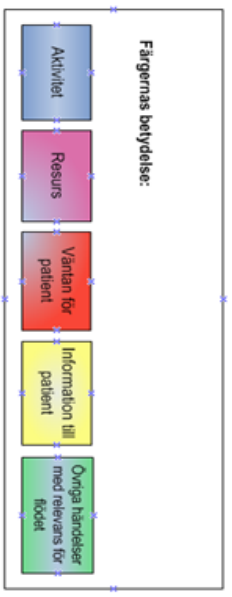
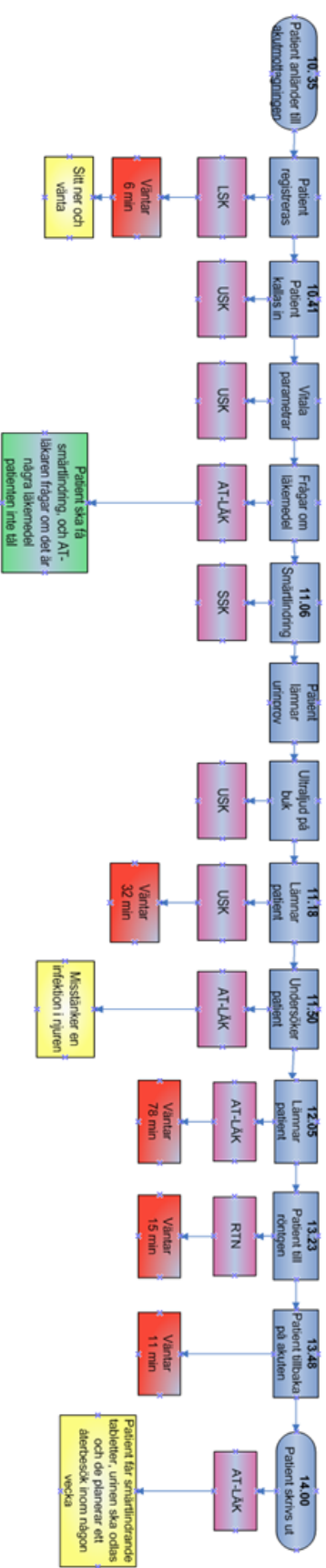
Flödeseffektivitet: 16%

Bilagor:
Bilaga 1

Buksmärtaprocessen

Värnamo akutmottagning

Patient 2
 Kön: Kvinna
 Veckodag: Tors
 Från: Västers Vårdcentral

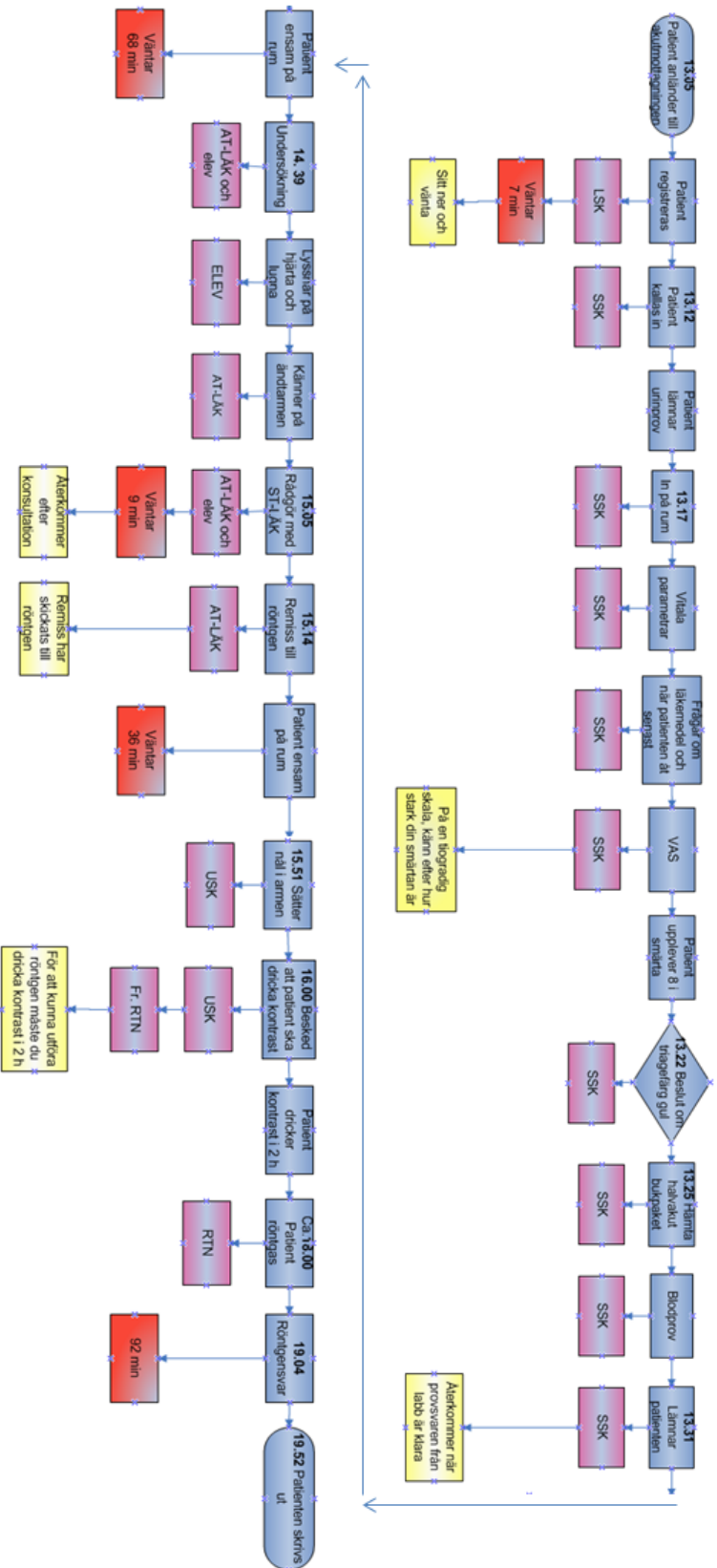


Total genomloppstid: 173 min
 Vårdskapande tid: 27 min
 Väntan: 196 min
 Flödeseffektivitet: 16%

Buksmärtaprocessen

Värnamo akutmottagning

Patient 3
 Född 56
 Kön: Kvinna
 Veckodag: Ons
 Från: Vaggeryds Vårdcentral

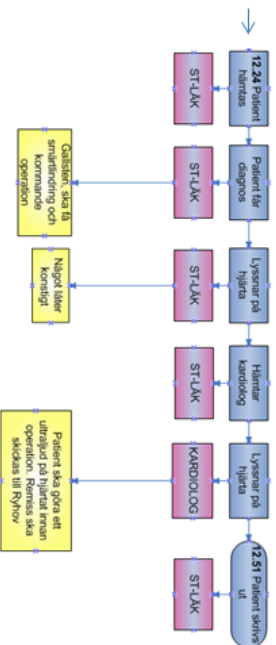
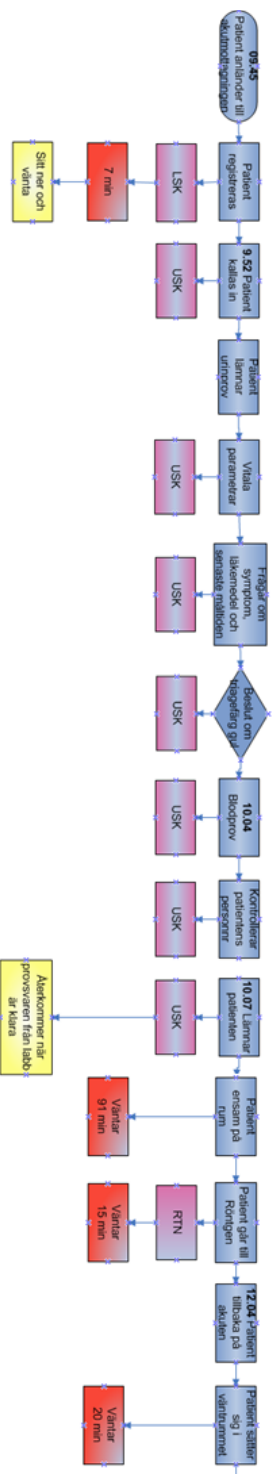


Total genomloppstid: 407 min
 Vårdskapande tid: 195 min (inkl. kontrast)
 Väntan: 212 min
 Flödeseffektivitet: 48 %

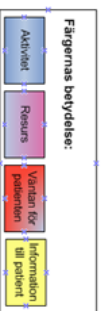
Buksmärtaprocessen

Värnamo akutmottagning

Patient 4
 Född: 80
 Kön: Kvinna
 Veckodag: Tors
 Från: Familjeläkaren i Smålandsstenar



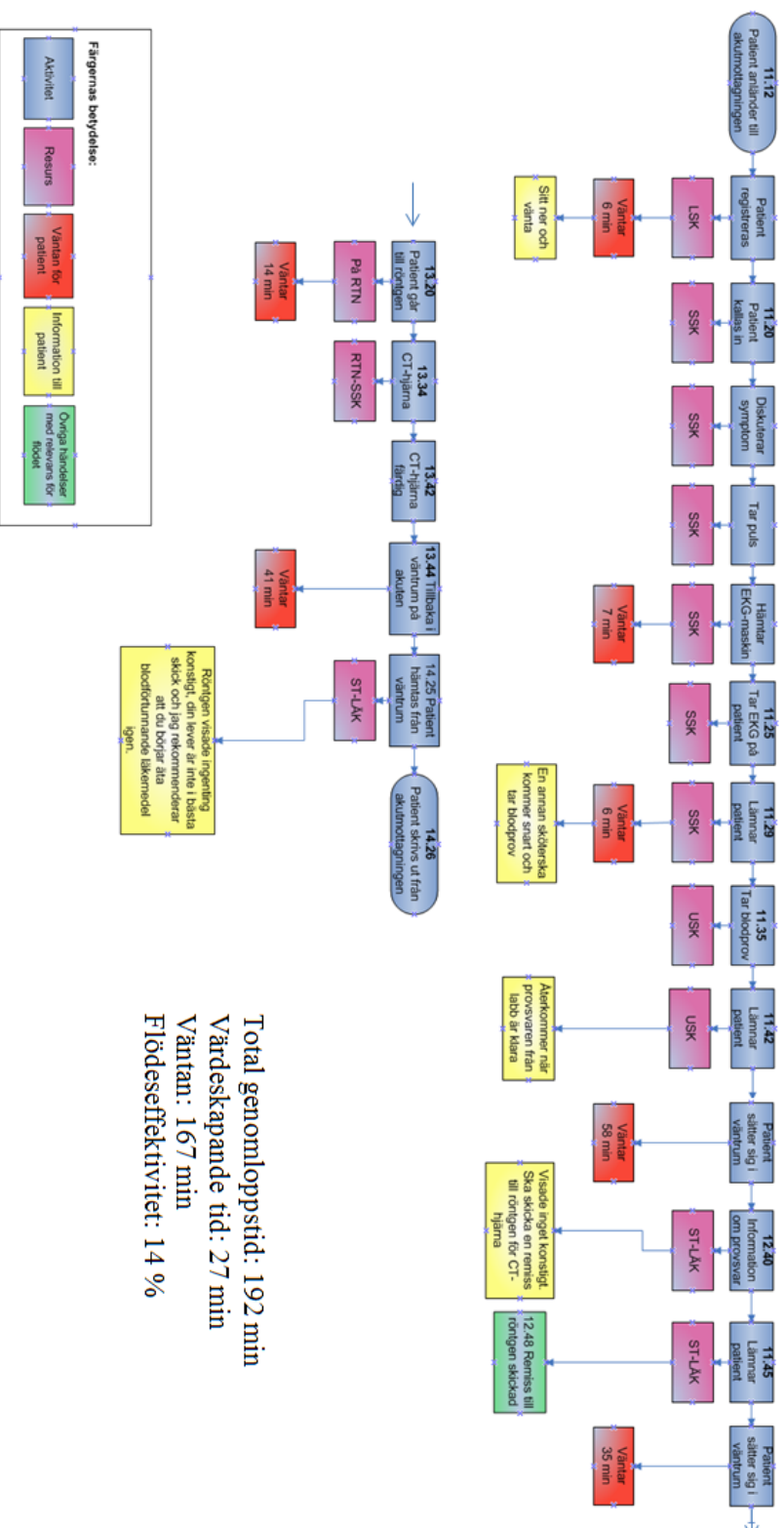
Total genomloppstid: 183 min
 Värdeskapande tid: 50 min
 Väntan: 133 min
 Flödeseffektivitet: 27 %



Yrselprocessen

Värnamo akutmottagning

Patient 1
 Född: 56
 Kön: Man
 Symptom: Yrsel och svimmat
 Från: Gislaveds vårdcentral
 Belastning på medicinakuten: Hög

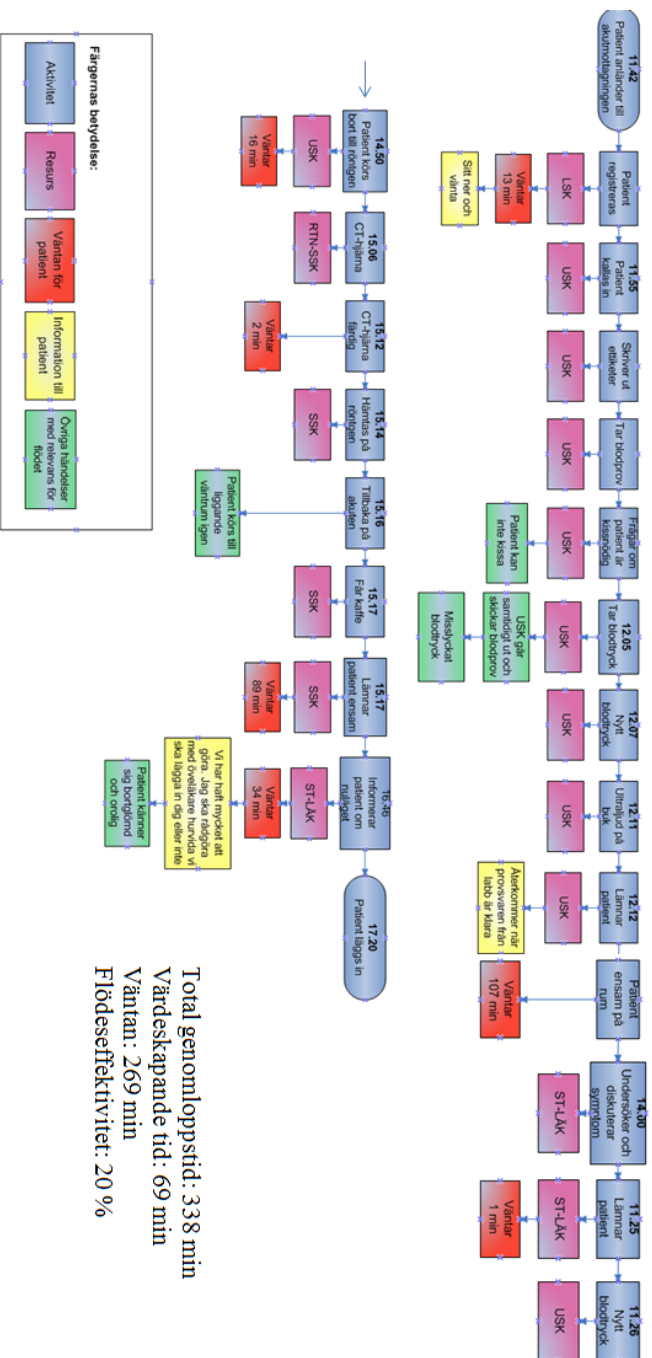


Total genomloppstid: 192 min
 Värdeskapande tid: 27 min
 Väntan: 167 min
 Flödeseffektivitet: 14 %

Yrselprocessen

Värnamo akutmottagning

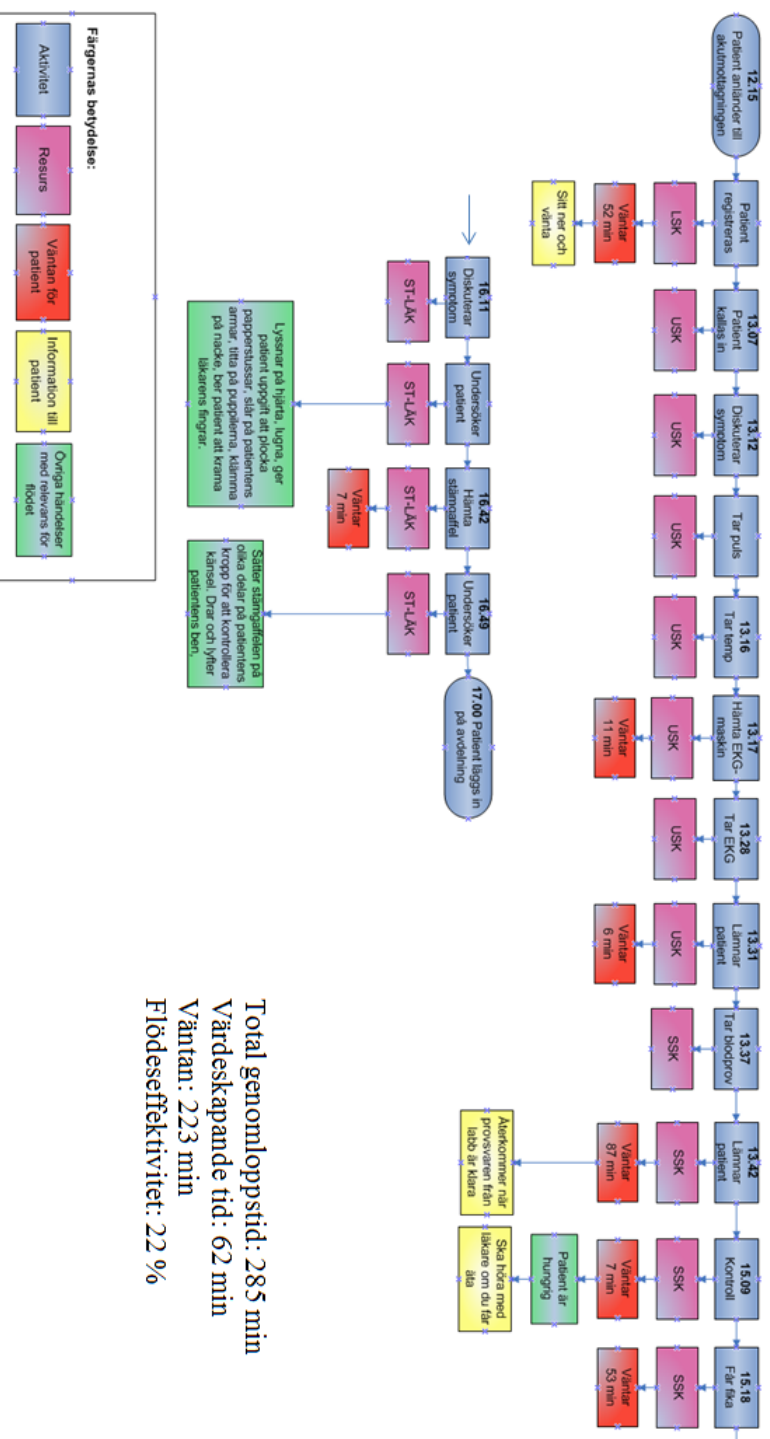
Patient 2
 Född: 25
 Kön: Kvinna
 Symptom: Yrsel och ramlat
 Från: Kom i ambulans
 Belastning på medicinakuten: Hög



Yrselprocessen

Värnamo akutmottagning

Patient 3
 Född: 23
 Kön: Kvinnan
 Symptom: Yrsel och domningar
 Från: Specialist läkargruppen i
 Värnamo
 Belastning på medicinakuten: Hög

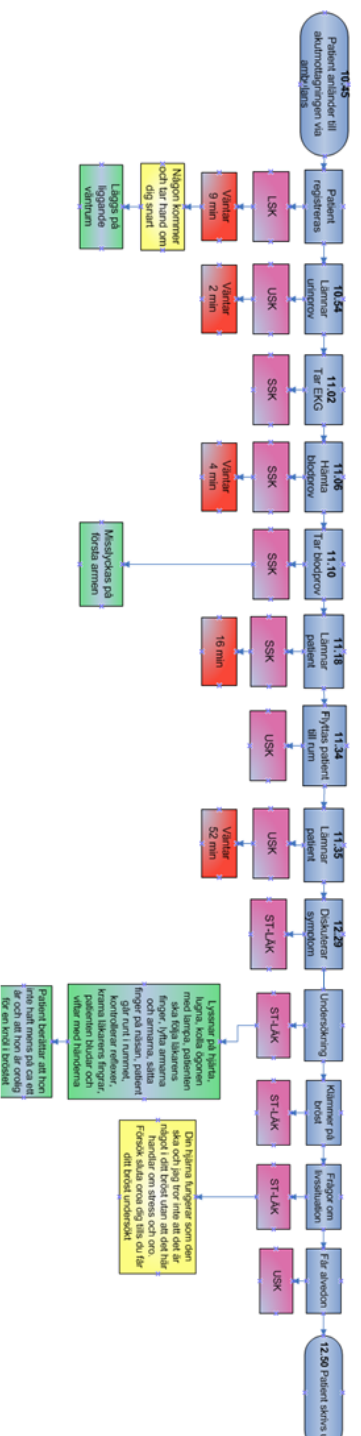


Total genomloppstid: 285 min
 Värdeskapande tid: 62 min
 Väntan: 223 min
 Flödeseffektivitet: 22 %

Yrselprocessen

Vårnämns akutmottagning

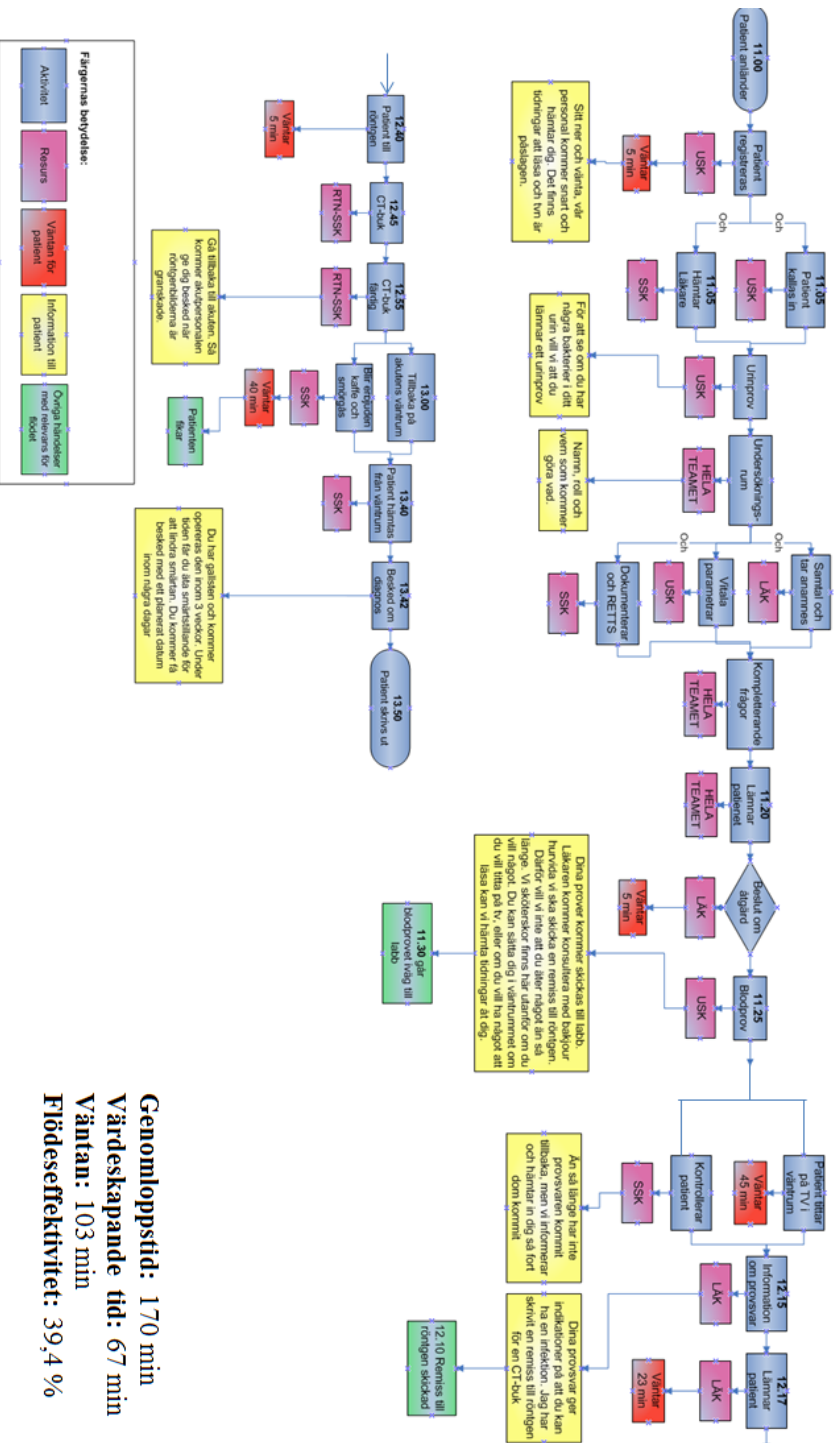
Patient 4
 Född: 66
 Kön: Kvinna
 Symptom: Yrsel och blek i ansiktet
 Från: Kom i ambulans
 Belastning på medicinakuten: Medel



Total genomloppstid: 125 min
 Vårdskapande tid: 37 min
 Väntan: 88 min
 Flödeseffektivitet: 30 %



Framtida bukflöde Värnamo Akutmottagning



Bilaga 10

Medicin akuten Datum: _____

Patient	Ankom	Rum	Checkat läget hos patient (Tid och vem som gjort det)
Anna A	12.00	1	13.02/Ida 13.56/Ulla 14.35/Ida
Lisa H	09.00	3	09.45/Charlotte 10.30/Lisbeth
Pelle J	10.30	2	11.47/Anne 12.45/Ida
Kalle D	11.45	6	12.50/Charlotte 13.40/Ulla
Hans Å	09.48	8	11.00/Marianne 12.10/Ulla 14.00/Charlotte