

EN STUDIE AV RÖRELSEN MOT EN PROCESSORIENTERAD SJUKVÅRDSORGANISATION

– eller hur man får upp strutsar ur sanden

Charlotte Becker, 22968

Anna Zdolsek, 22692

Health care costs in relation to GDP are escalating all over Europe and the Swedish health care industry is not an exception. Between 30 and 50 percent of resources used in health care are considered waste, in the sense that they do not contribute to increased health. This illustrates the big need for hospitals to become more efficient which is why many hospitals today are trying to move towards a process-oriented organization.

This paper therefore aims to identify the elements necessary for this type of organizational change, the barriers encountered when moving from a functional to process oriented hospital as well as how to overcome them.

The case study was conducted at Karolinska Universitetssjukhuset and shows the importance of not just transmitting a sense of urgency but also communicating that the upcoming change is long term. Furthermore, the study shows the importance of support functions such as it-systems and an organizational structure that supports the change agent as well as choosing this person wisely. Health care specific barriers are the lack of process management knowledge, strong professional hierarchies and individualistic culture, lack of integrated support systems, a vertical resource management as well as a big opposition towards management concepts from the outside. These barriers can be overcome by re-designing management concepts specifically for the health care sector through the removal of industrial terminology, emphasizing the long term goals and designing support as well as rewards systems underpinning the horizontal processes.

Keywords: health care, organizational change, value, process, barriers

Handledare: John Söderström

Kursansvariga: Karin Fernler, Laurence Romani

Framläggning: 2 juni 2015

TACK

Vi vill rikta ett stort tack till vår fantastiske handledare John Söderström, utan vars hjälp vi fortfarande hade stått som frågetecken inför det här med uppsatsskrivande. Tack för all ovärderlig feedback, ditt stora engagemang och tålamod.

Vidare vill vi tacka Eva Flock-Lindahl för värdefull input och hjälp under studiens gång. Tack för att du guidat två blivande ekonomer genom sjukvårdsdjungeln och möjliggjort den här studien.

Slutligen vill vi tacka alla som ställt upp på intervjuer, utan er hade vi inte haft något att skriva om. Vi vill även passa på att framföra ett extra stort tack till alla läkare vi träffat på Karolinska Universitetssjukhuset. Oavsett vilka slutsatser vi drar i den här uppsatsen vill vi få fram hur mycket vi beundrar det arbete ni dagligen utför, hur otroligt lärorika dessa samtal varit och att vi är djupt imponerade av det fantastiska engagemang ni visar, det lyser igenom i varenda intervju.

Anna & Charlotte

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INTRODUKTION	4
1.1 BAKGRUND	4
1.2 PROBLEMFORMULERING.....	6
1.3 SYFTE	7
1.4 FORSKNINGSFRÅGA	8
1.5 FÖRVÄNTAT KUNSKAPSBIDRAG	8
1.6 AVGRÄNSNING	9
1.7 DEFINITIONER OCH TERMINOLOGI	10
1.8 DISPOSITION	10
2. TEORETISK REFERENSRAM	11
2.1 VAD ÄR VÄRDEBASERAD VÅRD?	11
2.2 ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR	11
2.3 STYRSYSTEM	14
2.4 STRUKTURER I SJUKVÅRDEN	17
3. METOD	21
3.1 VAL AV METODIK	21
3.2 DATAINSAMLING.....	21
3.3 RELIABILITET OCH VALIDITET.....	25
4. EMPIRI.....	27
4.1 FALLORGANISATION: KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET	27
4.2 FALLSTUDIE: IMPLEMENTERING AV VBV PÅ KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET.....	28
5. ANALYS	34
5.1 ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGENS NYCKELOMRÅDEN.....	34
5.2 STYRSYSTEMENS INFLYTANDE	39
5.3 LÄKARGRUPPEN SOM ALLSMÄKTIG KRAFT.....	42
6. SLUTSATS OCH DISKUSSION	44
6.1 SLUTSATS KRING KAROLINSKAS FÖRÄNDRING MOT PROCESSORIENTERING	44
6.2 SLUTSATS KRING IMPLEMENTERING AV PROCESSLÖSNINGAR I SJUKVÅRDEN	45
6.3 EMPIRISKT OCH TEORETISKT BIDRAG	46
6.4 IMPLIKATIONER FÖR FALLORGANISATIONEN.....	47
6.5 FORTSATT FRAMTIDA FORSKNING.....	47
7. REFERENSLISTA	48
7.1 TRYCKTA KÄLLOR.....	48
7.2 ELEKTRONISKA KÄLLOR.....	50
8. APPENDIX.....	51

1. INTRODUKTION

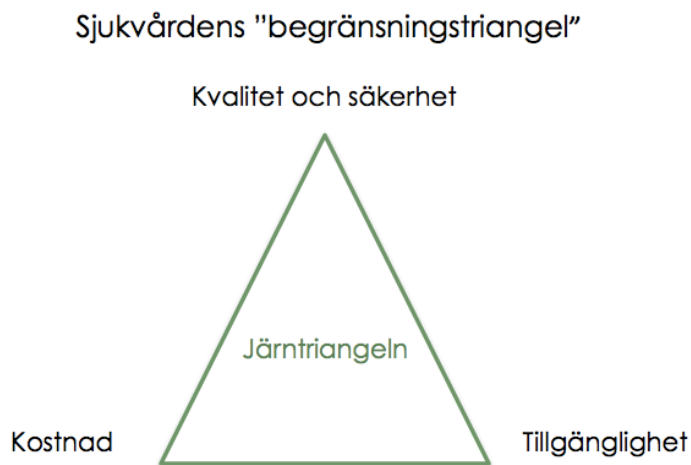
1.1 Bakgrund

1.1.1 Förändringsarbete i svensk hälso- och sjukvård

Idag utgör kostnaden för sjukvård nio procent av Sveriges BNP, en siffra som beräknas stiga till 12 procent år 2030 om ingenting förändras, varför kostnadseffektiviteten i svensk sjukvård måste ökas. Studier från bland annat Institute of Medicine visar att mellan 30 och 50 procent av vårdens resurser är slöseri i den bemärkelsen att de inte bidrar till förbättrad hälsa (Nordenström, 2014).

Att sjukvården är i behov av förändring är således tydligt och i princip samtliga sjukhus i Sverige har därför försökt ta till sig kunskap om flöden och värdeskapande, där patienten ska utgöra flödesenheten och eliminering av spill är essentiellt. Detta har lett till mer eller mindre lyckade försök att förändra arbets- och synsätt för att uppnå bättre vårdkvalitet till lägre kostnader. Genom att gå över till flödesorientering vill man skapa effektivare flöden, och på så sätt minska både vänte- och behandlingstider, samt minimera spill och kostnader. (Nordenström, 2014)

Få ämnen diskuteras och debatteras så mycket i Sverige idag som sjukvården. Oavsett om det gäller privata eller statliga aktörer handlar det om att förhålla sig till sjukvårdens så kallade begränsningstriangel (figur 1), att ta hänsyn till komponenterna kostnad, kvalitet och tillgänglighet, samt hur dessa förhåller sig till varandra. Politikerna sätter upp mål och lagstiftar för att öka tillgängligheten (HSL, 2015) och sjukhusen skriker då efter större resurser för att kunna möta dessa krav utan att för den delen gå ifrån sina kvalitetsmål. Sjukvården tävlar om kapital med andra essentiella samhällsfunktioner, så som utbildning och infrastruktur, varför utmaningen därför ofta blir att försöka möta de ökade kraven på tillgänglighet, korta vårdköerna, och bibehålla kvaliteten, utan tillgång till mer pengar.



Figur 1: Sjukvårdens begränsningstriangel, Nordenström (2014).

1.1.2 Värdebaserad vård på Karolinska Universitetssjukhuset

Ett sjukhus som har mångårig erfarenhet av flödescentrerad vård i Sverige är Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska). Sjukhusets strategiska plan beskriver att de ska arbeta med så kallad värdebaserad vård (VBV), med målet att uppnå: ”Så friska patienter som möjligt med en så låg resursåtgång som möjligt” (Karolinska Universitetssjukhuset, 2015).

I sin plan för den värdebaserade vården har de delat in patienterna i 284 olika patientgrupper baserat på diagnos, symptom eller multipla faktorer. Dessa grupper utgör flödesenheter vars väg genom sjukhuset kartlagts för att kunna skapa ett så effektivt och för patienten värdeskapande flöde som möjligt. Ansvarig för dessa patientflöden är den så kallade patientflödesansvariga (PFA) som med hjälp av ett multidisciplinärt team identifierar processen och relevanta utfallsmått för den specifika patientgruppen samt tar fram en handlingsplan med aktiviteter för att kunna förbättra processerna. För att kunna mäta förbättringar och följa upp arbetet utnyttjar man de nationella kvalitetsregisterna samt vidareutvecklar de patientrelevanta utfallsmåtten.

I genomsnitt samarbetar cirka fem enheter på Karolinska runt en och samma patient under ett vårdtillfälle varför PFA har ett övergripande ansvar för hela patientflödet och ”ska verka mot ett ökat värde för sitt patientflöde genom att definiera, äga och följa upp kvalitetsmått samt kostnads- och resursmått” (Karolinska Universitetssjukhuset, 2015). I dagsläget har Karolinska startat upp projektet med nio pilotgrupper som kommit olika långt.

Sjukhuset har tidigare arbetat med så kallade flödesledare (FL), vars roll liknade PFA, men tvingades avveckla rollen då man bland annat upplevde att flödesledarens mandat urvattnades. Den vertikala styrning som fanns då, och i stor utsträckning finns kvar idag, gick emot flödesorienteringens principer och personer som utsetts till FL hade inget formellt mandat, och fick därför inte gehör i sitt förändringsarbete.

1.1.3 Ledarskapets betydelse vid organisationsförändringar

Ett av de största hindren vid genomförande av organisationsförändringar, inte minst vid implementering av processlösningar så som lean, är just ledarskap och då främst avsaknaden av detta. Bland annat Åhlström och Modig (2012) samt Radnor och Boaden (2006) framhäver vikten av ett tydligt ledarskap när lean implementeras i en organisation då det är av stor betydelse att chefen tror på potentialen i, och har kunskap om, lean samt har förmågan att sprida engagemang i hela organisationen.

Även när man blickar utanför leanforskning är det tydligt att ledarskap är en viktig framgångsfaktor i förändringsarbete, oavsett om det rör industri eller sjukvård (Kash et al, 2014).

Ledarskapets centrala roll i förändringsarbete gör att PFA bedöms ha stor inverkan på hur implementeringen av Karolinskas förändringsarbete utvecklar sig. Den patientflödesansvarige blir en viktig symbol för flödesorientering och organisationens mest synliga förändringsagent.

Vidare är rollen som just flödesägare inom hälso- och sjukvård relativt outforskad empiriskt. Ett antal sjukhus har valt bort liknande roller på grund av svårigheter med mandatfördelning samt otydliga ledarskapsroller och även Karolinska själva har lagt ned ett liknande försök tidigare, vilket gör det än mer intressant att undersöka hur flödesägaren kan lyckas i sitt arbete och accepteras i sjukhusstrukturen.

1.2 Problemformulering

De enskilda klinikerna på Karolinska är vertikalt styrda där verksamhetschefen (VC) har både budget- och personalansvar. Införandet av den nya rollen PFA och motsättningarna i styrsystemen kan ses som ett exempel på processägande kontra linjeägaransvar.

I en enkät utvärderades PFA-rollen i ett tidigt skede och den frågeställning som utmärkte sig i sammanhanget var: *Har du som PFA tillräckligt mandat att genomföra förändringar genom hela flödet end-to-end?*

Frågan utmärkte sig eftersom den hade betyg 3 av 5 medan övriga frågor, exempelvis *"Har du som PFA stöd i din roll av närmsta berörda chefer?"*, fick betydligt högre svar. Även kommentarerna visade att det finns vissa otydligheter och implementeringssvårigheter när det gäller rollens mandat och ansvarsfördelning.

De patientflödesansvariga sitter på olika formella positioner i organisationsstrukturen vilket innebär att de kan tänkas möta olika utmaningar i sitt förändringsarbete.

Trots att Karolinska sett hur flödesledarnas mandat urvattnades, bland annat på grund av sjukhusstrukturen samt rollens avsaknad av faktiska befogenheter och tydlig plats i hierarkin, försöker de nu införa PFA-rollen utan att egentligen ha förändrat varken rollbeskrivning eller organisationsstruktur avsevärt. Flera element som ur ett teoretiskt perspektiv anses nödvändiga för organisationsförändringar saknades vid införandet av flödesledare vilket, i kombination med signalerna från PFA-enkäten, gör det intressant att studera de möjligheter och barriärer som finns den här gången. Således finner vi anledning att fokusera vår studie på just PFA:s roll i förändringsarbetet samt vilka barriärer som går att identifiera redan i pilotprojektet.

1.3 Syfte

Teorin visar att det saknades ett antal element nödvändiga för en framgångsrik organisationsförändring när flödesledarna infördes på Karolinska Universitetssjukhuset. Då Karolinska nu står i början av en ny organisationsförändring med en liknande roll som förändringsagent är det naturligtvis önskvärt att PFA:s mandat inte urvattnas på samma sätt som FL och att organisationsförändringen lyckas bättre.

Således blir uppsatsens syfte att identifiera och undersöka de hinder som PFA stöter på, hur denne kan lyckas i sitt förändringsarbete samt om de element som anses nödvändiga för organisationsförändringar finns på plats på Karolinska idag.

Syftet innefattar även att bidra med kunskap om vad som krävs för att en organisation ska lyckas gå från en funktionell till processororienterad sådan och då främst inom just hälso- och sjukvård. Studiens resultat kan inte bara ge Karolinska kunskap om hur man lyckas med flödesorientering i sjukvården utan även lära andra hälso- och sjukvårdsinrättningar.

1.4 Forskningsfråga

Studiens syfte mynnar ut i följande forskningsfråga:

Vilka utmaningar och problem uppstår när PFA ska leda förändringen från en funktionell till en mer processororienterad organisation?

1.5 Förväntat kunskapsbidrag

Kunskapsbidraget från denna studie förväntas vara insikter om vilka hinder som uppstår, inte bara för flödesledare utan även generellt, när en hälso- och sjukvårdsorganisation rör sig från ett funktionsbaserat arbetssätt till ett processororienterat.

På Karolinska Universitetssjukhuset förväntas dessa kunskaper bidra till utvecklingen av PFA-rollen samt implementeringen av värdebaserad vård. Detta är av stor betydelse eftersom målet VBV 2.0 innebär att 80 procent av Karolinska patientgruppsvolymer, ungefär 240 patientgrupper, ska styras enligt konceptet år 2018. Se ytterligare detaljer om utrullningen i appendix figur 12.

Generellt finns ett behov av mer forskning kring processlösningar samt implementering av dessa inom svensk hälso- och sjukvård. Detta på grund av att ett av problemen som tidigare identifierats vid den här typen av förändringsarbete är brist på tidigare forskning, vilket har två effekter. Dels att det generellt saknas forskning men även att det saknas framgångsexempel och lärdomar från dessa som kan bidra till bättre kunskap och implementering. Avsaknaden av den här sortens evidensbaserat stöd gör det svårt att få vårdpersonal att tro på, och verka för, förändringarna (Jacobsson, 2010).

Ytterligare en aspekt är att det idag finns ett relativt stort antal studier och vetenskapliga publikationer rörande värdebaserad vård som dessvärre ej är helt applicerbara på svensk hälso- och sjukvård. Majoriteten av publikationerna rör studier på amerikanska alternativt brittiska sjukhus varför stora delar av resultaten inte alltid är relevanta för svensk sjukvård. Detta beror bland annat på att styrsystem och finansiering skiljer sig stort mellan länderna. Den svenska modellen med tre självstyrande nivåer involverade, staten, landstinget och kommunen, liknar inte sjukvårdssystemen i varken USA eller Storbritannien. Att studera implementering av VBV och processlösningar i svensk kontext är viktigt för att identifiera vilka delar av den internationella forskningen som är överförbar samt vidare kunna utröna vilka områden som behöver studeras och utvecklas specifikt för Sverige (Nordenström, 2014).

1.6 Avgränsning

Studiens primära avgränsning är Karolinska Universitetssjukhuset och mer specifikt de patientgrupper med tillhörande patientflödesansvariga som ingår i pilotprojektet för värdebaserad vård.

I svensk sjukvård finns det vissa saker man inte kan förändra på sjukhusnivå då dessa styrs på landstings- och/eller statlig nivå. Därför har vi valt att avgränsa studien till de frågor som Karolinska äger och därmed kan påverka. Vi kommer således inte fokusera på ersättningssystemen från landstings- eller statlig nivå utan enbart de delar Karolinska kan influera. Även de komponenter av it-systemet som är utanför Karolinska ägo, exempelvis nationella kvalitetsregister och patientjournaler, kommer att avgränsas bort.

1.7 Definitioner och terminologi

Term	Beskrivning
Multidisciplinärt team	Ett arbetslag som sträcker sig över verksamhetsgränserna där representanter från olika enheter i patientflödet ingår.
Patientflöde	Vårdkedja patienten färdas genom exempelvis akutmottagning, hälsoprofessioner, röntgen osv. (se appendix figur 13). Flödets början räknas från det att patienten ankommer och blir omhändertagen på sjukhuset till dess att uppföljning genomförts vilket tidsmässigt varierar beroende på flödestillhörighet.
Patientflödesansvarig (PFA)	Läkare med huvudsakligt ansvar för en viss patientgrupp. Har i uppdrag att öka värdet för patientflödet genom att definiera, äga och följa upp kostnads- och resursmätt. Tydliggör förbättringsområden och utvecklar samarbetsformer kopplade till patientens hela vårdepisod (se appendix figur 14).
Patientgrupp	Patienter, grupperade efter diagnos, symptom eller multipla faktorer som har liknande behov och förväntas färdas genom samma vårdkedja.
Verksamhetschef	Läkare med budgetansvar för verksamhetsområde (se appendix figur 18).
Värde	Beskrivs av Nordenström (2014) som: Upplevd nytta av vad sjukvården bidrar med i relation till resursutnyttjandet (kostnaden). Definieras enligt Porter (2014) som: $\text{Värde} = \frac{\text{Patientrelaterade utfall}}{\text{Kostnad för utförande}}$
Patientrelaterade utfall	Måts utifrån utfalls-och processmått: Utfallsmåtten är resultatet av aktiviteter, processer eller program och speglar en sammantagen effekt av olika vårdprocesser. Processmått beskriver den framgång och effektivitet vårdarbetet medfört. (Nordenström, 2014)
Värde (Operativ definition)	Kvaliteten av utfallet [biologiskt + funktionellt + patientnöjdhet] + Kvaliteten i vårdprocessen [evidensbaserad vård + patientupplevelse] / Kostnad (medicinska och sociala kostnader) (Nordenström, 2014)
Värdebaserad vård (VBV)	Ramverk för en rad insatser, åtgärder och metoder inom vården som leder till ett bättre värde för patienten med mål att uppnå så friska patienter som möjligt med en så låg resursåtgång som möjligt. (Nordenström, 2014), (Karolinska Universitetssjukhuset, 2015)

Figur 2: Definitioner, modifierade utifrån Karolinska Universitetssjukhuset (2015), Nordenström (2014) och Porter (2014).

1.8 Disposition

Efter detta inledande avsnitt presenteras i kapitel två den teoretiska referensramen och tidigare forskning följt av kapitel tre där valet av metodik förklaras närmare. I empiridelen, kapitel fyra, presenteras fallstudien från Karolinska Universitetssjukhuset. Därpå följer analysavsnittet, kapitel fem, där empirin analyseras utifrån den valda teoretiska referensramen. Slutsats och diskussion presenteras i det sjätte kapitlet som avslutas med lärdomar och förslag på vidare forskning.

2. TEORETISK REFERENSRAM

I detta avsnitt redogörs för de teorier samt den tidigare forskning som utgör uppsatsens teoretiska referensram och senare används för att analysera empirin. Då omorganisationen från funktionsstyrning till processororientering inom just hälso- och sjukvård är ett relativt outforskat område kommer uppsatsen ta sin ansats i en förhållandevis bred teoriram.

2.1 Vad är värdebaserad vård?

Värdebaserad vård är ett strategiskt ramverk som bland annat innefattar att sjukvården skall omorganiseras utifrån patienters medicinska behov och där utfall och kostnader mäts för varje enskild patient för att kunna beräkna tillfört värde. Vidare innefattar strategin även en mer integrerad vårdkedja samt utveckling av it-system och introduktion av nya ersättningssystem (Porter, 2014).

2.2 Organisationsförändringar

2.2.1 Varför sker organisationsförändringar?

Vi lever i en ständigt föränderlig värld där organisationer oavbrutet måste anpassa sig till omgivningens krav och efterfrågan för att överleva. Dawson (2002) delar upp de, inom forskningen generellt accepterade, faktorer som driver organisationsförändringar i två; inre och yttre. Till de yttre faktorerna räknas händelser i organisationers omgivning så som politiska beslut, marknadens globalisering, konkurrens, efterfrågan och konjunkturläge. Vidare innefattas likaså avgörande politiska eller sociala händelser, teknologisk utveckling och nya innovationer. Även tillväxt och expanderings av enskilda organisationer, något som bedöms öka vikten av samordning och ofta innebär ändrade arbetsförhållanden, räknas till de yttre faktorerna.

Bland de inre drivande påtryckningarna återfinns vald kärnverksamhet, människor, administrativa strukturer samt återigen teknologirelaterade aspekter så som automatisering (Dawson, 2002).

Även Tanner och Oakland (2007) delar upp de faktorer som driver organisationer mot förändring i interna och externa. Tanner och Oakland (2007) drar slutsatsen att de interna

faktorerna är variabler beroende av de yttre faktorerna och menar att till exempel omgivningens ökade efterfrågan av en viss produkt, en extern faktor, kommer att öka organisationens vilja att förbättra processer samt produktkvalitet, två interna faktorer. Dessa påtryckningar gör att organisationen och medarbetarnas beteenden förändras samt leder till en efterfrågan på nya managementkoncept för att åtgärda problem i organisationen (Burke och Litwin, 1996). Ett återkommande byte av managementkoncept, samt införandet av nya förändringsprojekt gång på gång, leder till att de anställda tröttnar på förändringsarbetet, känner ett lägre engagemang samt riskerar att bränna ut sig (Bernerth, Walker, Harris, 2011).

Även generella normer anses vara en typ av yttre organisationspåtryckningar och Fernler (1996) förklarar dessa som tankar eller idéer om hur någonting är eller bör vara. De generella normerna förespråkas framförallt i organisationernas omgivning och behöver inte nödvändigtvis ha stöd i lagstiftningen utan organisationerna väljer själva att uppfatta normerna som regler vilka de således anpassar sig efter. Meyer och Rowan (1977/92), DiMaggio och Powell (1983), citerade i Fernler (1996, s. 20), menar att orsaken till de generella normernas påverkan bottnar i att dessa framställer användningen av vissa strukturer som lämpliga, naturliga och självklara för varje legitim, demokratisk, effektiv och moden organisation. Utöver detta beskriver Fernler (2012) också att lösningar avsedda för specifika branscher och organisationer importeras i helt andra typer av organisationer där analyser om huruvida modellerna är lämpliga för mottagarorganisationerna saknas.

2.2.2 Framgångsfaktorer vid organisationsförändring i sjukvården

Gemensamt för Kanter, Kotter, Luecke och Youngs modeller för framgångsrik implementering av organisationsförändring är att identifiera och understödja ledarskap (Kash et al, 2014), vilket gör rollen som patientflödesledare intressant.

Kash et al. (2014) identifierar likt Kotter (1995) bland annat starkt ledarskap, effektiv kommunikation och förmåga att engagera medarbetarna i förändringsarbetet som viktiga faktorer vid organisationsombildningar. Dock argumenterar Kash et al. (2014) för att den inbördes rangordningen av faktorernas betydelse för implementeringen skiljer sig något i sjukvården. De viktigaste framgångsfaktorerna som identifierats för hälso- och sjukvården är

förankring av förändringarna i organisationskulturen, förståelse för processlösningar, engagemang hos personalen samt servicekvalitet och kundfokus (Kash et al., 2014).

2.2.3 Framgångsfaktorer för organisationsförändringar

Kotter (1996) har identifierat åtta steg som krävs för att lyckas med en organisationsförändring. Det första steget till förändring är att skapa en känsla och ett behov av att förändras bland de anställda. Om personalen inte känner att förändringen är akut nödvändig kommer implementeringen inte lyckas (Kotter, 1995).

Vidare måste en grupp med förtroende, delad vision samt engagemang och styrka att leda förändringen skapas. Denna bör komponeras för att innehålla personer med makt genom: position, kompetens, förtroende och ledarskap. (Kotter, 1996)

Övriga faktorer som Kotter (1996) menar är nödvändiga för ett framgångsrikt utbildningsarbete är att skapa, formulera samt förmedla en tydlig vision. Kotter (1996) framhåller specifikt vikten av att agera i linje med den vision man vill förmedla och menar att om nyckelpersoner uppvisar ett beteende som går emot förändringsvisionen överskuggar detta övriga former av kommunikation. Vidare måste organisationsstrukturen modifieras så att gamla system inte underminerar förändringsvisionen och anställda måste ha rätt befogenheter för att kunna arbeta utefter de nya riktlinjerna (ibid). Även kortsiktiga vinster och delmål är av betydelse samt förmågan att förankra de nya rutinerna i organisationskulturen.

Enligt Kotter (1996) är organisationer med kulturer som traditionellt motverkar förändring, exempelvis professionsorganisationer, i kombination med chefer som ej behärskar förändringsledarskap katastrofalt för utbildningsarbete.



Figur 3: 8 steg till framgångsrik förändring (Kotter, 1996).

2.3 Styrsystem

2.3.1 Från funktionsstyrd till processororienterad organisation

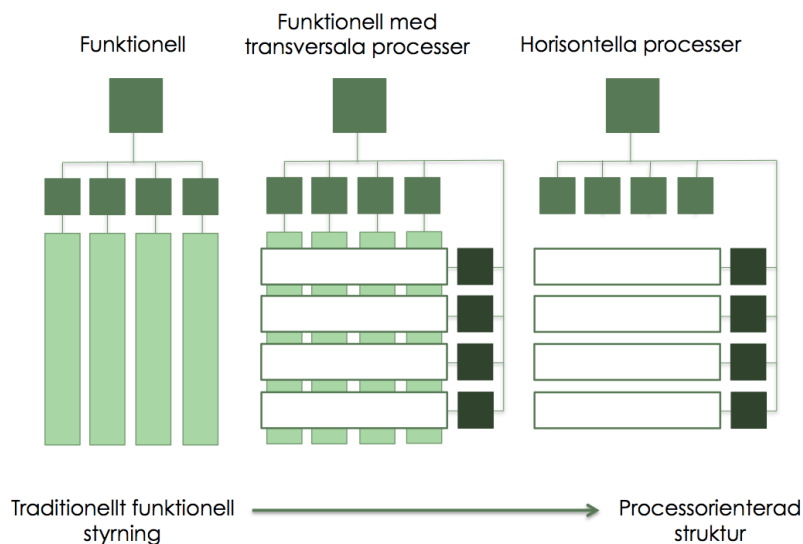
Med utgångspunkt i Nilssons (2003) och Östmans (1993) beskrivningar av styrning definieras detta i uppsatsen som processer där chefer och medarbetares beteende, grundat i någon form av avsikt, ämnar få medarbetare och enheter att handla med organisationens gemensamma målsättning i åtanke. Yttre styrimpulser ges till organisatoriska enheter genom vertikalleds- och horisontalprocesser. Vertikalledsprocessen verkar mellan ägare, ledning samt medarbete och horisontalleden mellan enhetens resurstillhandahållande sida och den resursmottagande sidan (Östman, 1993).

Enligt Seddon (2005) är samhällets organisatoriska tänk rotat i normer av toppstyrande hierarkier. Chefer styr sina anställda i isolerade enheter med egna produktionsmål, standarder, riktlinjer och budgetramar där beslutsfattande är separerat från operativt arbete. De flödesorienterade styrprocesserna står i kontrast till den traditionella verksamhetsstyrningens logik och grundsyn (figur 4) eftersom fokus istället är på helheten med kunden som utgångspunkt, ett så kallat utifrån och in-synsätt. Istället för styrning och kontroll av funktionella enheter handlar den processororienterade styrningen om anpassning till kunders varierande efterfrågan, integrerade arbetssätt och beslutsfattanden samt ökad samverkan enheter emellan (Seddon, 2005). Även verksamhetslärande, inneboende motivation och eliminering av slöseri är grundpelare i den processororienterade styrningen (Seddon, 2005).

Traditionell verksamhetsstyrning		Processororienterad styrning
Toppstyrning, hierarki	Perspektiv	Utifrån och in, processer
Funktionell	Utformning	Efterfrågan, värde och flöde
Separerat från arbetet	Beslutsfattande	Integrerat med arbetet
Produktion, mål, standarder: i relation till budget	Mätning	Förmåga, variation: i relation till syfte
Kontraktsmässig	Inställning till kunder	Vad är viktigt för kunden?
Kontraktsmässig	Inställning till återförsäljare	Samverkan och samarbete
Hantera människor och budgetar	Ledningens uppgift	Förändra systemet
Kontroll	Grundsyn	Lärande
Reaktiv, projekt	Förändring	Anpassningsbar, integrerad
Yttre, utifrån	Motivation	Inneboende

Figur 4: Skillnader mellan traditionell verksamhetsstyrning och processororienterad styrning (Seddon, 2005).

Paim, Caulliraux och Cardoso (2008) identifierar tre olika styrningsprocesser (figur 5), funktionella organisationer med vertikala processer, funktionella organisationer med transversala processer samt processororienterade organisationer med horisontella processer.



Figur 5: Styrningsprocesser (Paim, Caulliraux och Cardoso, 2008).

I den processororienterade strukturen råder processlogik, vilket innebär att man uppmärksammar och implementerar tvärfunktionella förlopp samt låter organisationsstrukturen baseras på dessa (Paim, Caulliraux och Cardoso, 2008). I arbetet med dessa flöden är kundens efterfrågan i fokus och förändringsområden identifieras med avsikt att förbättra kundens upplevelse (ibid).

Resurserna allokeras med hänsyn till de tvärfunktionella processerna och utveckling av system för utvärdering med hjälp av utfalls- och prestationsmått anses vara av stor betydelse (da Silva, Damian och de Pádua, 2012)

I den funktionella organisationen med transversala processer är avsikten att låta processerna understödja koordinationen av arbetet medan bibehållandet av specialiserade enheter avser att undvika uppkomsten av två auktoritetslinjer (Paim, Caulliraux och Cardoso, 2008). En funktionell struktur med transversala processer kräver hög samordning av de anställda (ibid).

Vidare har da Silva, Damian och de Pádua, (2012) identifierat åtta huvudsakliga barriärskategorier för när en funktionell organisation ska bli processororienterad, vilka sammanfattas i figur 6 nedan.

Barriärer till framgångsrik implementering av processorientering
Teknologirelaterade aspekter
Organisationskultur
Låg kunskap om processorienterat arbetssätt
Svag samordning mellan metod, teknik -och verktygsanvändning i verksamhetens olika delar
Svag kultur för processorienterad styrning i organisationen som helhet
Svagt ledarskap och låg involvering av operativt verksamhetsanställda
Låga incentiv, belöningar och uppmuntrande av nya arbetssätt och processer
Inga eller illa tillvaratagande av resurser för ett processorienterat synsätt

Figur 6: Barriärer vid implementering av processorienterat arbetssätt (da Silva, Damian och de Pádua, 2012).

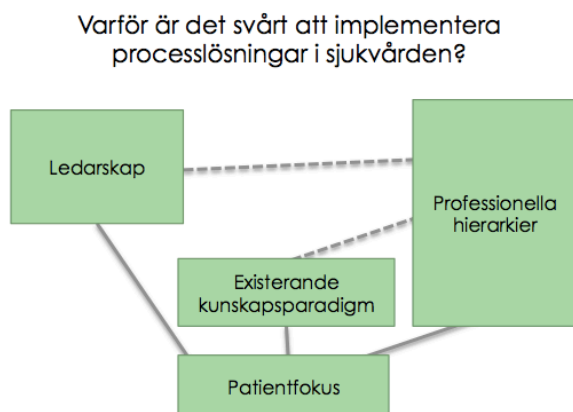
2.3.2 Funktionsindelade och verksamhetsstyrda sjukhus

Sjukvården har sedan länge varit funktionsindeldad, det vill säga indelad i "silon" som utgörs av enheter specialiserade på olika områden. De har sina egna planeringar, agendor och arbetar både separat och individuellt. Dessa enheter kännetecknas ofta av låga nivåer av integration sinsemellan (Glouberman och Mintzberg, 2001).

Inom sjukvården förekommer främst två parallella styrprocesser, den vertikala mellan ägare, ledning och medarbetare samt den horisontella, mellan de medarbetare som utför tjänsten och de som brukar tjänsten. Den vertikala styrprocessen har sin grund i det finansiella med så kallade finansiellt avgränsade enheter, medan den horisontella styrprocessen istället grundar sig i verksamhetsutförandet och patientens upplevelse. I den sistnämnda har samverkan mellan enheter en stor betydelse. (Kraus och Lind, 2008)

2.3.3 Barriärer vid implementering av processlösningar i sjukvården

Jacobsson (2010) har identifierat tre huvudgrupper; ledarskap, existerande kunskapsparadigm och professionella hierarkier, som hänger samman med olika uppfattningar kring vem som är kunden (patientfokus) och förhindrar implementeringen av processlösningar i sjukvården. Dessa illustreras i figur 7. Läkarprofessionen, med sin särskilda hierarki, har även inflytande över de existerande kunskapsparadigmen samt ledarskapet, vilket illustreras med streckade linjer.

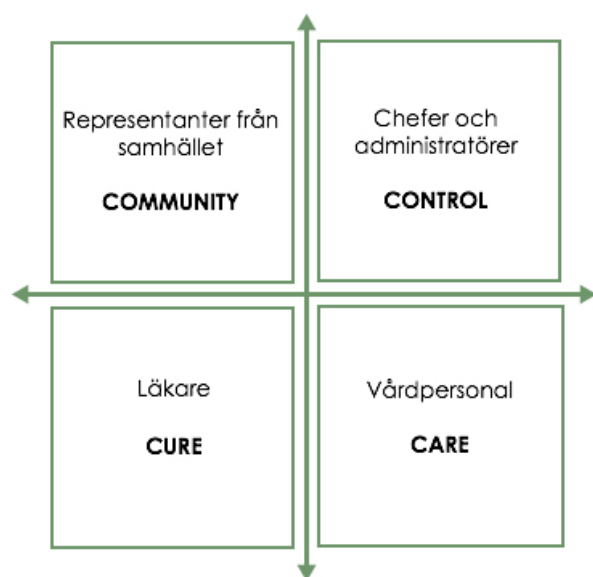


Figur 7: Hinder vid implementering av processlösningar i sjukvården, (Jacobsson, 2010).

2.4 Strukturer i sjukvården

2.4.1 Sjukvårdens fyra världar

Enligt Glouberman och Mintzberg (2001) kan svårigheten i att styra och förändra sjukvården förklaras med att sjukhuset inte är en enhetlig organisation utan fyra, med olika strukturer som arbetar oberoende av varandra. De fyra grupperingarna läkare, vårdpersonal, chefer och representanter från samhället, är samtliga nödvändiga i sjukvårdssystemet men har inkompatibla strukturer med olika ståndpunkter och tankar kring vad som är värdeskapande samt vem som är kunden (ibid).



Figur 8: Sjukvårdens fyra världar (Glouberman och Mintzberg, 2001)

Läkargruppen ser sjukhus som en plats att utföra sitt arbete på snarare än en arbetsgivare med bestämmande inflytande och definierar sin roll främst i relation till patienten, inte till cheferna och sjukhusledningen (Glouberman och Mintzberg, 2001). Lojaliteten ligger inom yrkeskåren och hierarkin är starkt knuten till utbildningsnivå och status. Chefskap har i den här strukturen låg status och chefer anses ofta vara onödiga vilket gör att förståelsen för, och tilltron till, ledarskapsteorier och management är låg (ibid). Rådande uppfattning är att chefer och administratörer, framförallt de som inte jobbar kliniskt, saknar tillräcklig anknytning och förståelse för själva vårdverksamheten, vilket får läkarna att, i den mån det går, bortse från deras formella makt och de organisationsscheman som finns (ibid). Inom läkargruppen är hierarkin baserad på medicinsk utbildningsgrad och specialisering medan det i chefsgruppen råder en administrativ hierarki sprungen ur organisationsschemat. För läkargruppen är de administrativa hierarkierna betydligt mindre väsentliga än hierarkier utefter medicinsk utbildningsgrad och specialisering (Glouberman och Mintzberg, 2001).

De största klyftorna i Glouberman och Mintzbergs (2001) matris (figur 8) är de diagonala, det vill säga mellan chefer och läkare samt mellan samhällsrepresentanter och vårdpersonal.

Läkargruppen kan till exempel relatera till och skapa koalitioner med vårdpersonalen på grund av den snarlika yrkesidentiteten och utöver det bygga relationer till samhällsrepresentanter via status. De senaste åren har den formella makten dessutom förflyttats från läkarna till cheferna vilket har satt läkarnas autonomi på spel och fördjupat klyftan ytterligare (Glouberman och Mintzberg, 2001).

Enligt Glouberman och Mintzberg (2001) är hälso- och sjukvården i stort behov av ledare som inte enbart är specialister hemmahörande i en av de fyra världarna utan har förmågan att överbrygga de befintliga klyftorna. Det saknas en större förståelse bland läkarna för organisationsprocesser samt bland chefer en djupare förståelse för de kliniska processerna.

2.4.2 Tribalism och dubbelt ledarskap

Ett relativt vanligt förekommande fenomen inom professionsorganisationer, dit sjukvården klassas, är tribalism och revirtänk (Bate, 2000). Akademiker är enligt Bate (2000) ovilliga att underordna sig andra och ställa sig bakom organisationens mål om de inte stämmer överens med deras egna. Vidare kan de inte ledas enligt traditionella hierarkiska system då chefspositionen inte har någon större legitimitet i deras värld (ibid).

Både på individ- och klinisknivå ligger fokus på den egna verksamheten och övriga enheter ses därför som konkurrenter. En vanlig uppfattning är att endast en vinnare kan finnas och kampen om sjukhusets resurser i kombination med synsättet på enheterna som fristående öar skapar en rivalitet inom sjukhuset som inte gynnar patienten. Energi läggs på att motverka kollegor och andra enheter vilket leder till låsningar i organisationen och förhindrar implementering av förändringar som förbättrar för patienten. I en professionsbyråkrati, som i grunden är stabilitetsorienterad snarare än förändringsorienterad, är detta ett stort hinder vid förändringsarbete och gör det svårt att få de anställda att ta hänsyn till det övergripande målet. (Bate, 2000)

Beckerman (2008) uttrycker även att det dubbla ledarskapet, som innebär att sjukhuset leds både av den administrativa och den medicinska kompetensen, är karaktäristiskt för hälso- och sjukvården. Det dubbla ledarskapet mynnar ut i att administration och ledning ofta är oeniga med kliniker om hur framtiden bör se ut samt vilka förändringar som är relevanta och bör prioriteras (Beckerman, 2008).

2.4.3 Professionella hierarkier och läkares yrkesidentitet

Sjukvården är en professionell organisation där personalen består av personer som tillhör professionella yrkesgrupper. Framförallt universitetssjukhusen präglas av såväl formella som informella hierarkier (Glouberman och Mintzberg, 2001). Samarbete över specialistgränserna är centralt i processlösningar inom vården vilket innebär att hierarkierna får stor inverkan på implementeringen av förändringar (Jacobsson, 2010).

Det finns en särskilt stark yrkesidentitet kopplad till läkarrollen och arbetssättet är traditionellt sett individuellt inriktat. Effektivt samarbete mellan processteg saknas därför ofta och sjukvården kännetecknas av hög grad av differentiering och låg nivå integration (Glouberman och Mintzberg, 2001).

Sjukhusets avdelningar är organiserade i kompetensfack utefter medicinsk specialitet. Patienter blir inplacerade i fack beroende på diagnos och när behandling av patienter sker inom det egna facket behövs liten diskussion läkare emellan när vården utförs (Jacobsson, 2010). Även Filingham (2007) betonar att när en patient placeras i ett fack antas samordningen för patientens olika steg genom sjukvårdsinstanserna utföras av någon person eller avdelning med rätt kompetens. Svårigheter uppstår när en patient inte tydligt tillhör en viss enhet då kommunikation

och koordinering professioner och enheter emellan stundtals fungerar bristfälligt (Jacobsson, 2010), (Filingham, 2007).

2.5 Teoretisk modell för förändring mot ett processorienterat arbetssätt

De teorier och modeller som tagits upp tidigare i kapitlet har här sammanfattats av författarna i en undersökningsmodell. Denna kommer användas som utgångspunkt i analysavsnittet för att identifiera huruvida det föreligger ett förändringsbehov på Karolinska, om de element som är nödvändiga för att lyckas finns på plats, samt vilka hinder som föreligger.



Figur 9: Modell för förändring mot ett processorienterat arbetssätt, fritt modifierad av författarna efter det teoretiska ramverket.

3. METOD

3.1 Val av metodik

Empiriinsamling till studien kan ske med hjälp av kvantitativa eller kvalitativa metoder, där den senare vid insamling och analys av data lägger tyngden på ord istället för siffror (Bryman och Bell, 2013).

Den kvalitativa metodteorin tillhör den hermeneutiska vetenskapstraditionen där målet är att formulera en teori som förmedlar förståelse för hur en viss grupp människor uppfattar verkligheten (Hartman, 2001). Hermeneutiker menar att mänskligt beteende, exempelvis reaktioner på en organisationsförändring, måste förklaras utifrån hur människor upplever sin situation och att detta bäst görs genom tolkningar av verbalt så väl som icke-verbalt observerbart beteende (Hartman, 2001). Studiens syfte är explorativt och ämnar undersöka de problem och motsättningar som upplevts, och uppfattats, av PFA i förändringsarbetet, vilket gör en hermeneutisk undersökning med en kvalitativ metodik lämplig. Vidare har studien för avsikt att analysera den sociala miljö som råder samt hur intervjuobjekten tolkar och upplever denna, något som även Yin (2003) menar att just fallstudier lämpar sig väl för.

Då den positivistiska och den hermeneutiska traditionen undersöker olika domäner använder de även olika tillvägagångssätt för att rättfärdiga teorierna, deduktiv respektive induktiv metod (Hartman, 2001). Med ett induktivt tillvägagångssätt styrs datainsamlingen av en frågeställning, inte hypotes, (Hartman, 2001) och val av teorier påverkas och genereras sedan av den insamlade empirin (Bryman och Bell, 2013). I linje med den kvalitativa metoden och den hermeneutiska traditionen kommer en induktiv och tolkande ansats användas.

3.2 Datainsamling

Datainsamlingen inleddes med en öppen fas där samtal fördes med bland annat Pär Åhlström, professor vid Handelshögskolan i Stockholm och erkänd leanforskare, samt Magnus Lord, strategikonsult inom lean sjukvård, för att generera kategorier inom flödesorientering och

sjukvård vilka kunde tänkas vara intressanta att studera närmare. Vid övergången till den selektiva fasen hade valet fallit på att undersöka värdebaserad vård vid Karolinska och tillvägagångssättet som valdes var en fallstudie på organisationen i fråga. Att valet av organisation föll på Karolinska beror på att införandet och implementeringen av VBV, med PFA i spetsen, är en nyhet i svensk sjukvård och unikt för denna organisation samt ett möjligt fokusområde för ett kommande forskningssamarbete mellan Handelshögskolan i Stockholm och Karolinska Universitetssjukhuset.

Fallstudien baseras främst på primärdata i form av intervjuer men även sekundärdata i form av akademiska publikationer, tidigare rapporter och styrdokument från Karolinska samt litteratur kopplad till hälso- och sjukvård. Då vi anser att en kvalitativ metod, där empiriinsamlingen sker främst genom intervjuer, är mest lämplig för att undersöka den här typen av förändring möjliggjorde Karolinska geografiska belägenhet personliga intervjuer vilket är att föredra ur ett validitetsperspektiv (Bryman och Bell, 2013).

I den selektiva fasen av datainsamlingen var målet att gå in på djupet av organisationsförändringarna vid Karolinska varför intervjuerna främst utfördes på den för fallstudien valda organisationen.

3.2.1 Primärdata

3.2.1.1 Semistrukturerade intervjuer

Primärdata samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer som enligt Kvale och Brinkmann (2014) definieras som intervjuer där målet är att erhålla beskrivningar av intervjupersonens livsvärld för att sedan kunna tolka innebörden av de beskrivna fenomenen. Intervjuaren utgår från en lista med specifika teman som ska beröras men intervjuobjektet har stor frihet att utforma svaren på sitt eget sätt (Bryman och Bell, 2013). Det möjliggör även för intervjuaren att ställa följdfrågor och gå djupare in på det som anses relevant (Bryman och Bell, 2013) vilket lämpar sig väl för en explorativ studie med ett induktivt angreppssätt då man inte från början vet exakt vad som kommer stå i centrum för studien.

Intervjufrågorna till PFA togs fram efter datainsamlingens öppna fas med de inledande mötena med Eva Lindahl-Flock från Strategisk Sjukvårdsutveckling och Vårdproduktion (SSVP) samt

diskussionerna med Åhlström och Lord. I enlighet med Alvessons (2011) tankar kring semistrukturerade intervjuer valdes ett antal specifika teman och områden att täcka ut. Att jobba utefter temaområden istället för fasta intervjufrågor i specifik ordning lämnar utrymme för utvidgning av de ämnen som känns viktiga och möjliggör även för intervjuobjektet att ta upp företeelser intervjuarna kanske inte är medvetna om sedan tidigare (Bryman och Bell, 2013).

Intervjuerna varade i genomsnitt i 45 minuter och ägde rum på intervjupersonernas arbetsplats. I enlighet med Kvale och Brinkmanns (2014) råd inleddes intervjuerna med att prata om gemensamma nämnare, exempelvis våra praktikplatser inom sjukvården, för att skapa en känsla av trygghet och samhörighet med intervjupersonerna. Även metoder som att imitera den intervjuades kroppsspråk och lämna tysta pauser beskrivna i Kvale och Brinkmann (2014) användes. Noterbart är att när inspelningarna stängdes av vid intervjuernas slut och personerna fortsatte prata, kom ofta fler, starkare åsikter fram, något som antas bero på den spärr som ibland uppstår när man spelar in samtal.

För intervjuguide, se appendix.

3.2.1.2 Urval

I den öppna fasen av datainsamlingen gjordes urvalet av intervjuobjekt på grunder av specifik kompetens inom flödesorientering såväl som sjukvård. När studien avgränsats till att beröra projektet inom värdebaserad vård vid Karolinska Universitetssjukhuset genomfördes urvalet av intervjuobjekt i samråd med personal från SSVP väl insatta i projektet.

Fallstudiens empiriska material baseras huvudsakligen på semistrukturerade intervjuer med patientflödesansvariga vid Karolinska då dessa ska agera förändringsagenter och därmed antas ha störst insikt i pilotprojektet samt de hinder och utmaningar hänförliga till förändringsarbetet. Alvesson (2011) låter förstå att för att undvika skevhet bör intervjuobjekten väljas för att ge ett så heltäckande underlag som möjligt. Då projektet är i uppstartsfasen finns det i dagsläget enbart nio patientflödesansvariga vid Karolinska. Den initiala avsikten var att intervjua samtliga PFA men på grund av faktorer bortom författarnas kontroll kunde enbart sju av nio ställa upp på intervjuer. De PFA som intervjuades hade olika formella roller i den ordinarie organisationsstrukturen vilket gav ett så brett och representativt urval som var möjligt.

3.2.1.3 Beskrivning av intervjuobjekt

Flock-Lindahl, Eva. Verksamhetsutvecklare på sektionen för värdebaserad vård vid avdelningen för Strategisk Sjukvårdsutveckling och Vårdproduktion med bakgrund som sjuksköterska.

Lord, Magnus. Strategikonsult specialiserad på lean i sjukvården med bakgrund som läkare, civilingenjör och civilekonom.

Åhlström, Pär. Professor vid Handelshögskolan i Stockholm med speciell inriktning på operations management. Författare till *Detta är lean* och även insatt i flödesarbetet på Karolinska.

Sju patientflödesansvariga av nio möjliga, med olika formella positioner i organisationen, varierande medicinska specialiteter såväl som titlar inom forskning. Alla är disputerade och har tjänstgjort vid Karolinska en längre tid. Intervjuade patientflödesansvariga är, till den grad möjligt, anonyma för att undvika att eventuella uttalanden leder till konsekvenser på arbetsplatsen men även för att öka respondenternas villighet att uttala sig om eventuella känsliga frågor.

För intervju-schema, se figur 15 i appendix.

3.2.2 Sekundärdata

Intervjuerna föregicks av en litteraturgenomgång för att förstå konceptet värdebaserad vård samt utmaningarna sjukvården står inför och på så sätt erhålla legitimitet i mötet med vårdpersonal och experter. Vidare används sekundärdata i form av presentationer av organisationen samt tillhörande hemsida, dels för att tydligare förstå vilka frågeställningar som kan tänkas vara relevanta, var det finns områden önskvärda att vidare utforska samt som bakgrund i empiriavsnittet.

3.3 Reliabilitet och validitet

Studiens kvalitet bedöms utifrån kriterier om reliabilitet och validitet. Reliabiliteten inbegriper bland annat diskussioner kring undersökningens replikerbarhet, huruvida resultatet påverkas om undersökningen genomförs på nytt, samt till vilken grad slumpmässiga betingelser påverkat resultatet (Bryman och Bell, 2013). I detta avsnitt följer därför en diskussion om studiens pålitlighet samt konfirmering av resultaten.

Ett sätt att öka reliabiliteten är enligt Yin (2003) att dokumentera tillvägagångssätt och metoder. Vi har därför försökt att beskriva våra metoder väl samt möjliggöra en granskning av den empiri som ligger till grund för studien genom att spela in och transkribera intervjuer. Den interna reliabiliteten, hur studiens författare kommit överens om tolkningar av det som setts och hörts (Bryman och Bell, 2013), anses relativt hög då diskussioner och analyser av det insamlade materialet har förts löpande under studiens gång. Efter samtliga intervjuer har de två författarna tillsammans sammanfattat verbala såväl som icke-verbala observationer för att skapa en samstämmighet.

Validiteten kan delas upp i två delar, den interna och externa (Bryman och Bell, 2013). Den interna validiteten berör kausalitetsfrågor, övertygelsen om att en oberoende variabel är ansvarig för variation i den beroende variabeln (Bryman och Bell, 2013). Den externa validiteten ligger i generaliserbarheten av studiens resultat utanför kontexten den genomfördes i (Yin, 2003).

Studiens empiri är huvudsakligen baserad på intervjuer vilket gör att viss risk för subjektivitet i författarnas tolkningar uppstår (Bryman och Bell, 2013). För att öka tillförlitligheten har frågor innehållande en kortare upprepning av vad den intervjuade sagt, följt av frågan om vi förstått hen korrekt, använts. Efter intervjuerna har sedan respondentvalidering och kontroll av citat skett med vissa intervjuade för att stärka den interna validiteten. En begränsning i de intervjuades svar kan dock bero på den så kallade Hawthorneeffekten som innebär att intervjuobjektet förstärker negativa och positiva upplevelser till följd av sensationen förknippad med att uppmärksammas av intervjuaren (Bryman och Bell, 2013)

Fallstudiers externa validitet är omdebatterad och bland annat Bryman och Bell (2013) menar att generaliserbarheten begränsas på grund av att resultaten är hänförliga till studiens specifika kontext. Normann (1976) argumenterar för att fallstudier inte bara är användbara för explorativa

syften utan även är medel för bildande och validering av teorier. Då värdebaserad vård i Sverige och rollen som patientflödesansvarig är specifik för Karolinska har studien begränsats till ett fall. Antalet fall är enligt Normann (1976) inte det viktigaste utan fokus bör läggas på tidsaspekten, huruvida fallstudien är en ögonblicksbild eller en processtudie. För att kunna generalisera resultaten är det dock viktigt att ge en detaljerad beskrivning av den specifika kontext studien utförts i (Bryman och Bell, 2013), något vi försökt göra med hjälp av både bakgrundsinformation, sjukvårdsspecifika teorier och empiriavsnitt. Enligt Normann (1976) är det inte möjligt att förstå komplexa system, vilket hälso- och sjukvården får anses vara, utan att studera både växelverkan mellan systemets olika delar, förändringsprocesser och omgivningen. Denne menar att generaliseringsmöjligheterna från fallstudier med ett fall kan vara goda, framförallt vid processtudier. Överförbarheten för ögonblicksbilder går dock att öka vid jämförelse med andra fall eller objekt. Vår fallstudie kan ses som en ögonblicksbild med inslag av processtudie, då vi exempelvis inkorporerat tidigare erfarenheter av förändringsarbete och flödesledare på Karolinska. Utöver det har vi försökt att jämföra fallstudien med befintliga teorier samt de synsätt som i allmänhet råder i svensk sjukvård för att öka generaliserbarheten och ge läsaren en tydlig bild av i vilket sammanhang våra resultat har uppkommit.

4. EMPIRI

Avsnittet ämnar presentera fallstudien, och organisationen där den utförts, som ligger till grund för det analytiska kapitlet. Ett antal av de intervjuade patientflödesansvariga har valt att vara anonyma varför inga PFA, eller specifika vårdenheter, kommer namnges.

4.1 Fallorganisation: Karolinska Universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset bildades 2004 då verksamheterna vid Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska Sjukhuset slogs samman till en gemensam organisation. Sjukhuset drivs under bolagsliknande former och har en egen styrelse som utser en sjukhusdirektör med ansvar att leda verksamheten (se figur 16 i appendix).

Sjukhusets verksamhet bedrivs främst i Solna samt Huddinge och med sina 15 300 medarbetare är Karolinska en av Stockholms största arbetsgivare. Vidare har sjukhuset 1 700 vårdplatser, omsatte under 2014 15,7 miljarder kronor och planerar i dagsläget verksamhetsinnehållet för framtida Karolinska Universitetssjukhuset samt för driftsättande av Nya Karolinska Solna i slutet av 2016.

Totalt utgörs Karolinska av sju vårddivisioner (se appendix figur 17 och 18). Varje division styrs av en divisionschef och inrymmer olika verksamhetsområden som i sin tur leds av verksamhetschefer. Dessa verksamhetsområden delas sedan upp i ytterligare enheter, exempelvis avdelning och mottagning, som styrs av första linjechefer, vilka ofta är chefssjuksköterskor. Utöver dessa finns även läkarchefer vilka, likt namnet antyder, är chefer över läkarna som ofta flyter mellan enheterna i verksamhetsområdet. Tillsammans med verksamhetschefen ingår flera eller alla linjechefer i ledningen på kliniken. Utöver detta finns det i vissa fall även sektionsledning.

4.2 Fallstudie: Implementering av VBV på Karolinska Universitetssjukhuset

Nedan följer en kort redogörelse för de huvudpunkter som diskuterats under intervjuerna och som ligger till grund för analysen i avsnitt fem.

4.2.1 Varför sker förändringen?

Karolinska har sedan mer än ett decennium tillbaka arbetat med flöden, främst genom lean. Med ständigt ökande krav på tillgänglighet från politiskt håll och begränsade resurser finns stora incitament för sjukvården att förändras gång på gång.

De intervjuade berättar att initiativen till värdebaserad vård kommer ovanifrån, att konceptet tycks vara ledningens senaste sätt att hantera utmaningarna sjukvården står inför. Dock säger sig i princip samtliga PFA uppleva ett stort stöd från ledningen, genom avdelningen för Strategisk Sjukvårdsutveckling och Vårdproduktion, samt att det känns som om sjukhuset verkligen satsar på VBV. Dessvärre tycks detta budskap inte alltid ha kommunicerats tillräckligt tydligt, framförallt en PFA uttrycker att klinikledningen inte verkar prioritera värdebaserad vård på samma sätt som SSVP. En annan PFA menar att ledningen brustit i att kommunicera till resten av gruppen att hen har detta nya uppdrag samt vad det innebär för de involverade enheterna.

En tredje patientflödesansvarig upplever introduktionen av VBV som ett påbud från SSVP och känner att det stöd, i form av en projektledare, som utlovats inte har räckt till utan för stort ansvar har lagts på PFA och de enskilda enheterna. Hen nämner separationen mellan ledning och läkare samt uttrycker en önskan om att projektansvariga skulle ta på sig sjukhuskläder och gå med i verksamheten för att förstå de verkliga problemen. Samma person beskriver att läkarna ofta går i försvarsställning när ekonomer kliver in i civila kläder och att man då gärna poängterar att de inte förstår vårdens komplexitet.

Det råder även en uppfattning om att sjukhusledning och politiker fokuserar för mycket på kostnader. Flera av intervjuobjekten upplever att dessa besparingsprogram, vårdstrategier och managementkoncept bara går i cykler. De berättar om förändringar och initiativ uppförifrån som tillåts dö ut efter något år för att ersättas av något nytt. Det finns en tydlig känsla av uppgivenhet när det gäller nya förändringsstrategier som aldrig blir långvariga eller ges tillräckligt med stöd och tid för att fungera. Ett antal av intervjuobjekten beskriver en rädsla för att trötta ut sina medarbetare med ännu ett utbildningsprojekt ovanifrån som kanske försvinner.

4.2.2 Konflikten mellan funktionsstyrning och processorientering

Karolinska styrs idag vertikalt utifrån verksamhetsområden. Flera intervjuade upplever att det stora problemet är att manövrera den nya rollen inom ramarna för de gamla, hierarkiska sjukhusstrukturerna. Dessa strukturer, menar en PFA, gör att det blir kontroversiellt när en person plötsligt kommer in och ska ta ett slags kommando över förändringsarbetet.

Något som de flesta intervjuobjekten tar upp som en svårighet är koordinationen och maktkampen när flera kliniker är inblandade i flödet. En PFA berättar att konflikter uppstått i samband med pilotprojektet och att irritation har skapats när vissa enheter inte inkluderats i ett flöde alternativt inte valts ut att ha en PFA. Detta har skapat lägre engagemang och samarbetsvillighet.

Flertalet patientflödesansvariga menar att en svårighet med rollen är att denne är ansvarig för det horisontella patientflödet medan linjecheferna i sin tur verkar vertikalt. De flesta patientflödesansvariga anser sig inte ha några egentliga befogenheter, vilket innebär att linjecheferna fortfarande har den faktiska makten och vetorätt i förändringsarbetet.

En PFA berättar att hens division jobbat på ett liknande sätt tidigare men efter att ha sett en krock mellan vertikal styrning och horisontella processer valt att organisera sina flöden på annat sätt:

”Min division insåg att flödesarbetet måste ägas i linjen för att fungera i slutändan”

Flertalet PFA påtalar att eftersom patientflödet innefattar olika kliniker, där varje verksamhetschef hålls ansvarig för och bär sin egen kostnad, kan det bli svårt för en som jobbar horisontellt mot den totala kvaliteten.

De PFA som är verksamhetschefer och äger hela sina flöden säger att de slipper konflikten vertikal resursstyrning mot horisontell kvalitet. De säger sig dock ändå kunna se stora problem med de flöden som skär genom flera kliniker, framförallt när det kommer till kostnadsrelaterade beslut. Den ena poängterar vikten av att PFA har en tydlig roll i organisationsstrukturen för att kunna få någon tyngd utan verksamhetschefsrollen i ryggen. Den andra berättar att hen ser styrningskonflikter inom den egna verksamheten, exempelvis mellan chefssjuksköterska och

läkarchef, och menar att när det inte ens fungerar smärtfritt där är det svårt att tänka sig att det skulle fungera över verksamhetsgränser, eller om den ena parten inte är chef. Precis som de andra intervjuobjekten tar hen upp att den här typen av roll kommer innebära konstant förankringsarbete på alla ledder.

Vidare uttrycker flertalet patientflödesansvariga att det tidvis är väldigt otydligt vem som äger patienterna, vilket flöde samt vilken klinik de tillhör. De upplever att revirtänk och bollande av patienter sinsemellan kan uppstå. Detta förklarar de delvis med det rådande kostnads- och ersättningssystemet. Frågor som ”Vem vinner på förbättringen?” och ”Vem tvingas ta kostnaden för patienten/förändringen?” är mycket viktiga.

En PFA vidareutvecklar resonemanget och menar att systemet inte tar hänsyn till intäkter utan att man bara tittar på kostnader, något som hämmar utvecklingen och engagemanget:

"Alla de här sakerna, kostnadsstyrningen, bristen på kvalitetskontroll, brist på vilja att utbilda oss, det gör att det känns jäkligt segt"

4.2.3 Stödstrukturer som kan understödja förändringsarbetet

It-systemet, mer specifikt det digitala styrkortet, som många anser är en förutsättning för både förändringsarbete och kostnadsbesparingar, är i dagsläget inte färdigställt. Flera känner en besvikelse över att ha byggt upp entusiasm bland personalen och sedan inte kunna leverera den feedback och de resultat medarbetarna sett fram emot. De som i dagsläget har tillgång till någon form av styrkort menar att det behöver utvecklas mycket innan det går att breddinföra samt att det är viktigt att underlätta användningen av detta. I dagsläget tar databehandlingen så pass mycket tid i anspråk att en PFA, som även är verksamhetschef, har anställt en person som gör det åt hen. Vidare framgår att styrkortet ej är integrerat med nuvarande it- och journalsystem vilket innebär ett stort hinder när rätt data ska tas fram och värdet ska mätas.

4.2.4 Vem har makten?

Uppfattningen att PFA inte har något mandat eller någon befogenhet bekräftas av samtliga intervjuade, som även nämner att rollen är otydlig och saknar ansvarsskyldighet. De som upplever sig ha någon form av mandat förklarar att detta är hänförligt till deras ordinarie chefsroll och utformningen av deras flöde, inte PFA-rollen i sig då denna varken innefattar budget- eller personalansvar.

Att beslut kring patientflödet och förändringsarbetet fattas i samförstånd samt att det krävs extremt mycket kommunikation för att få igenom dessa är något i princip alla intervjuade intygar och en del beskriver en känsla av att vara utelämnade till andra klinkers välvilja. Att det fungerat relativt bra hittills förklarar de intervjuade med att de ännu inte försökt införa några större förändringar. Framförallt inga som kostar.

4.2.5 Kunskapsluckor och ord som avskräcker

Karolinska har sedan länge arbetat med lean. Flera PFA beskriver dock att det fanns ett motstånd till att anamma ett managementkoncept så tätt sammankopplat med bilindustrin, något som tycks leva kvar än idag. Flera av de intervjuade menar att koncept sprungna ur den industriella produktionen inte kan, eller bör, implementeras på en så komplex verksamhet som sjukvård. En PFA berättar att hen först försökte ignorera flödesarbetet:

“Jag stoppade huvudet i sanden ett tag, men när man stack upp huvudet så var det fortfarande där”

När denna PFA efter en tid insåg att ”flödesarbetet var där för att stanna” tog hen tag i arbetet med stort engagemang. Besvikelsen när det senare dog ut, och det arbete som lagts ner glömdes bort, blev därför stor. Flödesledararbetet ifrågasattes och uppfattades som ännu en testballong ovanifrån som inte hade förankrats hos personalen. Några intervjuade beskriver även problematiken med chefer som sprider dubbla budskap när de poängterar att flödesarbetet enbart är ett påbud från ledningen.

En PFA berättar att prat om flödesarbete helt försvann från dagordningen förra året när VBV dök upp. Hen upplever att stödet i flödesarbetet nu är mycket mindre vilket innebär att det blir upp till varje enskild VC att fortsätta arbetet, något som lätt innebär att det läggs ner. Hen menar att det är väldigt viktigt att inte göra saker till projekt i vården eftersom personalen är extremt trötta på sådana efter att ha sett dem införas för att inte alltför långt senare fasas ut, gång på gång. Denna bild bekräftas av nästan samtliga intervjuade. Flera framhäver hur viktigt det är med uthållighet för att få vården att fungera men även för att förändringarna ska hinna ge ordentliga resultat. En PFA beskriver inställningen till nya projekt på följande sätt:

”Återigen blir det ett sånt där projekt som alla som har jobbat 20 år i vården bara suckar över när de hör talas om det. De bara tänker 'ja, snart är det här också över, så vi kan gå och jobba som vanligt igen'”

4.2.6 Hierarkier och läkargruppens följsamhet som barriär

Flera av intervjuobjekten berättar att det råder mycket informella hierarkier inom sjukhusets väggar. Det läggs inte bara vikt vid huruvida en patientflödesansvarig har en chefsroll eller ej utan personens akademiska och kliniska bakgrund är även betydelsefulla. Samtliga intervjuade anser att det är viktigt med en PFA som är disputerad samt har en tydlig anknytning till verksamheten och personalen på golvet, exempelvis genom att vara kliniskt verksam, för att få gehör.

De intervjuade påpekar ofta att universitetssjukhus är en speciell miljö och berör spänningarna som kan finnas mellan akademi, klinik och administration. En PFA exemplifierar att både akademiska företrädare så väl som chefer inte helt sällan anser att de bör ha sista ordet vilket skapar problem då de ofta saknar klinisk förankring. En annan instämmer och beskriver läkargruppen som väldigt konservativ, obenägen att förändras och med starka band till gamla hierarkier.

Att läkarkåren är komplex och svår att styra erkänner många av de intervjuade. Flertalet beskriver en ovilja bland läkare att finna sig i vissa strukturer och regler. En PFA berättar om de många första linjechefer hen stött på som kör sina egna race och helt enkelt struntar i order ovanifrån. En annan beskriver mentaliteten på sjukhuset som en mycket individualiserad sådan där man gärna frågar *”what’s in it for me”*. Flera av de intervjuade bekräftar bilden av att läkare gärna agerar utifrån sig själva och sin egen enhet samt inte ser några problem i att ignorera beslut från högre instanser. En PFA beskriver det på följande sätt:

”Som läkare blandar man ihop sin roll som specialist och var man är i en organisation. Man anser alltid att man är bäst eller vet bäst, att man står över massa beslut.”

Flera av de intervjuade uttrycker vikten av de informella relationerna i sitt arbete som PFA. De framhäver att det är essentiellt att bygga allianser med sina grannar på sjukhuset samt lägga fram förslag på ett sätt som gör att man undviker att trampa andra personer eller kliniker på tårna.

Flertalet PFA anser att man måste sitta på någon form av chefsmandat för att lyckas men huruvida en bör vara verksamhetschef eller ej råder delade uppfattningar om. En del menar att rollen som VC innebär att man har en för överskådlig blick samt kan skapa tveksamheter kring var ens lojalitet och prioriteringar ligger gentemot andra kliniker i patientflödet.

5. ANALYS

Analysdelen ämnar applicera det valda teoretiska ramverket på den insamlade empirin för att i slutändan besvara studiens forskningsfråga. Analysen följer i stor utsträckning den ordning som presenterats i teoriavsnittet och kopplas till de utmaningar och barriärer som uppstår när PFA i sitt arbete leder förändringen från en funktionell till en mer processororienterad organisation.

5.1 Organisationsförändringens nyckelområden

5.1.1 Interna och externa faktorer – behöver Karolinska förändras?

Enligt Burke och Litwin (1992), Dawson (2002) m.fl. är det yttre och inre påtryckningar som avgör om organisationer och medarbetares beteenden förändras. De yttre faktorer som påverkar Karolinska är ökade anspråk på tillgänglighet, kostnadsminskning samt upprätthållande av vårdkvalitet, en befolkningstillväxt samt ökad efterfrågan på vård. Med politikernas krav i bakgrunden har sjukhusledningen genom avdelningen för Strategisk Sjukvårdsutveckling och Vårdproduktion börjat utrullningen av värdebaserad vård-strategin i syfte att åtgärda problemen. Detta innebär att det ställs nya krav på att medarbetarna förändrar sina arbetssätt. I enighet med Tanner och Oakland (2007) drar vi slutsatsen att de externa faktorerna skapar en vilja hos Karolinska att förbättra sina processer och öka kvaliteten, något som i sin tur påverkar medarbetarna och deras arbetssätt. Även omgivningens normer, att organisationsstrukturen ska se ut på ett visst sätt hos en effektiv och modern organisation, trycker på att sjukhuset måste förändras, och i det här fallet specifikt mot en process-eller flödesorienterad organisation. Med utgångspunkt i dessa teorier anser vi det föreligga ett behov av förändring hos fallorganisationen.

5.1.2 Är förändringen viktig på riktigt eller bara ännu en modefluga?

Enligt undersökningsmodellen bör organisationen skapa en känsla av angelägenhet och ett behov av att förändras bland de anställda, något som de inte tycks ha lyckats helt med. I intervjuerna kommer det fram att införandet av VBV är något som kommer ovanifrån, att konceptet är ledningens senaste sätt att hantera de utmaningar sjukvården och Karolinska står inför. Även om de intervjuade patientflödesansvariga förefaller engagerade ställer vi oss frågande

till huruvida känslan av angelägenhet verkligen finns hos resterande medarbetare på respektive vårdenheter. Grunden till detta ligger delvis i den känsla av uppgivenhet som tar sig uttryck hos de intervjuade gällande nya förändringsstrategier som inte blir långvariga och inte heller ges varken tillräckligt med stöd eller tid för att fungera. Rädslan bland de patientflödesansvariga för att trötta ut sina medarbetare med fler projekt är stor, vilket tyder på att resterande personal kanske inte känner lika starkt för värdebaserad vård som de gör.

Vi anser det således befogat att ifrågasätta känslan av angelägenhet då majoriteten av de erfarna intervjupersonerna upplever att besparingsprogram och managementkoncept går i cykler. Förändringar och initiativ som påbjuds uppifrån för att sedan tillåtas dö ut och ersätts av något nytt har skapat en viss cynicism och misstro mot managementkoncept. Trots att de intervjuade i mångt och mycket kan anses vara eldsjälar som verkligen ser till de positiva delarna av VBV föreligger en skepsis som således torde vara betydligt större bland personalen som inte frivilligt engagerat sig i värdebaserad vård. Inställningen till de ständiga förändringarna stämmer väl överens med Bernerth, Walker och Harriss (2011) teorier om hur de anställda tröttnas ut av upprepade byten av managementkoncept. De hävdar att för varje koncept som testas, misslyckas och försvinner, minskar angelägenheten och viljan att försöka på nytt igen, något som ses även på Karolinska.

5.1.2.1 Varför nappar inte läkarna på managementkoncept?

Motståndet tycks inte enbart bero på att managementkoncepten känns som modeflugor. Det tycks även spela roll var de kommer ifrån. Många av de intervjuade ställer sig tveksamma till lean, som är tätt sammankopplat med Toyota och industriell produktion, och hävdar att konceptet inte är applicerbart på en så komplex verksamhet som sjukvård. Personalen värjer sig mot förändringarna genom att hänvisa till denna komplexitet, att patienter inte är produkter och att industriella koncept därför inte går att applicera i vården. Man tycks ibland fästa sig mer vid den instrumentella delen av lean, exempelvis vita tavlor med lappar och begrepp från Toyota, än själva innebörden av flödesorientering, det vill säga ständigt förbättringsarbete för att minska ledtider och öka kvaliteten för kunden. Att fastna vid det instrumentella gör att personalen får en kunskapslucka, en felaktig bild av flödesorienteringen, och har svårt att se hur, och varför, konceptet ska göra nytta i deras specifika verksamhet. Motståndet tycks egentligen inte röra att bli bättre på att följa upp, korta väntetider och öka kvaliteten, utan motståndet gäller själva managementfilosofin. Denna motvilja är troligtvis tätt sammankopplad med läkarnas

yrkesidentitet och stolthet, det bär emot att anamma koncept utifrån och erkänna att exempelvis ekonomer, som generellt har betydligt kortare utbildning än läkare, kan mer än de själva i vissa fall. Att managementkonsulter och ekonomer kommer utifrån och ska ha med sig lösningen på sjukvårdens problem från industrin är problematiskt då det inte bara finns en konceptuell och språklig barriär mellan yrkesgrupperna utan även en slags maktkamp eller yrkesstolthet att ta hänsyn till.

5.1.2.2 Hur får man managementkoncept att kännas angelägna i vården?

För att komma runt motståndet är det viktigt att förmedla kunskaper om flödesorientering på ett sätt som förstås av dem som jobbar inom hälso- och sjukvården. Det är viktigt att fokusera på det som engagerar personalen, att förbättra för patienten, vilket Karolinska delvis tycks ha insett då värdebaserad vård beskrivs med mer vårdrelaterade begrepp samt ökar fokus på patienten. Dock skulle de kunna trycka ytterligare på att den nya strategin verkligen är anpassad efter sjukvårdens specifika förhållanden, att den är långsiktig samt eliminera än fler begrepp som kopplas samman med industri eller näringsliv. När det gäller konsulter så väl som personal på strategiavdelningen uppgav flera av de intervjuade att de går i försvarsställning när utomstående kommer i civila kläder och det kan därför underlätta om dessa sätter på sig sjukhuskläder och går med i verksamheten. Att strategikonsulter och projektledare ska förstå samtliga delar av verksamheten är visserligen önskvärt men det viktigaste är snarare ett visat intresse och genuint försök att överbrygga barriärerna mellan yrkesgrupperna.

5.1.3 Att skapa, kommunicera och förankra en vision

Både Kotter (1996) såväl som Kash et al. (2014) framhäver vikten av att skapa, kommunicera och förankra den nya visionen i organisationen varför detta blir en given faktor att undersöka. När det gäller den nya visionen och strategin tycks SSVP ha lyckats väl i kommunikationen till PFA men mindre bra till övriga intressenter. I vissa fall har betydelsefulla personer i flödet inte informerats tillräckligt om den nya rollen och dess innebörd, något som underminerar patientflödesansvariges mandat och möjlighet att få gehör för sina förändringsförslag. I andra fall upplevs visionen inte vara tillräckligt väl förankrad hos klinikledningen vilket innebär att arbetet med VBV, och därmed den patientflödesansvariges förslag, inte prioriteras i samma utsträckning som Strategisk Sjukvårdsutveckling och Vårdproduktion utlovat. Diskrepansen mellan SSVP och klinikledningens bedömning av hur viktig satsningen på värdebaserad vård är tar sig, i enlighet

med Beckermans teorier, uttryck i form av dubbla budskap till PFA och i förlängningen även övriga anställda.

Kotter (1996) menar att nyckelpersoners beteenden som går emot förändringsvisionen kan överskugga övriga former av kommunikation. Detta kan tolkas som att klinikledningens val att nedprioritera värdebaserad vård underminerar PFA:s roll samt förhindrar en framgångsrik implementering av den nya strategin då övrig personal får signaler om att förändringen inte är angelägen. Något som dock talar för att värdebaserad vård har lättare att få fäste i organisationen än tidigare processlösningar är dels det faktum att Karolinska Universitetssjukhuset har jobbat med flöden länge, och att det därför inte är en helt ny vision som måste förankras, men även att begrepp som värde och kvalitet framhävs.

Vid utrullningen av VBV i större skala är det därför viktigt att kontrollera att visionen kommunicerats, och förstås, likadant hos PFA så väl som klinikledning. Att dessa parter har en samstämmig syn på vad strategin innebär för kliniken samt hur viktig den är ger förändringsagenten tyngd i sitt uppdrag och underlättar kommunikationen till övrig personal.

5.1.4 Hur avsaknad av verktyg kan underminera förändringsarbetet

Vidare pekar undersökningsmodellen på vikten av att modifiera organisationsstrukturen så att gamla system inte underminerar förändringsvisionen samt att ge anställda rätt befogenheter och verktyg för att kunna arbeta utefter de nya riktlinjerna. Även betydelsen av kortsiktiga vinster är stor.

Beträffande rätt verktyg och stödstrukturer har patientflödesansvariga visserligen mandat att sätta ihop sina egna multidisciplinära grupper samt utveckla utfalls- och processmått men när det gäller att genomföra faktiska förändringar tycks mandatet ha uteblivit. Eftersom sjukhuset fortfarande styrs funktionellt och PFA-rollen varken har en specifik plats i organisationsschemat eller budgetansvar har den patientflödesansvarige inga befogenheter att bestämma att en viss horisontell process ska genomföras eller förändras. Konsensus tycks råda kring att avsaknaden av faktiska befogenheter gör det svårt att manövrera den nya rollen som PFA inom ramarna för de gamla, hierarkiska sjukhusstrukturerna. De som kände att de verkligen hade mandat att genomföra förändringar var de PFA som var verksamhetschefer. Dock poängterade de att den faktiska makten egentligen låg i chefsrollen. Noterbart är att alla VC hade delegerat hela eller delar av PFAs ansvarsområden till andra personer och det är således möjligt att ifrågasätta

huruvida deras uppfattning om de barriärer som föreligger är helt relevanta. Att de inte ser vissa problem som övriga patientflödesansvariga upplever beror kanske inte enbart på deras roll som VC utan snarare på att de har delegerat uppgifterna och därmed inte själva direkt behöver möta de hinder övriga PFA upplever.

Ett hinder samtliga patientflödesansvariga tar upp är it-systemen och att det digitala styrkortet, som är en förutsättning för att gå vidare med VBV och förbättringsarbetet, saknas för flertalet patientflöden. Styrkortens betydelse för kortsiktiga vinster är viktig då man genom dessa får återkoppling till arbetet, något som uppskattas samt engagerar medarbetare och dessutom, enligt teorin, är nödvändigt för ett framgångsrikt ombildningsarbete. Att styrkortet inte finns klara är inte bara ett praktiskt hinder utan kan även ge ett intryck av att projektet inte är särskilt väl förberett och tolkas som att detta är ännu en testballong. Att ha stödstrukturerna klara för pilotgrupperna hade kunnat sända viktiga signaler till personalen om att VBV är högt prioriterat och att sjukhuset verkligen lagt ner både tid och resurser på detta. När dessa strukturer nu saknas blir istället budskapet det motsatta. Flera PFA beklagade sig över att ha lyckats engagera personalen för att sedan behöva återvända och avslöja att styrkortet inte alls var färdigt och att de därmed inte kan börja ordentligt med förändringsarbetet och ta tillvara på det engagemang som skapats.

För att undvika att förändringsarbetet tar stopp och engagemanget mattas ut är det därför viktigt för Karolinska att ha stödstrukturerna redo när utrullningen sker. Det måste enkelt gå att hämta data ur både kvalitetsregister och journaler samt information om kostnader för att kunna få fram rätt mått på värdeskapandet. Att få samtliga it-system att fungera ihop och göra det enkelt för personalen att använda styrkortet är ett viktigt steg för Karolinska Universitetssjukhuset. Att PFA ska behöva göra egna temporära lösningar alternativt anställa en person för databehandling är varken rimligt eller önskvärt.

5.1.5 Hur får den patientflödesansvarige makt att förändra?

Enligt den teoretiska modellen är det även viktigt att välja en förändringsgrupp med makt i form av position, kompetens, förtroende och ledarskap. När de intervjuade beskriver varför de inte känner att de har mandat att genomföra sina förändringsförslag härstammar nästan uteslutande problemen ur dessa begrepp. Antingen har PFA svårt att få gehör på grund av att hen inte har en chefsroll eller saknar förtroende bland de anställda, oftast på grund av att hen inte jobbar tillräckligt mycket kliniskt. Även om ingen av de intervjuade tillskriver sig själva för låg

kompetens eller dåliga ledaregenskaper är det tydligt att dessa faktorer är högst relevanta. Vikten av kompetens kommer fram i intervjuerna när de exempelvis talar om att det inte skulle gå att ha en odisputerad PFA samt hur viktigt det är att personen i fråga är högst kunnig inom verksamheten. Samtliga pratar om vikten av att få med sig personalen genom att förankra sina visioner samt betydelsen av att bygga allianser innanför såväl som utanför den egna kliniken, faktorer vi anser vara förknippade med just ledarskap.

Att hitta en patientflödesansvarig som sitter på alla dessa fyra maktbaser är svårt och kanske är det verksamhetscheferna som har en lösning på avvägningen. De som är VC och PFA samtidigt tycks alla uppleva att arbetet går lite smidigare än de andra. Att två av tre äger hela sitt flöde spelar visserligen roll men en tänkbar förklaring till deras framgångar är att de delegerat uppgifterna i PFA-rollen till flera olika personer. De själva sitter på makt genom sin position, och i stor utsträckning även kompetens, men har sedan knutit till sig personer på golvet med såväl medicinsk kompetens som förtroende i vårdkedjan. Till förtroendefaktorn hör ofta även att personen är en bra ledare i den mening att hen lyckas få med sig övriga i personalen.

För Karolinska Universitetssjukhusets del gäller därför att välja sina patientflödesansvariga strategiskt. Ett alternativ är att dela upp ansvarsområdena på liknande sätt som nuvarande verksamhetschefer gjort. Annars bör personen vara någon som jobbar nära klinik- eller verksamhetschefen, och på så sätt känner sig helt trygg med stödet från denne, samt har ett stort förtroende bland personalen i den dagliga verksamheten.

5.2 Styrsystemens inflytande

5.2.1 Funktionsstrukturen sätter käppar i processen

Utifrån de punkter som behandlas av Seddon (2005), och som återfinns i figur 4, är det tydligt att traditionell verksamhetsstyrning råder på Karolinska. Den värdebaserade vårdens fokus på patientflöden och processer, med patientens bästa som utgångspunkt, stämmer däremot mer överens med teorin om processorientering där integrerade arbetssätt och samverkan mellan enheter är grundpelare. Kraus och Linds (2008) beskrivning av en mer horisontell styrning där kundens upplevelse, i detta fall patientens, är i fokus känns även igen. Med utgångspunkt i dessa observationer samt beskrivningarna av processorienterade strukturer som Paim, Caulliraux och Cardoso (2008) presenterar, anser vi att den struktur Karolinska bör röra sig mot, och i dagsläget

gör, är den funktionella organisationen med transversala processer. Karolinskas strävan efter att underlätta arbetet mellan specialiserade enheter och att uppnå en ökad samordning går i linje med målen för denna organisationsform.

Dagens kostnadsstyrning är dock fortfarande vertikal, och i kombination med begränsade resurser samt en funktionsindeldad verksamhet ser vi att denna struktur skapar konkurrens snarare än samarbete mellan enheterna. De som haft minst problem är också de som ägt hela flödet och då sluppit konflikter rörande ansvars- och kostnadsfördelning vilket tyder på att detta är något som bör åtgärdas.

Kostnadsstyrningen innebär följaktligen större fokus på de egna enheterna vilket således inte ger höga incitament till att jobba med förändringar som innebär förbättringar eller besparingar utanför den egna verksamheten. Vår uppfattning är att även om PFA och många medarbetare är positivt inställda och ser fördelarna med förslaget att förändra processerna på ett sätt som patienten och sjukhuset vinner på i sin helhet, begränsas de i slutändan av den vertikala resursfördelningen och ansvaret för kostnaderna.

För Karolinska Universitetssjukhuset är det i dagsläget svårt, om inte omöjligt, att förändra ersättningssystemet då det finns mycket regleringar kring detta, på flera olika styrnivåer, samt att det skulle innebära en extremt stor omställning. Däremot kan det vara möjligt för Karolinska att själva reglera resursstyrningen och förhållandena emellan enheterna inom det egna sjukhuset för att underlätta ett horisontellt helhetstänk. Då verksamhetscheferna ställs till svars för huruvida de håller budget eller ej tror vi att en tänkbar lösning är att i viss mån försöka frångå detta genom att tillåta budget över- eller underskott på en enskild enhet när detta kompenseras för i en annan del av flödet.

5.2.2 Ny roll i gamla strukturer

Vidare utgör den funktionella styrningen en svårighet när det kommer till mandatfrågan hos PFA. Dels på grund av att det är en ny roll bland nuvarande strukturer där professionella hierarkier har influens, men även för att PFA-rollen i sig inte har några befogenheter eller någon egentlig makt utöver den ordinarie rollen. För de som redan är verksamhetschefer förenklas rollen som patientflödesansvarig ur den synvinkel att denne har mandat över det egna verksamhetsområdet och därmed undgår mycket av det förankringsarbete som krävs. Med sitt chefsmandat slipper de ta på sig rollen som medlare hos de första linjecheferna, något övriga

PFA upplever att de ofta behöver göra när de vill genomföra en förändring. En svårighet kan vara att verksamhetschefen inte uppfattas vara tillräckligt kliniskt aktiv som PFA. En annan svårighet är när ett patientflöde innefattar olika verksamhetsområden men den patientflödesansvarige enbart är verksamhetschef för ett område. Då föreligger samma problematik som för övriga patientflödesansvariga gällande förankringsarbete samt övriga klinikers, och deras personals, samarbetsvillighet.

Både Glouberman och Mintzberg (2001) samt Bate (2000) beskriver det individuella tänket kombinerat med en syn på enheterna som fristående öar som ett hinder vid förändringsarbete. Revirtänket, som uppstår bland annat på grund av bristen på resurser i vården, gör att det blir svårare att få anställda att jobba mot det övergripande målet, något som känns igen till viss del på Karolinska. PFA ägnar mycket tid åt att förankra sina idéer bland nyckelpersoner och framgångskonceptet tycks vara att påminna om att alla vill patientens bästa.

5.2.3 Hur kan samordningen förbättras?

Problemet, eller det faktum, att många patientflöden inte i dagsläget eller i framtiden kommer att kunna ägas enbart i linjen kvarstår. För att överbrygga de organisatoriska mellanrummen, revirtänket och faktiskt lyckas genomföra förändringar över enhetsgränser, tycks nyckeln vara att upprätthålla goda relationer, god kommunikation samt att man i rollen som PFA trycker hårt på den gemensamma nämnaren – att man vill förbättra för patienten. Utöver det bör kostnadsansvaret analyseras och resurser allokeras med större hänsyn till de horisontella processerna för att komma ifrån den vertikala kostnadsstyrningen vilken vi anser hämmar processorienteringen. När styrkorten fungerar som det är tänkt kommer de att kunna visa hur kostnader och värdeskapande uppstår horisontellt i flödet och således understödja organisationen i rörelsen bort från den traditionella verksamhetsstyrningen samt på så sätt öka samordningen. De tydliggör vikten av samarbete mellan enheterna och visar hur alla länkas samman i vårdkedjan för patientens bästa. Därför är det av stor vikt att styrkorten färdigställs så snart som möjligt. Vi anser även att PFA bör ha en mer betydande roll i organisationsstrukturen för att därmed få tyngd och mandat utan att behöva besitta verksamhetschefsrollen.

5.3 Läkargruppen som allsmäktig kraft

5.3.1 Stark yrkesidentitet och individualistiskt arbetssätt

Att sjukhus är professionsorganisationer där de anställda har tydliga yrkesidentiteter, är konservativa och uppvisar en förändringsobenägenhet, innebär ett hinder i utbildningsarbetet. Oavsett om det är sjuksköterskor, ekonomer eller sjukhusledning som diskuteras förmedlas ofta en känsla av att läkarna vet bäst, en observation i linje med Glouberman och Mintzbergs (2001) teorier om sjukvårdens fyra världar. Det tycks finnas en underliggande motvilja mot att ta order från någon annan, även andra läkare, vilket kan tänkas härstamma ur läkarrollens individualistiska arbetssätt. Läkarna är utbildade att i stor utsträckning fatta beslut och utföra sitt arbete självständigt. När processlösningar som innefattar lagarbete, kompromisser och direktiv ovanifrån införs upplevs den nämnda självständigheten hotad och man sätter sig gärna på tvären. Enligt Filingham (2007) kan läkares ibland låga koordination enheter emellan innebära svårigheter och problem som att patienter faller emellan stolarna, dvs. inte tydligt tillhör en särskild enhet, något som även personalen på Karolinska bekräftar. Problematiken angående otydlighet kring patienters tillhörighet diskuterades tidigare i avsnitt 5.2.1 och kan utöver det individuella arbetssättet även tillskrivas oviljan att ta ansvar för ännu en patient då denne innebär en kostnad.

Tätt sammankopplat med yrkesidentiteten är de speciella hierarkierna som råder i sjukvården. Precis som Glouberman och Mintzberg (2001) observerat läggs betydligt större vikt vid en persons medicinska kompetens och akademiska bakgrund än en administrativ chefsroll. Många gånger påpekas det att en PFA inte kan vara odisputerad och betydelsen av att samtidigt vara kliniskt aktiv är stor. Chefer, framförallt de med annan bakgrund än medicinsk, tas inte riktigt på allvar och förslag avfärdas gärna med hänvisningar till den medicinska säkerheten eller andra fackord. Dessa tendenser, att prioritera professionella hierarkier och agera utifrån sig själva och sina egna enheter över de organisatoriska, är inte specifika för Karolinska utan återfinns även i Glouberman och Mintzbergs (2001) beskrivning av klyftorna mellan läkare och chefer.

5.3.2 Hur kan processlösningar gå före professionella hierarkier?

De utvalda patientflödesansvariga bör vara individer med kommunikativa egenskaper och även äga en förmåga att bygga allianser med angränsande kliniker på sjukhuset och hantera de professionella hierarkierna. Innehavet av ledarskapsförmågor för att få medarbetare med sig i förändringsarbetet är av stor betydelse. För att få gehör och förtroende bör PFA även vara

disputerad och helst ha långvarig erfarenhet av ett universitetssjukhus eftersom den hierarkiska professionskulturen anses vara djupt rotad i organisationskulturen. I dagsläget tycks processlösningarnas implementeringsframgång bero mycket på enskilda individer och enheter varför vi anser det finnas ett behov av att bygga en stabil grund för processlösningar genom att forma organisationskulturen på längre sikt. Detta skulle kunna uppnås genom att samarbeta med läkarutbildningarna på universiteten och utbilda studenter i exempelvis organisationsteori för sjukvården, för att på ett tidigt stadium uppmuntra ett koordinationstänk, minska skepsisen mot processlösningar samt internalisera konceptet av ständigt förbättringsarbete.

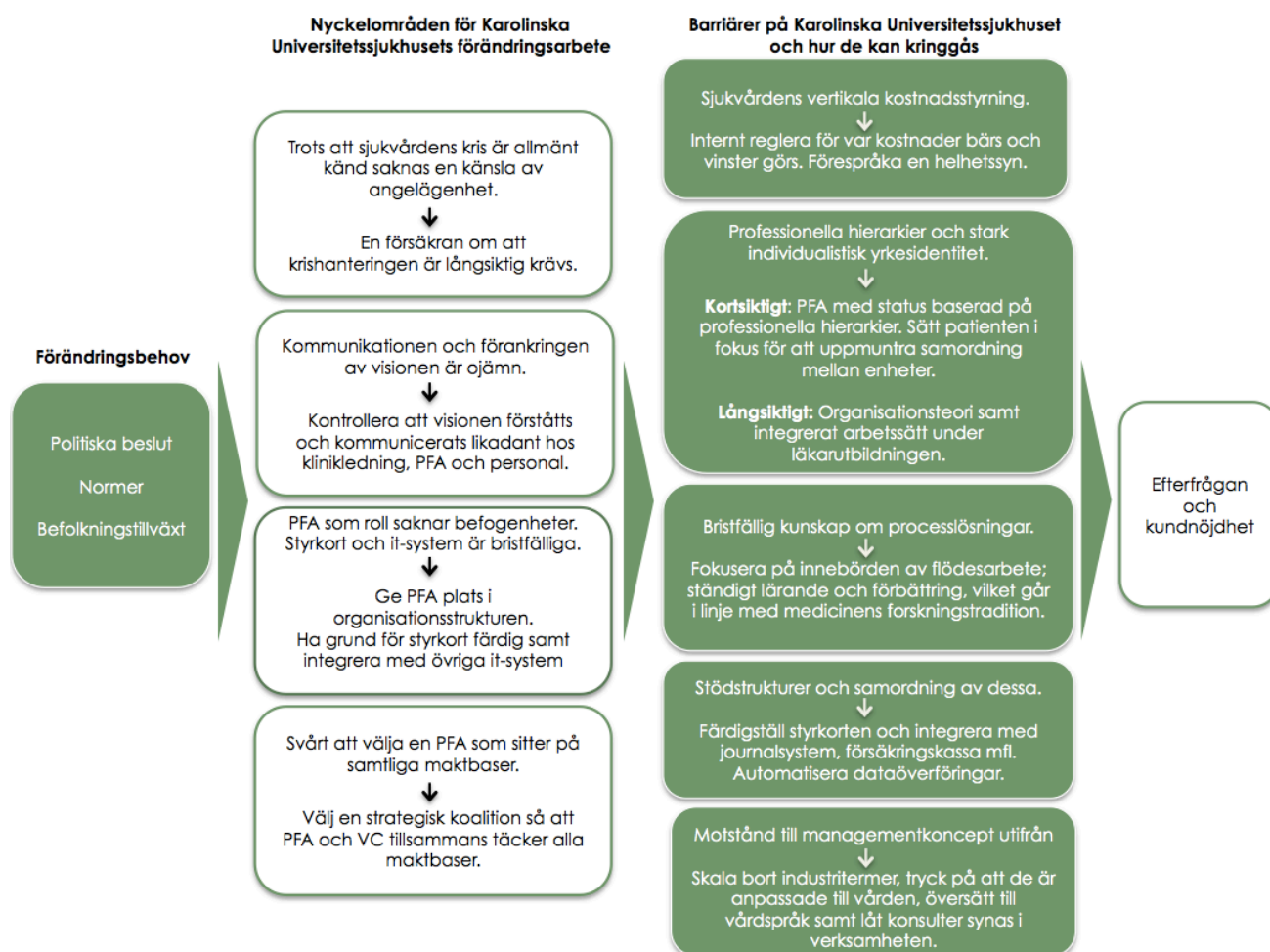
6. SLUTSATS OCH DISKUSSION

I detta avsnitt presenteras svaret på forskningsfrågan utifrån den empiri och teori som använts. Slutsatsen presenteras i två modeller, en specifik för Karolinska Universitetssjukhuset och en för svenska sjukvårdsorganisationer generellt, med avsikt att belysa faktorer vi identifierat som viktiga när dessa organisationer ska bli mer processorienterade. Därefter följer diskussion kring uppsatsens bidrag samt implikationer för fallorganisationen och förslag på framtida forskning.

6.1 Slutsats kring Karolinskas förändring mot processorientering

Syftet med studien har varit att identifiera och undersöka de hinder som de patientflödesansvariga stöter på, hur dessa kan lyckas i sitt förändringsarbete samt om de element som anses nödvändiga för organisationsförändringar finns på plats idag.

I modellen nedan (figur 10) sammanfattas analysavsnittets viktigaste insikter och forskningsfrågan besvaras. Från vänster visas de faktorer som skapar förändringsbehovet, därefter visas de element som saknas för en framgångsrik förändring samt hur Karolinska kan angripa dessa. Tredje spalten tar upp barriärer som identifierats specifikt för fallorganisationens pilotprojekt samt ger förslag på hur dessa kan kringgåas för att ge Karolinska riktlinjer inför kommande patientflödesgrupper. Fjärde och sista spalten symboliserar organisationens mål, att tillgodose efterfrågan på vård samt tillföra värde till patienten och skapa kundnöjdhet.



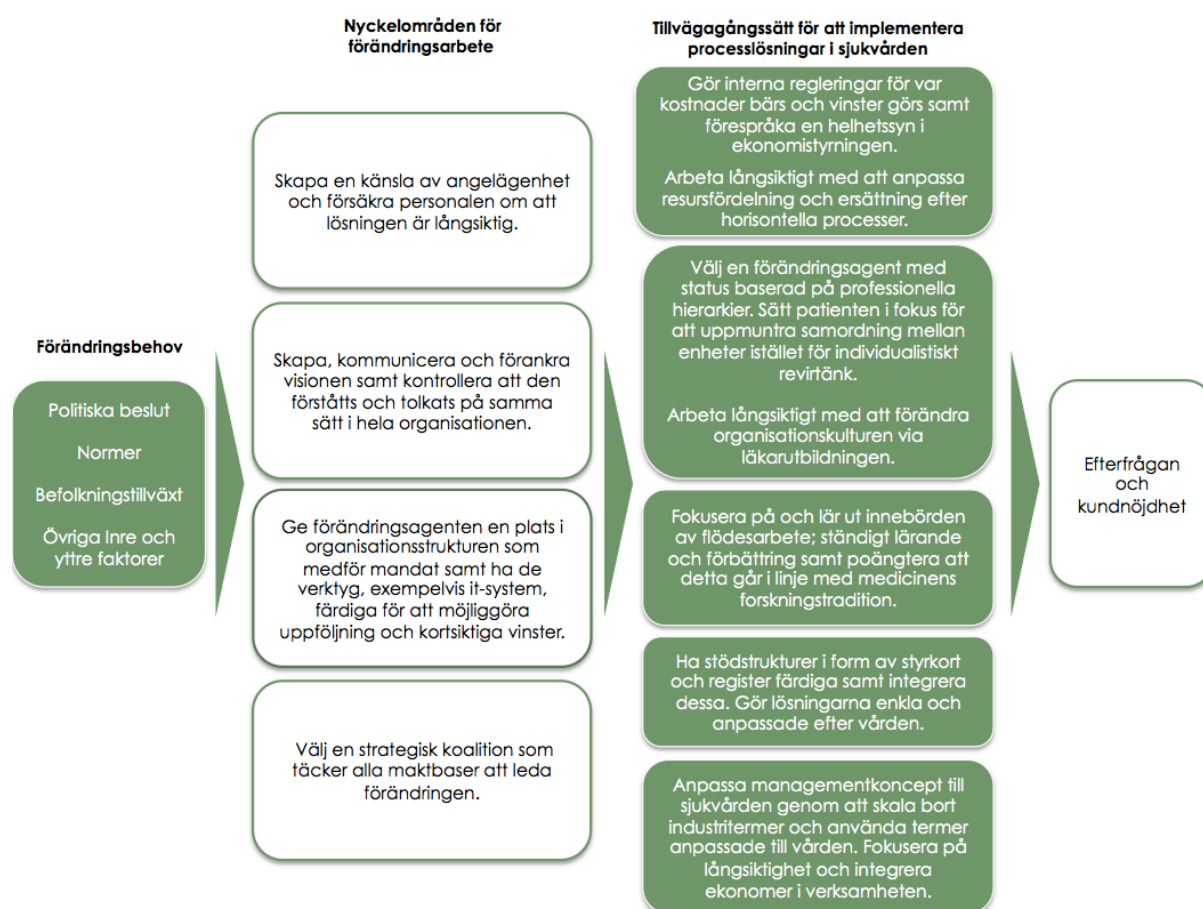
Figur 10: Fallspecifik modell, framtagen av författarna utifrån studiens teoretiska ramverk och analys.

Slutsatsen är således att Karolinska Universitetssjukhuset i dagsläget saknar en del av de element som enligt teorin anses nödvändiga för att framgångsrikt kunna genomföra en organisationsförändring. Vidare har ett antal barriärer hänförliga till sjukvården och pilotprojektet identifierats, däribland en vertikal kostnadsstyrning som motverkar ett horisontellt flödestänk, professionella hierarkier och en yrkesidentitet som underminerar chefer samt skapar samarbetssvårigheter mellan enheterna. Det tycks även föreligga bristande kunskaper om processlösningars egentliga innebörd, ett stort motstånd till managementkoncept hämtade från industri eller näringsliv samt avsaknad av relevanta stödstrukturer i form av integrerade it-system.

6.2 Slutsats kring implementering av processlösningar i sjukvården

Syftet innefattar även att bidra med kunskap om vad som krävs när en sjukvårdsorganisation går från en funktionell till processorienterad sådan. För att göra detta har vi kombinerat resultaten

från fallstudien med den teoretiska undersökningsmodellen och sedan skapat en modell specifikt anpassad för sjukvårdsorganisationer.



Figur 11: Generell modell när sjukvårdsorganisationer går mot processorientering, framtagen av författarna utifrån studiens resultat och teoretiskt ramverk.

6.3 Empiriskt och teoretiskt bidrag

Det empiriska bidrag vi ser studien ge är en djupare förståelse för vilka hinder och barriärer som förändringsagenten stöter på i den svenska sjukvården samt riktlinjer och förslag på hur dessa kan kringgå.

Det från början relativt breda teoretiska ramverket resulterade i en undersökande modell som vi med hjälp av studiens resultat vidareutvecklade till en mer generellt applicerbar modell för vad som krävs när sjukvårdsorganisationer går mot processorientering, samt vanliga fallgropar och hur organisationer kan överkomma dessa. Modellen (figur 11) i sig är ett bidrag då den överbryggar gapet mellan organisationsteori och hur svensk sjukvård fungerar. Ett bidrag som kan göras till forskningen är att belysa att det stora motståndet mot processlösningar inte baseras

på konceptens innebörd utan snarare var de kommer från samt vilka begrepp som används. Genom att anpassa både begrepp och koncept till sjukvården samt tydliggöra långsiktigheten kan förändringsgenomslaget bli betydligt större än i dagsläget.

6.4 Implikationer för fallorganisationen

Vi hoppas att studiens resultat kan uppmärksammas av Karolinska Universitetssjukhuset samt ge avdelningen för Strategisk Sjukvårdsutveckling och Vårdproduktion en större inblick i hur de patientflödeansvariga uppfattar att arbetet fortskrider. Identifieringen av de viktigaste elementen för att förändringsarbetet ska lyckas, samt hur de hinder som finns kan pareras, gör det möjligt för Karolinska att finjustera sin strategi så att utrullningen av VBV kan fortlöpa mer smärtfritt. De föreslagna implikationerna för Karolinska Universitetssjukhuset återfinns i avsnitt 6.1 och tillhörande modell (figur 10).

6.5 Fortsatt framtida forskning

Eftersom fallstudien undersökte ett tämligen outforskat och nytt koncept, värdebaserad vård, där pilotprojekten ännu inte kommit så långt anser vi det intressant att i framtiden studera utvecklingen av de patientflödesansvarigas arbete vidare. För att öka generaliserbarheten vore det fördelaktigt att studera de nuvarande flödena över en längre tid. Då det i dagsläget enbart finns nio pilotgrupper begränsar detta urvalet varför vi även anser att man borde studera fler patientflöden i framtiden.

Då den vertikala resursstyrningen och ersättningssystemen identifierats som ett stort hinder vore det av stor nytta att undersöka huruvida andra ersättningssystem skulle kunna fungera bättre i den svenska hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i motståndet mot managementkoncept utifrån kan det även finnas ett värde i att forska mer kring vilka faktorer som skapar detta motstånd, för att kunna utveckla ett processorienterat koncept specifikt anpassat för svensk sjukvård.

7. REFERENSLISTA

7.1 Tryckta källor

Alvesson, M. (2011) *Intervjuer-genomförande, tolkning och reflexivitet*, Malmö, Liber

Bate, P. (2000). "Changing the culture of a hospital from hierarchy to networked community", *Public Administration*, vol. 78, nr. 3, s. 485-512.

Beckerman, C. (2008), "Sjukhus eller sjukvård – design av betong och infrastruktur". I: Helgesson, C. & Winberg, H. (red.) (2008). *Detta borde vårddebatten handla om*, Stockholm, IFL och EFI: Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm

Bernerth, J.B., Walker, H.J. och Harris, S.G. (2011). "Change fatigue: Development and initial validation of a new measure", *Work & Stress*, vol. 25, nr. 4, s. 321-337.

Bryman, A. och Bell, E. (2013), *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Stockholm, Liber

Burke, W. W. och Litwin, G. H. (1992). "A causal model of organizational performance and change", *Journal of Management*, vol. 18, nr. 3, s. 523.

da Silva, L., Damian, I., de Pádua, S. (2012), "Process management tasks and barriers: functional to processes approach", *Business Process Management Journal*, vol. 18, nr. 5 s. 762-776.

Dawson, P. (2002). *Understanding Organizational Change: The Contemporary Experience of People at Work*, SAGE Publications Ltd. (UK), London, GBR.

Fernler, K. (2012). "Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete." I Rognes, J. och Krohwinkel Karlsson, A. (2012). Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar. *Leading Health Care nr 2*

Fernler, K. (1996) *Mångfald eller likriktning - effekter av en avreglering*. Stockholm, Nerenius och Santérus

Fillingham, D. 2007, "Can lean save lives?", *Leadership in Health Services*, vol. 20, nr 4, s. 231-241.

Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001), "Managing the care of health and the cure of disease – part I: differentiation". I: *Health Care Management Review*, vol 26, nr 1, s. 56-69.

Glouberman, S. och Mintzberg, H. (2001), Managing the care of health and the cure of disease – part II: integration". I: *Health Care Management Review*, vol. 26, nr 1, s. 70-84.

Hartman, J (2001), *Grundad teori – teorigenerering på empirisk grund*, Lund, Studentlitteratur

Jacobsson, T. (2010). *Implementering av processlösningar i sjukvården*, Diss. Göteborg: Chalmers

tekniska högskola

Kash et al. (2014), "Success Factors for Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators' Perspectives", *Journal of Health Care Management*, vol. 59, nr 1.

Kotter, J. P. (1995). "Leading Change: Why Transformation Efforts Fail", *Harvard Business Review*, mars-april

Kotter, J. P (1996), *Leading Change*, Boston, Mass. : Harvard Business School Press

Kraus, K. och Lind, J. (2008). "Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna?". I Helgesson, C. och Winberg, H. (red.) (2008), *Detta borde vårddebatten handla om*, Stockholm, IFL och EFI: Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm

Kvale, S. Brinkmann, S (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund, Studentlitteratur

Modig, N och Åhlström, P. (2012) *Detta är lean: Lösningen på effektivitetsparadoxen*, Stockholm: SSE Institute for Research

Nilsson, G. (2003) *Processorientering och styrning: Regler, mål eller värderingar?* Stockholm, EFI: Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm

Nordenström, J. (2014). *Värdebaserad vård: Är vi så bra vi kan bli?*, Stockholm, Karolinska Institutet University Press

Normann, R. (1976) *På spaning efter en metodologi*, Stockholm, Siar Dokumentation

Oakland, J.S. och Tanner, S. 2007, "Successful Change Management", *Total Quality Management & Business Excellence*, vol. 18, nr. 1, s. 1-19.

Paim, R. C. S., Caulliraux, H, Cardoso, R. (2008), "Process management tasks: a conceptual and practical views", *Business Process Management Journal*, vol. 14, nr 5, s. 694-723.

Radnor, Z. och Boaden, R. (2010), "Editorial: Lean in Public Services – Panacea or Paradox?", *Public Money and Management*, vol. 28, nr. 1, s. 3-7

Seddon, J. 2005, "Freedom from command and control", *Management Services*, vol. 49, nr. 2, s. 22-24

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. 3e uppl. Thousand Oaks, Sage Publications

Östman, L (1993): *De vertikala och horisontella styrprocessernas betydelse för den ekonomiska effektiviteten*. I Samuelson, LA och Östman, L: *Redovisningens Roller*. Stockholm: (red) EFI: Ekonomiska Forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm

7.2 Elektroniska källor

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Hämtad: 2015-05-10

Karolinska Universitetssjukhuset. (2014) Titel: Om Karolinska,

<http://www.karolinska.se/om-karolinska/>

Hämtad: 2015-04-14

Porter, M. E. (2014) Titel: Value Based Health Care Delivery: Implications for Sweden,

http://www.sveus.se/documents/Presentationer/Sveus_konferens_141125_Michael_E_Porter.pdf

Hämtad: 2015-03-07

Ringman Ugglå, A. och Samsom, M. (2014) Titel: Value Based Health Care,

http://www.sveus.se/documents/Presentationer/Sveus_konferens_141125_Samsom_Ringman_Ugglå.pdf

Hämtad: 2015-03-07

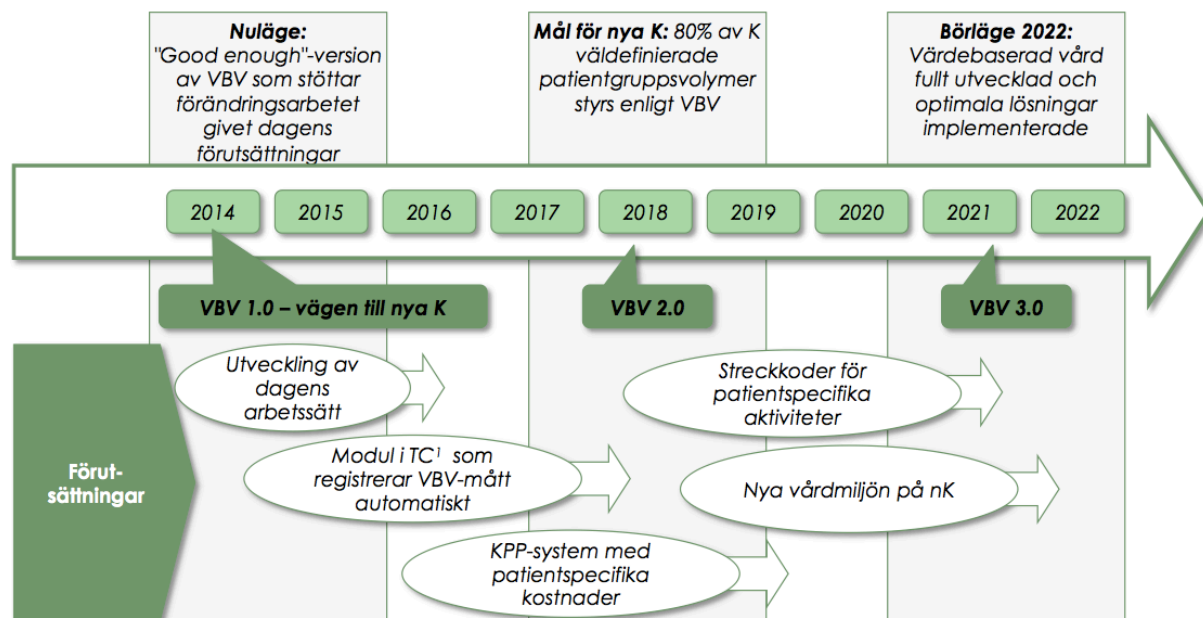
Övrigt material från Karolinska:

Karolinska Universitetssjukhuset (2015). Titel: Intro till VBV

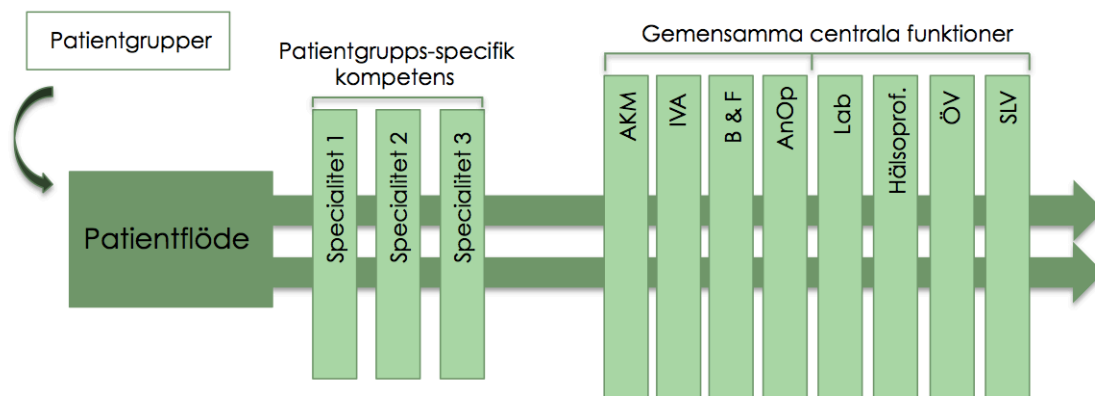
Karolinska Universitetssjukhuset (2015). Titel: Sammanställning av utvärderingar kring PFA-roll

Nordenström, J. (2015) Titel: Värdebaserad vård - en ny färdriktning för vården?

8. APPENDIX



Figur 12: Utrullning av VBV, (Karolinska Universitetssjukhuset, 2015)



Figur 13: Visualisering av patientflöde, (Karolinska Universitetssjukhuset, 2015)

Innebörden av rollen som patientflödesansvarig

Säkerställer patienten alltid först!

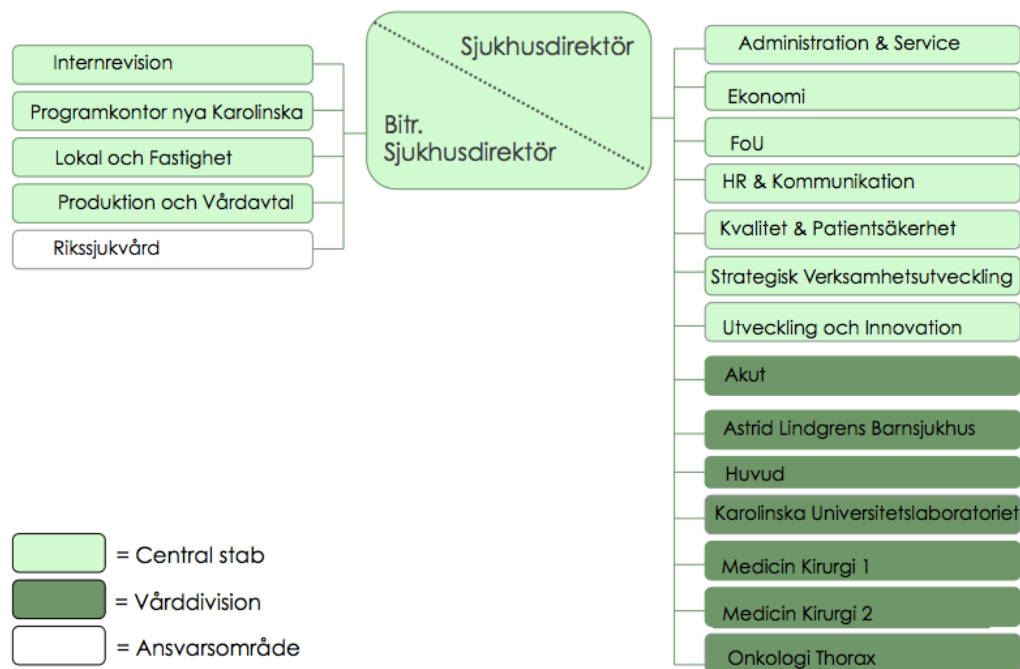
Ansvarsområden

Patientgrupp	Ansvarig för en av tre typer av patientgrupper – baserad på diagnos, symptom eller multipla faktorer
Patientflöde	Hela patientflödet från det att patienten kommer till Karolinska till utskrivning
Samordning	- Inom patientflödet samordna med vårdgrannar - Externa partners, även av mer innovativ natur - Säkerställa att ny forskning och evidens integreras
Arbetsgrupp	- Sätta samman och sammankalla det multiprofessionella och multidisciplinära team som samverkar kring patientflödet - Säkerställa patientinvolvering
Vårdprogram	Säkerställ att alla patienter behandlas enligt vårdprogram, och att vårdprogrammen innefattar relevant multiprofessionell bedömning
Resultat	Uppföljningsansvar av resultat för de utfalls- och resursmål som definierats för respektive patientflöde
Förbättringsarbete	Driva arbetet med ständiga förbättringar i nära samarbete med arbetsgrupp och verksamhetens chefer

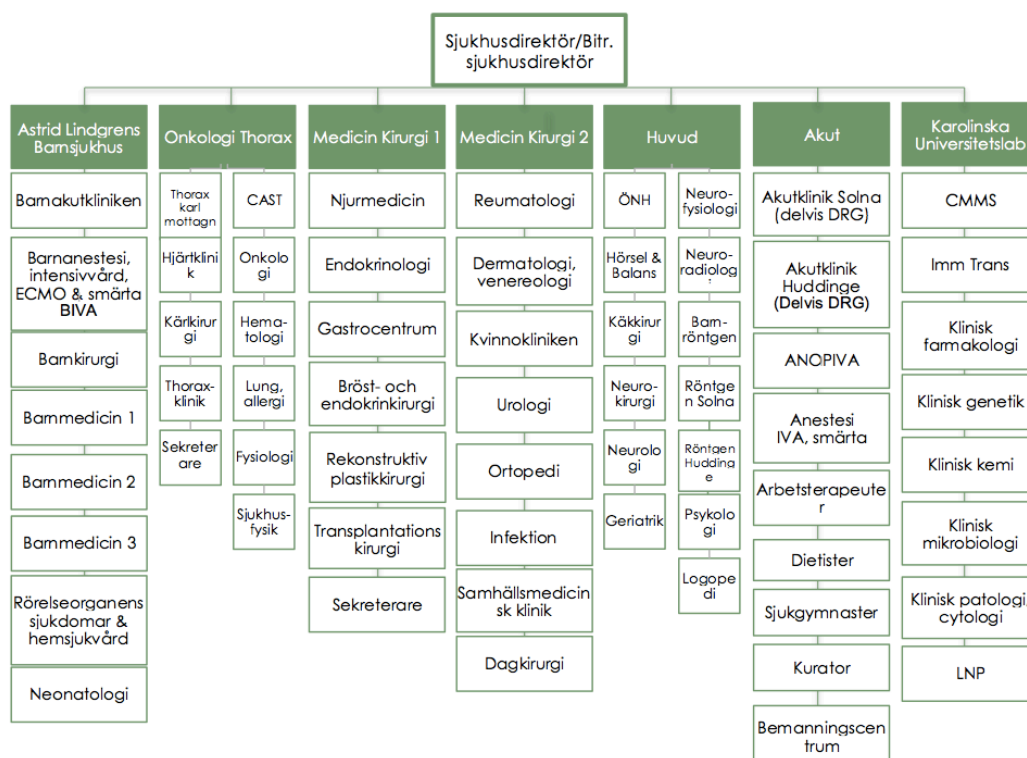
Figur 14: Ansvarsområden för den patientflödesansvarige, (Karolinska Universitetssjukhuset, 2015)

Intervjuad	Plats	Intervjudatum
Magnus Lord	Telefonintervju	2015-01-20
Pär Åhlström	Handelshögskolan i Stockholm	2015-01-27
Eva Flock-Lindahl	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-03-11
Eva Flock-Lindahl	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-03-20
Magnus Lord	Telefonintervju	2015-04-02
PFA 3	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-04-10
PFA 4	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-04-13
PFA 6	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-04-13
Eva Flock-Lindahl	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-04-15
PFA 1	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-04-15
PFA 7	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-04-20
PFA 5	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-04-21
PFA 2	Karolinska Universitetssjukhuset	2015-05-05

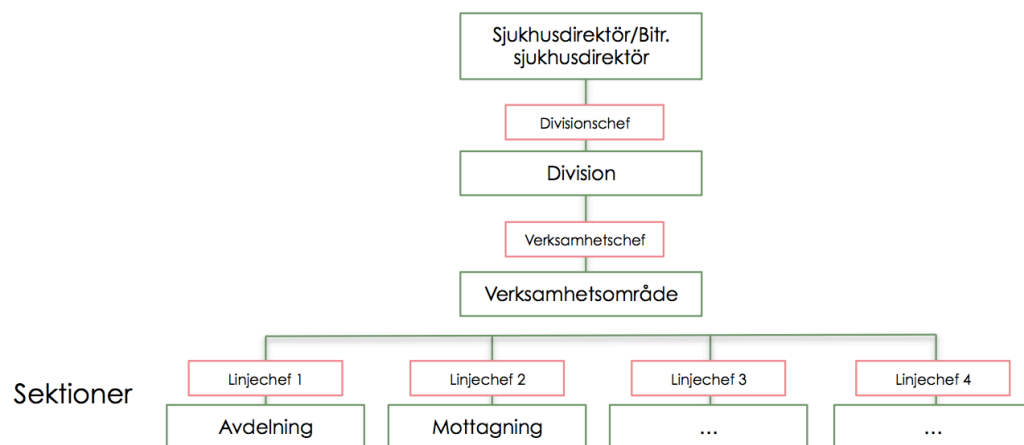
Figur 15: Intervjuschema



Figur 16: Organisationsstruktur Karolinska Universitetssjukhuset 2013-03-19



Figur 17: Organisationsstruktur Karolinska Universitetssjukhuset



Figur 18: Exempelbild över organisationsstrukturen på lägre nivå

Intervjuguide

Bakgrund/Introduktion

- Kort presentation av oss själva, syftet med studien, anonymitet
- Intervjupersonens bakgrund och position (plats i organisationsschemat)
- Tidigare upplevelser med flödesledare?

Arbetet som PFA

- Kan du berätta lite om din patientgrupp och flödet?
- Hur upplever du att det går?
- Svårigheter och utmaningar, vad har varit lätt/svårt?

Samordning/styrning/förändringar

- Hur är samarbetet med andra enheter i patientflödet?
- Möjligheter att påverka och att genomföra förändringar
- Skillnad på egna kliniken respektive i hela vårdkedjan?
- Hur går det till när saker på kliniken ska förändras?

Stöd/följsamhet

- Hur upplever du stödet uppiifrån?
- Hur är följsamheten ”underifrån”/av personalen?

PFA-rollen

- Hur kan din roll som PFA underlättas?
- Optimal PFA-roll, hur är den utformad?
- Uppskattning av tiden som krävs

Avslutning

- Övrigt att tillägga, någonting vi borde veta?