

Granskning av NU, SkaS och SÄS införande av processororientering

En revision genomförd av Capgemini Consulting på uppdrag av
Revisionsenheten vid Västra Götalandsregionen

Februari 2009

Sammanfattning

I syfte att utföra en jämförande granskning av NU, SkaS och SÄS införande av processororientering och processutveckling och fastställa status och utvecklingspotential har en revision genomförts av Capgemini Consulting på uppdrag av Revisionsenheten vid Västra Götalandsregionen.

Trots att de tre sjukhusen har olika bakgrund och erfarenheter av processarbete, vilket präglar de angreppssätt för processororientering de använt, är flera av deras utmaningar snarlika. Avsaknaden av ett tydligt och klart formulerat övergripande syfte och ett tydligt och mätbart mål för arbetet med processororientering samt svårigheten att följa upp resultatet av arbetet är några exempel. Att det saknas en tydlig koppling mellan styrkort och processmålen är ett annat.

Det som skiljer sjukhusen åt är främst angreppssätt för processororientering. NU, som har minst erfarenhet av processutvecklingsarbete, inriktar sig på ett breddinförande av processororientering med en massiv utbildningsinsats. SkaS har längst erfarenhet av processutveckling och driver ett successivt införande av processororientering med utbildningsinsatser allteftersom processororienteringen fortskrider. SÄS utnyttjar tidigare förbättringsprogram för att målinriktat utbilda och införa processororientering för de identifierade och godkända processerna. Samtliga sjukhus strävar efter en tydlig och balanserad matrisorganisation, men ser samtidigt de utmaningar och potentiella konflikter organisationsformen medför.

Det går inte att objektivt bedöma vem som kommit längst i processarbetet då detta beror på perspektivet. Ur lärandesynpunkt kan dock samtliga sjukhus ta intryck och lära av varandra inom olika områden:

- NU har ett välgenomtänkt och ambitiöst program i seminarieform för breddinförande av processororientering
- SkaS har en mognad och förankring i organisationen av förbättringsarbete samt en ambition att utbilda alla inom processororientering
- SÄS har ett välstrukturerat och -dokumenterat införandeprogram med tydligast fokus på mål samt resultatuppföljning, och engagerar alla i förbättringsarbete via platsteam

Innehåll

Inledning.....	4
Bakgrund, syfte och mål med processorienteringen	5
NU - Bakgrund, syfte och mål	5
SkaS - Bakgrund, syfte och mål.....	5
SÄS - Bakgrund, syfte och mål	6
Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer	7
Processmål, -mått och -uppföljning	8
NU - Processmål, -mått och -uppföljning.....	8
SkaS - Processmål, -mått och -uppföljning.....	8
SÄS - Processmål, -mått och -uppföljning	9
Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer	9
Genomförande, angreppssätt och metoder	10
NU - Genomförande, angreppssätt och metoder	10
SkaS - Genomförande, angreppssätt och metoder	11
SÄS - Genomförande, angreppssätt och metoder.....	11
Jämförelse mellan sjukhusen	12
Organisation, ledning och styrning.....	14
NU – Organisation, ledning och styrning.....	14
SkaS - Organisation, ledning och styrning	15
SÄS - Organisation, ledning och styrning.....	15
Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer	16
Kommunikation och erfarenhetsutbyte	18
NU - Kommunikation och erfarenhetsutbyte	18
SkaS - Kommunikation och erfarenhetsutbyte	18
SÄS - Kommunikation och erfarenhetsutbyte	19
Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer	19
Resultat.....	21
NU - Resultat	21
SkaS - Resultat.....	21
SÄS - Resultat.....	22
Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer	23
Förändringskultur.....	24
NU - Förändringskultur	24
SkaS - Förändringskultur.....	24
SÄS - Förändringskultur	24
Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer	25
Sammanfattning och slutsatser	26
Appendix 1 - Sammanfattning.....	27
Appendix 2 - Intervjupersoner.....	30
Intervjupersoner NU.....	30
Intervjupersoner SkaS	30
Intervjupersoner SÄS	30
Appendix 3 - Webenkätsvar	31
Webenkätsvar NU	31
Respondenter.....	31
Ledning.....	31
Kommunikation	32
Processmål och -mätetal	33

Förändringskultur.....	33
Mognad.....	34
Kompetens	36
Egna åsikter.....	36
Webenkåtsvar SkaS.....	40
Respondenter.....	40
Ledning.....	40
Kommunikation	41
Processmål och –måtetal	42
Förändringskultur.....	43
Mognad.....	44
Kompetens	45
Egna åsikter.....	46
Webenkåtsvar SÅS.....	48
Respondenter.....	48
Ledning.....	48
Kommunikation	49
Processmål och -måtetal	50
Förändringskultur.....	50
Mognad.....	51
Kompetens	53
Egna åsikter.....	53
Appendix 4 - Seminarieupplågg NU.....	58
Appendix 5 – Utdrag ur SkaS-guiden	59
Appendix 6 – Utdrag ur beskrivningen av SÅS-modellen.....	65

Inledning

Revisionsenheten vid Västra Götalandsregionen har uppmärksammat behovet att systematiskt kvalitetsutveckla sjukvårdsverksamheten i syfte att effektivisera denna. Processutveckling har införts helt eller delvis på regionens sjukhus och sjukhusen har konstruerat egna arbetssätt med begränsad koppling till och lärande av varandra. För att utföra en jämförande granskning av SkaS, NU och SÄS införande av processororientering och processutveckling och fastställa status och utvecklingspotential har en revision genomförts av Capgemini Consulting på uppdrag av Revisionsenheten vid Västra Götalandsregionen. Granskningen gjordes i form av djupintervjuer (*Se appendix 2 för intervjupersoner*), enkäter samt granskning av övergripande och styrande dokument. Verifiering av lägesbilden gjordes genom en work shop med representanter från respektive enhets ledningsgrupp.

Upplägg

Samtliga sjukhus är beskrivna utifrån sju områden, vilka tillsammans med inledning och slutsatser utgör rapportens huvudkapitel. Under respektive område finns det en beskrivning av varje sjukhus baserat på intervjuresultat och den dokumentation som erhållits, följt av resultat från enkäterna. Varje kapitel avslutas med analys i form av kommentarer samt jämförelse mellan de olika sjukhusen. I första delen av appendix finns en sammanfattande sammanställning per kapitel för varje sjukhus. I appendix återfinns mer detaljerat material för processororientering på sjukhusen.

Analysen baseras på en sammanvägning av informationskällor där djupintervjuerna bildar basen. Intervjuerna påverkas av den intervjuades synpunkter och uppfattningar och ger på så sätt även en bild av hur de upplever situation, arbetssätt m.m. De ger även en värdefull bild av hur väl förankrad och förstådd arbetet med processororientering är. Faktauppgifterna från intervjuerna har verifierats via data- och dokumentinsamling. För att få en representativ bild för hur chefer på alla nivåer i organisationen uppfattar arbetet med processororientering skickades enkäter ut till dessa.

Analysen görs utifrån granskarnas erfarenhet inom området, vilket innefattar såväl ingående branschkunsknad som expertis inom förändringsarbete, processororientering, Lean och Six Sigma.

Bakgrund, syfte och mål med processorienteringen

NU - Bakgrund, syfte och mål

Initiativtagare till införandet av processorientering var nuvarande Sjukhusdirektören. Processorientering genomförs som en del av Vård 2010-projektet som startades 2005 och som syftar till samverkan mellan sjukhusen inom NU-sjukvården. Förutom processorientering finns flera andra projekt som drivs inom vård 2010 bl.a. Genomförandeprojektet som syftar till att skapa en nivåstrukturerad arbetsfördelning mellan sjukhusen i Trollhättan och Uddevalla, har för närvarande högst prioritet i organisationen och har målet att göra Norra Älvsborgs länssjukhus (NÄL) till ett komplett akutsjukhus med den tyngre operativa verksamheten och Uddevalla sjukhus (US) till ett mer elektivt präglad sjukhus med ett antal profilområden.

I början av 2007 beslutades att NU-sjukvården skulle breddinföra processorientering för att säkerställa arbetet enligt SOSFS 2005:12 (God Vård). Framtagande och förankring utgick från ledningskansliet för NU-sjukvården och involverade under våren 2007 successivt den strategiska respektive den operativa ledningsgruppen, och senare den nybildade ledningsgruppen för NU-sjukvården (september 2007).

Huvuduppdraget att ansvara för framtagande av ett koncept för breddinförandet av processorientering i NU-sjukvården gav Sjukhusdirektören våren 2007 till en chefsläkare, som successivt under året formade en stab med fem verksamhetsutvecklare organiserade i Lednings- och Verksamhetsstöd.

Syfte och mål

Syftet med att införa processorientering uttrycks av Sjukhusdirektören som att skapa en struktur för ett arbetssätt, att förbättra kvaliteten, minska genomloppstiderna för patienterna och skapa en grund för fortsatt framtida förändringsarbete. Under intervjuerna beskrev ledningsgruppsmedlemmarna syftet på ett likartat sätt, men med andra ord.

NU-sjukvårdens övergripande mål med processorientering beskrivs som "att säkerställa utveckling av patientperspektiv och verksamhetsuppföljning enligt styrkort för NU-sjukvården". Däremot finns det inga övergripande mätbara mål satta och vid intervjuerna framkom att de inte känner till något uttalat mål med processorienteringen

NU har även ett införandemål, vilket säger att minst 80 % av verksamhetens volym ska processorienteras.

Enkätresponenter

Enkätresponenterna anser sig ha en klar bild över syfte och mål med processorientering på en övergripande nivå. Dock undersöker inte enkäten huruvida respondenterna verkligen vet vilket målet respektive syftet är. (Se appendix 3 för enkätresultat)

SkaS - Bakgrund, syfte och mål

SkaS processarbete har utvecklats gradvis och iterativt. I slutet av 90-talet inledde SkaS en breddutbildning inom processarbete, som fortfarande pågår. Man ville ta bort slöseriet och få nöjdare kunder. Arbetet byggde bl.a. på TQM¹-tankar och processer blev betraktat som ett arbetsverktyg. SkaS hade viss framgång i sitt förbättringsarbete men resultaten var sällan beständiga och organisationen föll ofta tillbaka till det gamla sättet att arbeta.

När balanserade styrkort introducerades 2003 via ett regioninitiativ, blev det en nyinjektion för processarbetet. Man började tänka strategi med koppling till process, och processer blev nu en värdering snarare än en metod. 2005 genomförde SkaS en så kallad Genombrottsvåg, baserad på genombrottsmetodiken med fokus på patientsäkerhet och tillgänglighet, men även här var det svårt att uppnå resultat som var bestående.

I samband med SkaS övergripande strategi "Offensiv verksamhetsutveckling" 2004 kom SkaS Utvecklingschef första gången i kontakt med Six Sigma. SkaS blev övertygad om potentialen i Six Sigma via ett pilotprojekt och det beslutades om en satsning som påbörjades hösten 2005. Utrullningen var ambitiös

¹ Total Quality Management

med utbildning av ca 35 stycken anställda. Dock blev det tydligt i Six Sigma projekten att även om man arbetat med processororientering var många vårdprocesser dåligt utvecklade och processororienteringen behövde bli bättre, vilket åter initierade en satsning på processororientering. Denna satsning började med en förändring av organisationsstrukturen 2006 för att bättre kunna stödja processarbetet.

Syfte och mål

Sjukhusdirektören uttrycker syftet med processororienteringen som att göra arbetet rätt från början och att designa vården efter patientens behov. Dessutom ska disciplinuppdelningen brytas upp, "överbrygga diken mellan disciplinerna", och processororientering ses som ett medel att öka kvaliteten till en lägre kostnad. Ledningsgruppen uttrycker syftet med processororientering i snarlika termer då de tillfrågas.

Det finns besparingsmål kopplat till processarbetet, 60 MSEK ska identifieras i processerna och den ekonomiska problembilden på 250-300 MSEK ska lösas på några års sikt. Inte alla intervju personer upplevs känna till dessa mål, de flesta ser processororientering som ett hjälpmedel att nå övergripande mål i styrkortet.

Införandemålet för processororienteringen är att 80% av verksamheten ska omfattas av den.

Enkätrespondenter

De flesta enkätrespondenter anser sig ha en bra bild av övergripande syfte och mål med processororienteringen. Dock undersöker inte enkäten huruvida respondenterna verkligen vet vilket målet samt vilket syftet är.

SÄS - Bakgrund, syfte och mål

Nuvarande Sjukhusdirektören tillträdde 2000 och var initiativtagare till ledar- och verksamhetsutvecklingsprogrammet LIFT (Ledning I Förändring och Tillämpning) som startade 2002 som ett led i att utveckla en förbättringskultur inom sjukhuset. Det fanns inget färdigt koncept utan innehållet utvecklades under programmets gång. De bärande idéerna var: Enighet i ledningen, Engagera alla, samt Uppföljning för resultat, lärande och förbättring. Dessa har också upprepats av flera av dem som intervjuats.

Under arbetet med LIFT insåg SÄS ledning att man måste arbeta med tvärfunktionella team och lade upp planen för att arbeta med två spår samtidigt: Arbetet med platsteamerna påbörjades och samtidigt skulle processerna identifieras. LIFT avslutades för tre år sedan och linjeorganisationen jobbar nu vidare med SÄS-modellen (se appendix 6 för Utdrag ur beskrivningen av SÄS-modellen) som innefattar de tre bärande idéerna, verksamhetshjulet och de fem ledstjärnorna. Processororienteringen kom i LIFT-arbetets slutskede i form av processansökningar och man började arbeta med processteam 2004. I maj 2007 togs ett styrelsebeslut att SÄS ska gå mot en processtyrd organisation. Nuvarande Processchef tillträdde i augusti 2008, vilket ytterligare har ökat fokus och struktur på processarbetet.

Syfte och mål

Under verifieringen med SÄS ledningsgrupp framkom att det övergripande syftet med att införa processororientering bäst kan uttryckas som att skapa en förbättringskultur och få ett tydligt patientfokus. De intervjuade beskriver syftet med processororientering på något olika sätt, men fortfarande inom ramarna för det övergripande syftet.

Målet med processororientering är inte kvantifierat men uttrycktes under verifieringen i termerna högre medicinsk kvalitet, förbättrade flöden och ständigt lärande. Dessa kan sammanfattas ytterligare och uttrycks även som:

- Ha med patientperspektivet i allt
- Skapa en förbättringskultur, inkluderande bättre flöden, medicinsk kvalitet, det ständiga lärandet

SÄS har inte satt något definitivt införandemål, men bedömningen är att ca 30-35 processer ska täcka 80% av verksamheten.

Enkätrespondenter

Enkätrespondenterna anser sig ha en klar bild över syfte och mål med processororientering på en övergripande nivå. Dock undersöker inte enkäten huruvida respondenterna verkligen vet vilket målet respektive syftet är.

Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer

Sjukhusen har helt naturligt olika bakgrunder och erfarenheter av processarbetet, vilket påverkat metod, organisation och angreppssätt för processororienteringen. SkaS har hållit på längst med erfarenheter av processarbete sedan slutet av 90-talet, och införandet av processororientering har främst skett genom successiv utbildning och kommit "underifrån" i organisationen. SÅS och NU har satt igång processororientering genom större initiativ (se vidare *Jämförelse mellan sjukhusen, kapitel Genomförande, angreppssätt och metoder*). SÅS har arbetat med processororientering i ca fyra år men har lagt grunden tidigare via LIFT-programmet och den påföljande SÅS-modellen. NU har arbetat med processororientering i knappt två år och har för närvarande en prioriteringskonflikt med Genomförandeprojektet. Det är tydligt på SÅS och NU att Sjukhusdirektören är den som initierat arbetet och samtliga intervjuade på SÅS och NU upplever att det tagits ett tydligt beslut om införande samt att det har kommunicerats till klinikchefer och verksamhetschefer.

Trots stort och tydligt ledningsengagemang finns otydligheter i övergripande mål, mätetal, visioner för processororienteringen på samtliga sjukhus. På samtliga sjukhus uttrycker de intervjuade syftet med processororientering i snarlika termer som initiativtagaren, dvs. Sjukhusdirektören eller chefen för verksamhetsutvecklingen, men det finns ingen kristallklar formulering som hela ledningen känner till eller uttrycker. På samma sätt är det med mätbara sjukhusövergripande mål för processororientering. På NU och SÅS saknar man kvantifierade mål. På SkaS finns det kvantifierade mål, men inte alla känner till dessa. Det är inte heller tydligt vad sjukhusen på sikt vill med processororienteringen. För det långsiktiga arbetet och förankringen i organisationen är det viktigt att både ledning och personal känner till syfte samt (mätbara) mål och kan kommunicera och följa upp mot dessa.

Enkätrespondenterna på samtliga sjukhus anser sig ha en bra bild av övergripande syfte och mål med processororienteringen. Enkäten undersöker dock inte huruvida respondenterna verkligen vet vilket målet respektive syftet är. På NU uppvisar en något större del av respondenterna osäkerhet kring syfte och mål än på övriga sjukhus.

Processmål, -mått och -uppföljning

NU - Processmål, -mått och -uppföljning

NU sätter mål per process men det finns inga generella riktlinjer för vilka mål och mått som ska användas för att mäta de övergripande processernas prestation. NU-sjukvården har styrkort och har i vissa fall brutit ner dessa till klinisknivå, men det varierar hur långt man kommit med styrkortet då det tidigare varit frivilligt. Några ser processororientering som en metod att nå målen i styrkortet. Däremot finns ingen tydlig koppling mellan processmål och styrkortet, och flera personer upplever att förståelsen av sambanden är liten. Det finns dock de som tycker att styrkortet blivit mer konkreta i och med arbetet med processororientering.

Under intervjuerna sades det att man inte vill ha mål för tidigt i processarbetet, innan man vet vad som behöver göras. Dock finns det ett antal specifika processmål och -mått som används för att följa upp processerna såsom medelvårdtider, väntetid och antalet nybesök/totala antalet besök. Ett för NU tänkbart processmål och -mått framöver är KPP (Kostnad Per Patient) som kan mäta totalkostnaden per patient genom hela processen. IT-systemen stödjer inte en sådan mätning fullt ut idag. Processansvarig är ansvarig för målsättning och uppföljning, men acceptans krävs från klinikledning.

Det uttrycks av ledningen att man mäter mot processmålen under seminariehalvåret, men det råder osäkerhet på hur det tas vidare eftersom ansvaret då övergått till verksamheterna i linjen. Målen och mätetalen ska rapporteras på uppföljningsmöten tre gånger per år där bl.a. ekonomi och processarbetet följs upp. Verksamhetscheferna träffar då Sjukhuschefen, Sjukhusdirektören samt stabscheferna för Ekonomi, Personal samt Lednings- och verksamhetsstöd. De flesta av verksamheterna har dock svårt att konkretisera ett samlat resultat av processarbetet. Överlag uttrycker de som intervjuats att uppföljningen kan bli bättre och att det ofta fallerar.

Enkätrespondenter

Enkätrespondenterna svarar att det saknas mål och mått, och man är osäker på hur uppföljning och korrigering för avvikelser sker.

SkaS - Processmål, -mått och -uppföljning

SkaS sätter mål på de processer som identifieras och anger att det ska finnas tillgänglighetsmål för alla processer, utöver det finns inga generella regler om vilka mätetal och mål som ska användas. Uppdragsgivaren, vilket ofta är en områdesansvarig, sätter uppdraget. Uppdraget behöver inte innehålla kvantifierade mål utan kan t.ex. formuleras "Kartlägga och optimera process X.", "Tillse att patientens behov står i centrum för processen.", "Arbeta enligt SkaS processmodell." .

Processägaren, vilket ofta är en verksamhetschef, är ytterst ansvarig för mått och mål, och processledaren är operativt ansvarig för mätningarna. Arbetet med en process inleds ofta med att basdata mäts såsom diagnos- och åldersfördelning samt var remisser kommer från. Konkreta mål sätts inte förrän specifika förbättringsområden identifierats. I intervjuerna uttalar man att typiska processmål som sätts är att uppnå vårdgarantin (öka tillgänglighet/ minska väntetid), korta ledtider och ta bort kvalitetsbristkostnader. För processerna används dels resultatmått som mäter de processövergripande målen, dels processmått som mäter mindre förbättringar inne i processen. Processmålen ska sättas i de fyra perspektiven i styrkortet och det finns exempel i SkaS-Guiden på hur integreringen mellan process och styrkort ska ske. Några intervjuade anser att man ser processarbetet som ett medel att nå de övergripande målen i styrkortet, men flera tycker att en direkt koppling mellan styrkort och processmålsättning saknas.

Utvecklingsdialoger sker tre gånger per år och används för att följa upp respektive områdes processarbete. Deltagare är bl.a. ledningsgrupp stab, områdeschef, verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare. Det framförs att det finns riktlinjer för hur ofta processmål ska mätas och följas upp, men flera av de intervjuade anser att uppföljningen ofta är det som fallerar. Det saknas ekonomisk övervakning av processerna och det är mycket manuellt arbete för att sammanställa data. De intervjuade säger att ambitionen är att kunna mäta tillgång, bemötande, utfall, tider och kostnader för samtliga processer, men att man idag i vissa fall mäter sådant som går att mäta bara för att mäta.

Enkätrespondenter

De flesta respondenter anser att processmål är tydliga, men att det inte alltid finns mätetal som följer upp dem.

SÄS - Processmål, -mått och -uppföljning

SÄS strävar inte efter att ha sjukhusövergripande mål och mått för processer, men i verksamhetsplanen finns det fastställda mål per process som följs upp kvartalsvis. Ansvaret för mål och mätetal ligger på processägaren som rapporterar dessa månadsvis till Processchefen.

Vid identifiering av en process ska processmål anges, men reflektioner från flera av de intervjuade var att dessa behöver integreras i den ordinarie styrningen. Helst ser de intervjuade att målen för respektive process är i linje med verksamhetens styrkort, men den tydliga kopplingen saknas ännu. En anledning till att det har varit svårt att få koppling mellan processmålen och den ekonomiska uppföljningen anses vara att det är svårt att få fram data för uppföljning på processnivå. De processmål och mått som finns idag mäter ofta de typiska horisontella styrparametrarna men även typiska processinriktade mätetal används såsom medelvårdtid, ledtid, väntetid samt kvalitet genom t.ex. patientnöjdhetmätningar. Det har bland de intervjuade uttryckts en svårighet i att hitta bra flödesmått som t.ex. ledtider/icke värdeskapande tid för patienter.

Sedan Processchefen tillsattes under 2008 lämnar varje processägare kvartalsvis en rapport med resultat för processen och processarbetet följs även upp i ledningsgrupp, sjukhusråd och på APT.

SÄS har utöver processteam även platsteam (*se SÄS – Organisation, ledning och styrning*). Platsteamet träffas var 14:e dag och följer upp handlingsplanen. Utöver detta sker team-seminarier två gånger per år per klinik där idéer och idélista presenteras.

Enkätrespondenter

Enkätrespondenterna svarar att man är osäkra på om det finns mål och mått och på hur uppföljning och korrigering för avvikelser sker.

Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer

Det är slående hur svårt sjukhusen säger sig ha att sätta och följa upp relevanta processmått. Varken organisationerna eller de befintliga systemen är uppbyggda för en måluppföljning ur processperspektivet. Svårigheterna att varken kunna sätta tydliga mål eller visa vilka resultat som åstadkommit påverkar negativt möjligheten att motivera både den egna organisationen och ledningen till fortsatt arbete med processutveckling.

Samtliga sjukhus sätter mål för de identifierade processerna, men saknar direktiv för vilka som är de viktiga generella processmåten. SÄS har dokumenterade processmål per process i sin verksamhetsplan. På NU och SkaS väntar man med att sätta processmål tills man arbetat ett tag med processen och vet vad som behöver förbättras. SÄS är tydligare i inledningen av processarbetet och processmål ska anges redan vid identifiering av en process.

Samtliga sjukhus ser ett problem i att följa upp vilka resultat processarbetet ger eftersom en del förbättringar görs direkt, innan man hunnit mäta utgångsvärden för processen och för att systemen inte alltid stödjer mätningar i processperspektivet.

Samtliga sjukhus saknar den tydliga kopplingen mellan processmålen och styrkorten, även om processer i sig är en del av styrkorten. Organisationerna har tyngdpunkt på linjen varför processmål och -mått inte passar in i strukturen eller i styrkorten och därför blir de både svåra att utveckla och att följa upp. Det upplevs från sjukhusen som att systemen hindrar effektiv mätning och uppföljning av processer.

På samtliga sjukhus uppvisar enkätrespondenterna en osäkerhet kring om man har mätetal som mäter processmålen. På SÄS och NU svarar många att man inte vet, medan man på SkaS svarar att man inte instämmer i att det finns sådana mätetal. På SkaS tycker dock många att processmålen är tydliga, det finns en större osäkerhet kring detta på NU och SÄS.

På SkaS anser respondenterna att man följer upp mätetal och vidtar åtgärder vid avvikelser, på NU och SÄS finns det en stor osäkerhet kring hur detta sker.

Genomförande, angreppssätt och metoder

NU - Genomförande, angreppssätt och metoder

Våren 2007 rekryterades en medicinsk utvecklingsstrateg med huvuduppdrag att ansvara för processororienteringen. Han är sedan juni 2008 chef för Lednings- och Verksamhetsstöd. Under första halvåret utvecklades metodiken för breddinförande av processororientering. En viktig aspekt att ta hänsyn till var att metodiken för processororienteringen anpassades till NU-sjukvården, som består av två sjukhus med sinsemellan olika kultur.

Ursprungligen ville ledningen börja med de största flödena inom akutsjukvården, men fattade sedan beslut om att de verksamheter som påverkades av Genomförandeprojektet skulle breddinföra processororientering först. Detta för att säkerställa att ofullständigt fungerande processer inte flyttades. Det fanns många avdelningar som ville vara med tidigt, men då resurserna för verksamhetsstöd inte räckte till fick flera av dessa vänta.

Processororienteringen är, med några få undantag, gjort inom klinikgränserna. Nästa steg blir att koppla ihop de klinikinterna processerna över klinikgränserna för att erhålla de gränsöverskridande processerna. Kirurgkliniken var först ut och började med processororienteringsarbetet hösten 2007. De var intresserade och hade en lämplig process och skulle påverkas av Genomförandeprojektet. I början av 2008 följde Medicinklinikerna samt Kliniken för geriatrik och rehabilitering. Hud- och infektionskliniken började sitt breddinförande i april 2008. I september startade verksamheterna för Laboratoriemedicin respektive Patologi samt Ögonkliniken, och i oktober Ambulansverksamheten och OMT (Ortoped- och medicinteknik).

Flera har uttryckt att man hade önskat att man kommit längre i processororienteringen innan man påbörjade Genomförandeprojektet, alternativt att man börjat tidigare med processororienteringen.

Metoder och verktyg

Vid breddinförandet på klinikerna hålls fem seminarier. Seminarier har genomförts klinikvis, hittills i tre omgångar med 40-50 personer per seminarium. Seminarierna har hållits parallellt för de deltagande klinikerna och består av fem heldagsträffar över sex månader, med arbete mellan. Första halvan av seminariedagen är klinikledning med, sista halvan är endast för processteamerna. Innan seminarierna har huvudprocesserna identifierats och diskuterats under ett så kallat dialogmöte. Efter att ha genomgått seminarierna släpps den direkta handledningen till kliniken, dock finns verksamhetsutvecklarna fortfarande kvar och kan stötta vid behov. *(Se appendix 4 för NU:s seminarieupplägg)*

Det finns en otydlighet om vad som händer efter att de fem seminarieomgångarna är avslutade. Många verkar tro att processarbetet är slut då och några personer har nämnt att det på det sista seminariet sagts att "Nu släpper vi er fria" vilket en del uppfattar som att "Nu är vi processororienterade och klara".

Införandet anses av somliga ha varit för strikt och det har inte funnits tillräckligt med utrymme för egna variationer, vilket vissa anser har dödat engagemanget på några avdelningar.

Det är inte allmänt känt bland de intervjuade vilka verktyg och metoder som finns för att stödja processororienteringsarbetet eller var de finns dokumenterade. Några metoder finns dock beskrivna, t.ex. får man på seminarierna PDSA²-mallar och de finns även på Lednings- och Verksamhetsstödet hemsida. Också metoden för processkartläggning finns dokumenterad där. Processteamerna och verksamhetsutvecklarna (Lednings- och Verksamhetsstöd) är utbildade på de metoder och verktyg som behövs och kan kallas in som kompetensresurs.

Enkätrespondenter

Hälften av respondenterna instämmer i frågan om det finns en metodik för processutveckling men man är oeniga i sina svar om metodiken finns dokumenterad. De flesta instämmer delvis i att sjukhuset har en bra bild över vilka processerna är, men instämmer i stort sett i att de identifierade processerna finns dokumenterade.

² Plan, Do, Study, Act

SkaS - Genomförande, angreppssätt och metoder

SkaS genomförde sina första processutbildningar i slutet av 90-talet och i samband med detta bildades även några första processgrupper. Detta initiativ avmattades dock efter några år när det inte efterfrågades från ledningen. När man runt 2003 åter tog tag i processarbetet låg mycket fokus på Six Sigma och SkaS började med en stor utbildningsinsats inom processorientering och Six Sigma. Över hälften av alla medarbetare har nu gått en grundkurs i processorientering och man har utbildat ca 40 stycken Six Sigma Black Belts och har ca 200 utbildade Green Belts. Därutöver har ett sextiotal medarbetare samt alla verksamhetschefer fått utbildning i kvalitetsutveckling. Dessutom har SkaS haft sex Lean workshops under 2007 och 2008 och Lean ansatser pågår på akuten KSS, ögonmottagningen och i Sömnapné-processen.

När nuvarande Utvecklingschef tillträdde för fyra år sedan bidrog han till att strukturera upp processarbetet. Han höll då ihop en obligatorisk utbildning under 1,5 år, vid åtta tillfällen per år, för alla verksamhetschefer. Utbildningen behandlade hur man leder en verksamhet och utvecklar den genom ständig förbättring. Dessa åtta årliga tillfällen har nu omvandlats till endagsmöten. År 2007 kom SkaS-guiden, vilken ytterligare har hjälpt till att strukturera upp processarbetet.

SkaS arbetar oftast med processer inom verksamhetsområdena, dvs. indelat efter linjeorganisationen, men några processer sträcker sig över verksamhetsgränserna. I processarbetet satsas i första hand på att lösa in- och utflödesfrågorna. Det har drivits många Six Sigma-projekt med bra resultat, men förändringarna har inte alltid blivit bestående.

SkaS anser att man hittills har varit "lite spretiga" i sitt angreppssätt, men ambitionen är att nu ta ett fastare grepp "uppifrån".

Metoder och verktyg

SkaS har en grundkurs i processorientering. En grupp, oftast en avdelning, anmäler sitt intresse och går en tvådagars utbildning. Gruppen har med sig en process de vill arbeta med. Grundkursen innehåller mest praktisk kartläggning, men man pratar också om andra viktiga aspekter såsom mål. Det finns även en fortsättningsutbildning, vilket är en endagskurs som innehåller en del repetition från grundkursen, men som lägger större vikt vid kundfokus, att mäta, sätta mål mm. SkaS har tillsammans med Chalmers Tekniska Högskola och Högskolan i Skövde startat upp en process- och förbättringsutbildning för hälso- och sjukvård som omfattar 30 högskolepoäng.

Det hjälpmedel som används är SkaS processmodell, vilken innehåller tio steg: från att utse processteamet till att välja metod för förbättringsarbete (*se appendix 5 utdrag ur SkaS-guiden*). Metoder som används i arbetet är bl.a. Six Sigma, SIPOC³, Lean samt PDSA. SkaS har ca 25 stycken verksamhetsutvecklare och förbättringsledare. Verksamhetsutvecklare får ofta rollen som processledare i processteamerna och bistår även med metodik samt håller i utbildningar.

Enkätrespondenter

Respondenterna instämmer i stort sett att man har en metodik för processutveckling och svarar att denna finns dokumenterad. Man instämmer i stort sett även till att sjukhuset har en bra bild över vilka processerna är samt att de identifierade processerna finns dokumenterade.

SÄS - Genomförande, angreppssätt och metoder

SÄS började med LIFT 2003 som två heldagars träffar om LIFT och vad det innebär. Utbildningen hölls av Sjukhusdirektören och konsulter från Handelshögskolan i Göteborg som varit med om att ta fram konceptet. LIFT-seminarierna var i första omgången inriktade på områdeschefer och stabschefer, sedan kom den s.k. 40-gruppen dvs. verksamhetschefer (klinikefer). Avdelningscheferna inkluderades ca ett år senare. Utbildningsprogrammet bestod av fyra seminarier på ett år. Parallellt vidtog utrollningen och utbildningen klinikvis där klinikefer var ansvariga för införandet. Totalt har ett par hundra LIFT seminarier hållits. Ambitionen är inte att alla ska bli utbildade i metodik och arbetssätt, men alla ska få information och engageras och därmed vara delaktiga i utvecklingsarbetet. Arbetet kallas idag för SÄS-modellen istället för LIFT, (*se appendix 6 Utdrag ur beskrivningen av SÄS-modellen*).

³ Supplier, Input, Process, Output, Customer

Huvudprocesserna väljs efter diagnos/diagnosgrupper och områdescheferna är ansvariga för att identifiering av processerna inom sina områden sker. När processen identifierats och alla deltagare i processteamet utsetts påbörjas processororienteringsarbetet med stöd och hjälp av processguiderna som står för metod och kompetens.

Metoder och verktyg

En processetableringsmodell har tagits fram som beskriver vad som behöver göras för att definiera processen, ta fram mål mm. Till hjälp finns verktyg och mallar t.ex. processansökan och mall för hur arbetet tas vidare, samt PDSA, som används vid förbättringsarbetet.

Flera av de intervjuade sade sig inte känna till om det fanns någon metod- eller verktygslåda för processarbetet men känner till att det finns mallar för tex processansökan. Däremot finns de ca 20 utbildade processguiderna som kan bidra med kunskap och metodik i processarbetet. Till varje process dediceras en processguide, som arbetar deltid i denna roll, samt en verksamhetsutvecklare eller processkonsult.

Enkätrespondenter

En stor del av respondenterna vet inte om det finns en metodik för processutveckling och inte heller om metodiken finns dokumenterad. Man instämmer i stort sett till att sjukhuset har en bra bild över vilka processerna är och är relativt eniga kring att de identifierade processerna finns dokumenterade.

Jämförelse mellan sjukhusen

Angreppssätten skiljer sig mellan sjukhusen. Medan SÄS och NU har drag av top down i sitt införande av processororientering, dvs. processororienteringen genomförs med tydligt tryck från ledningen, har SkaS drag av bottom up och processororientering har främst skett genom successiv utbildning och kommit "underifrån" i organisationen. På SÄS och NU har processororientering satts igång genom större initiativ, vilka inkluderar mer än bara processororientering. I termer av att åstadkomma bestående resultat, som gynnas av att förbättringarna kommer underifrån, har SkaS ett försprång i och med sitt långa arbete med processutveckling. Både SÄS och NU är för tillfället känsliga inom detta område då de just nu för in processororienteringen uppifrån och därför behöver vara extra observanta på uppföljning, genomförande och förankring ute i linjen.

SÄS och NU har inte någon ambition att utbilda alla i processororientering, även om man vill att alla ska ha förståelse för det. Däremot har SÄS ambitionen att alla ska vara delaktiga i förbättringsarbeten genom platsteamen. SkaS har ambitionen att utbilda alla i processororientering och har kommit långt i detta, över hälften av de anställda har gått en grundutbildning.

NU:s seminarieupplägg är ett bra exempel på hur ett genomgripande förbättringsarbete kan drivas, med regelbundna genomgångar under en längre tid och välgenomtänkta agendor. Seminarierna har fått mycket beröm under intervjuerna. Dock är det bara ett fåtal av alla anställda som hittills fått genomgå utbildningen och det finns heller ingen ambition att alla ska gå den. I detta uppstår en utmaning att erhålla bestående resultat av de förändringar man genomför och att kunna fortsätta arbetet med ständiga förbättringar, då inte alla i personalen är engagerade i processarbetet. Även uppfattningen att man efter seminariegenomgången är "... processororienterade och klara", riskerar leda till en successiv återgång till gamla arbetssätt.

På SkaS varierar processororienteringsarbetet mellan olika delar av organisationen och punktinsatser har gjorts genom Six Sigma-projekt och andra projekt. Då SkaS arbetat länge med sina processer, men saknat en sjukhusövergripande samordning och helhetsperspektiv, har det blivit svårt för alla att få samma bild av vad processororientering är och ska leda till. Processarbetet ger därför intryck av att vara spretigt. Å andra sidan har SkaS en vana att arbeta med processer och använder välbeprövade metodiker som Six Sigma för att utveckla processerna.

SÄS har en god grund för processororientering i det arbete som gjorts via LIFT-programmet och senare SÄS-modellen. Dessa initiativ har skapat en insikt i förbättringsarbete och en förståelse för vad processororientering innebär. Att alla anställda ska tillhöra ett platsteam ger även det en god grund för engagemang från de anställda.

Samtliga sjukhus utnyttjar PDSA som metod i sitt processarbete och samtliga har någon form av dokumentation av hur man arbetar med processer, där SkaS-guiden är den mest omfattande, tätt följd av SÄS modellen. Övrig dokumentation av metoder eller en "verktygslåda" för processarbete är dock begränsat

på samtliga sjukhus. SkaS utnyttjar Lean och Six Sigmas möjligheter för problemlösning och utveckling, men har utmaningen att få andra än de som är Six Sigma-utbildade delaktiga i arbetet med processutveckling.

På samtliga sjukhus har processarbetet börjat inom klinikerna och de verksamhetsöverskridande processerna är än så länge få. När de olika processerna inom klinikerna ska kopplas ihop till gränsöverskridande processer finns en risk att en del arbete behöver göras om, utifall inte helhetssynen funnits när klinikinterna skapat processerna.

På SkaS anser respondenterna att man haft goda möjligheter att påverka i processarbetet, på NU anser ungefär hälften av respondenterna detta, medan man på SÄS i liten grad tycker att man kunnat påverka processarbetet. På samtliga sjukhus, särskilt SÄS, är man tveksamma till hur väl implementeringen av processorientering fungerat, men man instämmer ändå helt i att respektive sjukhus bör fortsätta arbetet med processorientering.

Vad gäller metodiken så svarar respondenterna på SkaS att man har en metodik för processutveckling och att denna finns dokumenterad, men både på NU och SÄS visar respondenterna en stor osäkerhet kring metodik för processutveckling. På SkaS tycker man även att man fått bra metodstöd och utbildning, medan NU- och SÄS-responder inte instämmer i detta. SkaS-responenterna tycker att den interna kompetensen för processutveckling är god och på NU och SÄS instämmer man i stort sett i detta.

Organisation, ledning och styrning

NU – Organisation, ledning och styrning

Lednings- och Verksamhetsstöd är den organisation som av de intervjuade anses driva arbetet framåt. Verksamhetscheferna är ansvariga för införandet av processororienteringen i sin organisation och utser både processansvarig och processteam. Processansvarig rapporterar till verksamhetschefen. Verksamhetschefen är ansvarig för att personalen får sätta av tid för processarbetet och det är upp till närmaste linjefe che att frigöra tillräckligt med tid för de som är engagerade i arbetet för t.ex. seminarier och påföljande arbete. Den processansvarige är oftast en medicinskt ansvarig, dvs. en läkare. I sin roll som processansvarig har denne inte något ekonomiskt- eller personalansvar, befogenheterna finns i linjen. Den processansvariges uppdrag framgår av dialogmöte samt vid seminarium 1 och tydliggörs i en uppdragshandling, men de intervjuade anser ändå att det finns en otydlighet om vilket ansvar och befogenheter en processansvarig har.

Ambitionen för organisationen är att få en tydlig och balanserad matrisorganisation där resursorganisationen ska efterfråga resultat och processorganisationen ska leverera.

De intervjuade anser att Sjukhusdirektören, Sjukhuschefen och ledningen fullt ut stödjer arbetet med processororientering men också att Genomförandeprojektet har haft högst prioritet. Chefen för Lednings- och Verksamhetsstöd anses vara den drivande kraften. Det har funnits en oenighet inom ledningen om vilken ordning processinförandet ska ske och planen för införandet har reviderats flera gånger. Det har framkommit synpunkter från flera av de intervjuade att det är olyckligt att processororienteringen har fått stämpeln "fritt valt arbete" vilket yttrat sig i att kliniker som sagt sig inte ha tid att genomföra en processororientering har fått anstånd.

Då det är sagt att linjefe chefer inte ska vara operativa i processarbetet är närmaste linjefe che oftast inte delaktig, men av intervju- och enkätsvar framkommer att uppfattningen är att de stöttar och är intresserade av processarbetet. Rapportering av processarbetet sker oftast på klinikmöten och ansvaret för att följa upp status ligger på klinikledning. Högsta ledningen efterfrågar inte resultat från processarbetet, men man redovisar resultaten från det första halvåret på det femte seminariet.

Vård 2010 är en fast punkt på ledningsgruppens agenda och även processororienteringen var det initialt, men inte längre. Då chefen för Lednings- och Verksamhetsstöd är med i ledningsgruppen kan dock viktiga punkter tas upp vid behov.

Det saknas kommunikation om hur processororienterade man är samt något som talar om status på projektet, dvs. det är svårt att se om processarbetet fungerar eller ej.

Konflikter

Processororienteringen ska vara ett gränsöverskridande arbete mellan kliniker. Då både mål, resurser och ekonomi sköts av linjen finns en risk för konflikter då processen går över klinikgränserna. Helst ska samordningen mellan kliniker i en process ske pragmatiskt och utan styrgrupp. I de flesta fall täcks de gränsöverskridande delarna av att man tar med medarbetare från andra verksamheter och övergripande intressekonflikter mellan verksamheter har i allmänhet lösts på verksamhetschefsnivå. Fungerar inte detta ska en styrgrupp tillsättas men man anser att styrgrupper i flera fall har lett till otydlig ansvarsfördelning och avvaktar därför med styrgrupper så lång detta är möjligt. Bra exempel på gränsöverskridande arbete är strokeprocessen, medan brösttumörprocessen har haft behov av en styrgrupp.

Samtliga intervjuade uttrycker att de ännu inte sett några organisatoriska konflikter, mycket pga. att arbetet inte varit tillräckligt gränsöverskridande ännu. Dock ser man att det ligger en potentiell konflikt i matrisorganisationen för t.ex. ekonomi och resursfrågor.

Det finns en uppmärksamhetskonflikt idag. Ursprungsdirektivet var tydligt "Gör allt processarbete innan flytt" men Genomförandeprojektet har fått prioritet och den ursprungliga tanken har inte hållits. Vissa kliniker, bl.a. ortopederna, har fått uppskov med processororienteringen, vilket inte alla i ledningsgruppen uppskattar.

Enkätrespondenter

Enkätrespondenterna anser att ledningen fattat ett tydligt beslut och de flesta tycker att ledningen engagerar sig. De anser att det finns oklarheter i ansvarsfördelningen mellan process- och linjeorganisationen.

SkaS - Organisation, ledning och styrning

SkaS strävar efter att balansera organisationsmatrisen genom att ge mer tyngd mot processerna än vad som är fallet idag, då linjeorganisationen är styrande. Områdescheferna är ansvariga för införandet av Processororientering inom sina områden, men även för de få processer som sträcker sig över verksamhetsgränserna. Uppdragsgivare och processägare är chefer i linjeorganisationen. Processägaren utses av uppdragsgivaren och rapporterar till densamma. Processägarens befogenheter finns beskrivna i SkaS-guiden och uppdragsbeskrivningen, men får inga påtagliga befogenheter genom sin position som processägare utan genom sin linjeposition. Budget och personalansvar finns inte i processdimensionen. Verksamhetsutvecklarna ska sätta av tid för processutveckling, i övrigt sker resurstilldelning och avsättning av tid via linjen. Ledningen anser att processarbete ska vara en naturlig del av det dagliga arbetet och det finns därför ingen sjukhusövergripande policy om hur mycket tid som får avsättas för detta.

SkaS har byggt upp en infrastruktur för förbättring med ca 25 stycken verksamhetsutvecklare och förbättringsledare. Verksamhetsutvecklare får ofta rollen som processledare i processteamet. Det finns verksamhetsutvecklare både centralt och inom varje område i organisationen, och SkaS har nyligen tillsatt en processchef, som också har kvar sina andra ansvarsområden och sin tidigare position.

De intervjuade anser att Sjukhusdirektören är tydligt för arbetet med processororientering och att ledningen stödjer processororienteringen. Mycket arbete drivs av förbättringsledarna ute i organisationen. Utvecklingschefen tillsammans med Processchefen identifieras av de intervjuade som de pådrivande krafterna i processororienteringsarbetet.

Processarbetet är en stående punkt på ledningsgruppens agenda. Man har också utvecklingsdialog tre gånger per år där resultat av processarbetet följs upp. Staben träffar då områdesledningen och verksamhetschefer och måluppfyllelse, uppföljning av kritiska framgångsfaktorer samt mått diskuteras. Verksamhetscheferna styrs via verksamhetsplaner (styrkort) vilka bryts ned på enhetsnivå. Styrkortet är inte orienterat efter processerna, men på verksamheternas ledningsmöten rapporteras hur det går för deras processer. Dock saknar man idag uppföljning som visar status på hur processororienterade man är. Tidigare användes en metod med poängsystem för uppföljning av hur långt man kommit.

Ledningen rekommenderar grundkurs i processororientering för samtliga anställda och det finns en beskrivning av utbildningsutbudet i SkaS-guiden, men utöver det har ingen annan utbildningsplan kunnat visas.

Konflikter

SkaS har ännu inte sett några organisatoriska konflikter kopplat till processororientering, men ser en potentiell risk till konflikter eftersom kostnaderna hamnar i linjeorganisationen, medan processerna är "fria" samt eftersom flera olika verksamheter och deras budget är involverade i samma process.

SkaS vill med hjälp av processororientering identifiera de verksamheter som har besparingspotential och några av de intervjuade tror att det kan upplevas som orättvist att inte alla måste spara lika mycket. Det finns också en potentiell resurskonflikt eftersom processägarna har andra viktiga roller. Den nytillsatta Processchefen har befogenhet att bestämma om konflikt uppstår.

Enkätrespondenter

Respondenterna är eniga i att ledningen fattat ett tydligt beslut att införa processororientering och man tycker att ledningens engagemang är bra. Det finns vissa tveksamheter hos respondenterna vad gäller roller och ansvar i processteamet samt ansvarsfördelningen mellan linje- och processorganisation.

SÄS - Organisation, ledning och styrning

Operativt drivs processororienteringsarbetet av Processchefen, en ny funktion sedan februari 2008, som också sitter med i ledningsgruppen. Områdescheferna är ansvariga för att identifiering av processerna sker inom sina områden. När en process är identifierad och godkänd ska en processägare tillsättas. Processägaren ansvarar för den medicinska delen i processen samt för att ta fram underlag för de horisontella prioriteringarna. Roller och ansvar för processägarrollen finns klart beskrivna och dokumenterade i beskrivningen av SÄS-modellen, (*se Appendix 6 för Utdrag ur beskrivningen av SÄS-modellen*). Den blivande processägaren, som måste vara läkare, ansöker om uppdraget och Processchefen utser ägaren. Processägaren rapporterar i den rollen till Processchefen och utser sitt processteam, som normalt är tvärfunktionellt och består av ca sex till sju personer. Teamet får stöd av en processekreterare. Processägaren får liksom processekreteraren sätta av ca 25% av sin tid för arbetet med processen, dvs. det

finns en policy för frikoppling av processägaren samt processekreteraren. Processägaren ser inte processen som sin huvuduppgift. SÅS har haft svårt att hitta ägare till processerna och det finns idag flera identifierade och godkända processer som väntar på processägare.

Linjecheferna har resurserna och ska stå för genomförandet och följsamheten av processen. De ska vara drivande i att processorientera inom sitt eget område, och Processchefen är den som ser till att processägarna får förutsättningarna för sitt arbete.

Till varje process dedicerar en processguide tillsammans med en verksamhetsutvecklare (även kallad processkonsult). Processguiderna har sitt ordinarie jobb i linjen och arbetar deltid i sin roll som processguide. Tiden styrs av processteamens behov. Det finns ca 20 utbildade processguider och de har uppföljningsmöten några gånger per år tillsammans med verksamhetsutvecklare. Dessa möten har två syften, dels processguidernas egen kompetensutveckling, dels lärande mellan processerna. SÅS har även kvartalsvis uppföljning av processresultat.

Processteamerna är bildade för en speciell processuppgift och är tvärfunktionella, men det uttrycks av flera att det är svårt att få med läkarna. Ett speciellt läkarseminarium hölls för ett år sedan där det diskuterades varför det var så svårt att få med läkarna i processarbetet. Engagemanget från Läkarna upplevs vara större efter denna riktade insats.

Förutom processteamerna har SÅS även platsteam, vilka är lokala team som ska jobba med att utveckla den egna arbetsplatsen. Ambitionen är att alla ska vara med i ett platsteam och därmed vara delaktiga i förbättringsarbetet. Platsteamerna arbetar huvudsakligen med förbättringsarbete i vardagen, dvs. inte alltid kopplat till processarbetet.

De intervjuade anser att Sjukhusdirektören och sjukhusledningen klart uttalar sitt stöd för processarbetet. Processorientering är en fast punkt på agendan på ledningsgruppsmöten och tas upp en gång per månad. Drivande i det operativa arbetet anses nuvarande Processchef samt Chef för Personal och Verksamhetsutveckling vara. Status på processerna följs upp kvartalsvis av Processchefen.

Konflikter

I matrisorganisationen, finns en naturlig källa till styrningskonflikter. I SÅS fall har processägaren ett klart uttalat medicinskt ansvar för processen medan linjeorganisationen sitter på resurser och ekonomi. Vid konflikt mellan linje och process finns möjlighet för processchef att gå in för vidare beslut.

Man har ännu inte sett några betydande organisatoriska konflikter kopplat till processorientering, förutom konflikter vid fördelning av tid, men man ser en potentiell risk till konflikter mellan funktionsansvariga, som har ansvar för ekonomi och resurser, och processansvariga.

Enkätresponder

Enkätresponenterna anser att ledningen fattat ett tydligt beslut och de flesta tycker att ledningen engagerar sig. De anser dock att det finns oklarheter i ansvarsfördelningen för processerna och även mellan process- och linjeorganisation.

Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer

Samtliga sjukhus strävar efter en balanserad matrisorganisation där man vill få mer tyngd i processperspektivet än vad man haft innan, då man i stort haft en linjeorganisation. SÅS är det av sjukhusen som tydligast vill skapa en stark processorganisation, medan NU och SkaS inte har lika väl uttalade ambitioner i denna riktning.

På NU och SkaS sker rapporteringen från processägare/-ansvarig till en linjechef och befogenheter fås inte i rollen som processägare/-ansvarig utan från linjerollen. Detta skapar en svårighet i arbetet med gränsöverskridande processorientering och blir en potentiell källa till konflikt. På SÅS sker rapporteringen från processägare till Processchefen och man har som processägare klart beskriven roll och ansvar till skillnad från NU och SkaS. Dock finns resurserna även hos SÅS i linjen.

Vid konflikt mellan linje och process har processcheferna på SÅS och SkaS befogenhet att gå in för vidare beslut, medan man på NU har möjlighet att tillsätta en styrgrupp om man anser att det behövs i en gränsöverskridande process.

Operativt drivs mycket av arbetet och införandet på NU utav Lednings- och Verksamhetsstöd och på SÄS utav Processchefen. På SkaS är detta mer decentraliserat och det är ofta områdeschefer som ger i uppdrag till ett team i sin organisation att arbeta med en process. SkaS upplevs därför som mer spretigt och mindre uppstyrt i sitt arbete med att införa processororientering. SkaS har dock nyligen tillsatt en processchef för att ta ett ökat sjukhusövergripande grepp om processororienteringen.

SÄS är tydligast vid uppstart av processororienteringen av en process med vad var och en ska göra och även storleksordningen på hur mycket tid det får ta i anspråk. Dock har kravet på att det måste vara en läkare som är medicinskt ansvarig hindrat processororienteringsarbetet då det inte funnits tillräckligt med intresserade för att kunna tillsätta de tjänsterna. En svårighet SkaS kan råka ut för då de tillsätter en verksamhetsutvecklare som processledare är att processororienteringen får karaktär av projekt och det kan finnas svårigheter att överföra detta till linjen.

Samtliga sjukhus har uttryckt att läkarna är de som varit svårast att få med i processarbetet, men speciellt på SÄS har denna fråga kommit upp. Någon djupare analys av orsaker till detta har inte gjorts under revisionen.

Resurser med kompetens finns på samtliga sjukhus, SkaS har ca 25 heltidsanställda förbättringsledare fördelade över organisationen. På SÄS finns ca 20 processguider på deltid. På NU är det Lednings- och Verksamhetsstöd med sju personer på heltid som stöder i processarbetet, vilket är den minsta stödorganisationen av de tre sjukhusen. Utöver detta har SÄS dessutom platsteamerna som kan engageras vid behov och som underlättar delaktigheten av de anställda i processutvecklingen.

En bra grund för ett lyckosamt införande finns i samtliga ledningsgruppers engagemang. På samtliga sjukhus är det tydligt att Sjukhusdirektören starkt stödjer arbetet med processororientering och det uttrycks ett stort stöd från nästintill samtliga ledningsgruppsmedlemmar för processarbetet. Det är också tydligt vilka det är som operativt driver arbetet med processutveckling på sjukhusen.

På SkaS och SÄS är processarbetet en stående punkt på agendan, medan NU behandlar Vård 2010, men inte alltid processer. På samtliga sjukhus finns den huvudansvariga för processarbetet med i ledningsgruppen. SkaS har utvecklingsdialoger där processarbetet, inklusive måluppfyllelse, följs upp tre gånger årligen. SÄS har kvartalsuppföljning av processresultat och status och NU följer främst upp vid de fem seminariemötena.

På NU har det funnits en prioriteringskonflikt mellan Genomförandeprojektet och processororienteringen och trots att ledningen uttrycker och uppfattas ge sitt fulla stöd för processarbetet finns ett antal signaler att det hittills haft lägre prioritet än på de andra sjukhusen. Att införandeplanen har ändrats ett antal gånger är en sådan signal. En annan är att flera av de intervjuade kommenterat att processororienteringen fått karaktären av "fritt valt arbete". Att ledningen inte har processororientering som stående punkt på agendan och inte tydligt efterfrågat status och resultat av arbetet är ytterligare en sådan signal. Än så länge verkar dock både ledning och personal tro på arbetet med processororientering, men ledningen bör vara uppmärksam på de signaler som man just nu utsänder.

Enkätrespondenterna på samtliga sjukhus tycker att respektive ledning varit tydlig med införandet av processororientering och att den engagerar sig i arbetet. Tydligast är detta resultat på SkaS, medan det är något mindre tydligt på NU. På samtliga sjukhus tycker man också att den närmaste chefen intresserar sig för processarbetet, även här är detta resultat tydligast för SkaS.

Respondenterna på SÄS och NU svarar att processutveckling inte är en stående agendapunkt på olika möten, men på SkaS instämmer man i stort sett i att det är en återkommande agendapunkt.

Vad gäller organisationen svarar respondenterna på samtliga sjukhus att det finns oklarheter vad gäller roller och ansvar, både inom processteamerna och mellan process- och linjeorganisation. Störst osäkerhet uppvisar respondenterna på SÄS, medan man på SkaS tycker att ansvarsfördelningen är tydligare.

På samtliga sjukhus svarar respondenterna att det inte finns tid avsatt för processarbete.

Kommunikation och erfarenhetsutbyte

NU - Kommunikation och erfarenhetsutbyte

NU har en ambition att nå alla medarbetare i sin kommunikation för att alla ska veta i stora drag vad processarbetet är och innebär. Flera kanaler nämns som medel för att kommunicera vad som sker:

- Chefsmöten (långt utnyttjande som kommunikationskanal)
- Interntidningen NU-läget
- Inledande möten med kliniker som berörs av utställningen
- Intranätet, under "Vård 2010" där processerna finns beskrivna
- Arbetsplatsträffar - De avdelningar som kommit längst i processarbetet, t.ex. Dialys, har detta som en stående punkt på agendan

Det som kommuniceras är framförallt goda exempel från den egna verksamheten (dvs. inom NU). Allmän information om processororientering har främst kommunicerats då Vård 2010 presenterats.

Kommunikationen, resultatet av kommunikationen samt spridningen följs inte upp. NU gjorde dock en mätning angående kännedom och attityder till processororientering i maj 2007, denna mätning uttrycker ledningsgruppen att man skulle kunna använda för uppföljning.

Erfarenhetsutbyte

Flera av personerna som intervjuats påtalar bristen på, men också vikten av, forum för att utbyta erfarenheter och lära av varandra. Idag sker det främst genom att exempel presenteras på utställningsseminarierna. Dialys har föreläst på andras seminarier och lyfts ofta som framgångsrika.

Det finns flera goda exempel att visa men dessa är inte dokumenterade och tillgängliga för den intresserade. Att det råder en oklarhet över vad som faktiskt har åstadkommit framkom vid en presentation för ledningsgruppen där flera blev positivt överraskade över de resultat som uppnått.

Enkätrespondenter

Många respondenter tycker att de inte får regelbunden information och är osäkra över hur arbetet med processororientering ska ske framöver.

SkaS - Kommunikation och erfarenhetsutbyte

SkaS ambition är att utbilda alla medarbetare i processororientering och målet är att alla ska ha en grundläggande förståelse för processororientering. Det finns flera kommunikationskanaler för processarbetet:

- Linjemöten inom verksamheter och enheter
- Grund- och fortsättningsutbildningar i processarbete
- Hemsidan
- Kvalitetsdagar en gång per år där verksamhets- och enhetschefer deltar
- Utvecklingsdialog tre gånger per år
- Tidningen Pulsen
- Övergripande chefsmöten

Det som kommuniceras är framförallt goda exempel från den egna verksamheten samt allmän information om processororientering.

SkaS saknar en kommunikationsplan och följer inte systematiskt upp om kommunikationen nått ut, men har gjort sporadiska enkätundersökningar med varierande inriktning. Man tror att hälften av de anställda känner till processarbetet, men ser det som ett problem att inte alla aktivt söker information och håller sig informerade. Man har en ny informationschef till vem man ställer stora förhoppningar.

Erfarenhetsutbyte

Vid intervjuerna uttrycktes att SkaS saknar en sjukhusövergripande struktur för erfarenhetsutbyte inom processororientering och man anser att man är dålig på att kommunicera de resultat som uppnått. Erfarenhetsutbyte sker dock på verksamhetschefsträffar samt kvalitetsdagar, där man även delar ut förbättrings- och kvalitetspris. Det finns områden i organisationen som har "processer" på intranätet, och publicerar där processteamens medlemmar och deras mötesanteckningar. Det finns också en sjukhusövergripande processdatabas som dock inte fungerar i dagsläget. Verksamhetsutvecklarna och

förbättringsledarna är ett bra nätverk som är mycket informerade, men under intervjuerna uttalades det att informationen oftast stannar där.

Enkätrespondenter

Respondenterna anser sig känna väl till sjukhusets processarbete och instämmer i stort till att man får regelbunden information.

SÄS - Kommunikation och erfarenhetsutbyte

SÄS ambition är att alla ska få information och engageras. Flera kanaler nämns i intervjuerna som medel för att kommunicera vad som sker i processarbetet:

- Chefsmöten i linjen med den så kallade 40-gruppen. Även processägare är inbjudna och processer är med på dagordningen
- Intranätet, vilket är interaktivt så att man kan ställa frågor
- Introduktion för nyanställda
- Läkarluncher
- Läkarseminarier
- Avdelningschefsseminarier
- Chefsdagar på områdena
- Torsdagsluncher

Det som kommuniceras runt processarbetet är i huvudsak goda exempel från den egna verksamheten, svårigheter, roller och ansvarsfördelning, det nya och förändrade chefsansvaret som processorienteringen innebär samt resultatgenomgångar i ledningsgrupper.

Kommunikationen och resultatet av kommunikationen följs inte upp och man är osäker på omfattningen av spridningen i den egna organisationen, men man uppskattar att ungefär hälften av alla medarbetare känner till arbetet med processorientering.

Erfarenhetsutbyte

Erfarenhetsutbyte sker främst genom att exempel presenteras på chefsmöten eller på intranätet och dokumentation av goda exempel går framförallt att finna som resultat i rapporter. SÄS är försiktiga med att koppla gjorda förbättringar till just processarbetet då man är osäker på om detta varit anledningen till resultaten.

Enkätrespondenter

Hälften av respondenterna tycker att man får regelbunden information och man är osäker över hur arbetet med processorientering ska ske framöver.

Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer

Sjukhusen har många och likartade kommunikationskanaler, dock sker kommunikationen på NU och SÄS framförallt på chefsnivå. På SkaS finns en annan ambition då man vill att alla medarbetare ska ha gått en grundutbildning. På NU och SÄS är ambitionen att alla ska få information om processarbetet.

Samtliga sjukhus saknar en kommunikationsplan samt uppföljning av kommunikationen och man vet följaktligen inte hur bra budskapet nått ut. Samtliga sjukhus har fortfarande en stor potential att tillvarata mer av den stora möjlighet till motivationshöjning som spridning av goda exempel kan ge. De riskerar för tillfället att missa en stor del av lärande och kunskapsspridning mellan enheter och personal.

Sjukhusen saknar en sjukhusövergripande struktur där samtliga i processarbetet inblandade medarbetare har möjlighet att utbyta erfarenheter. SÄS har dock resultat presenterade i rapporter, SkaS har inom vissa områden dokumentation av processarbetet på intranätet och NU presenterar resultat på de seminarier som utgör införandet. Att utbyta erfarenheter är ett sätt att effektivisera förbättringsarbetet, och att finna metoder för att på ett effektivt sätt göra detta bör ha hög prioritet på samtliga sjukhus. Även när det gäller erfarenhetsutbyte mellan de granskade tre sjukhusen och andra sjukhus i regionen finns det stor potential till förbättring. Enligt de intervjuade är detta erfarenhetsutbyte i stort sett obefintligt idag, vilket måste ses som ett slöseri av erhållna lärdomar och kunskaper. På samtliga sjukhus efterlystes ett forum och samordning av erfarenhetsutbyte.

Enligt enkätrespondenterna på SkaS och SÄS är man där väl bekant med processarbetet och man tycker i stort sett att man får regelbunden information om det pågående arbetet. På NU är de flesta bekanta med processarbetet, men något fler än på övriga sjukhus tycker sig inte få regelbunden information. Enkätrespondenterna på NU och SÄS visar en osäkerhet kring hur arbetet med processorientering ska ske framöver, medan man på SkaS i stort sett vet hur arbetet kommer att fortskrida.

Resultat

NU - Resultat

Processarbetet på NU har främst hållits inom klinikerna, även om vissa utlöpare skett till andra områden. NU uttalar att klinikerna som är igång med processarbetet inte har kommit så långt att de kan redovisa resultat kopplat till målet. Resultat syns främst hos kirurgen som var först ut. I processen "Att vårda patient med urologiska besvär" har följande uppnåtts:

- Ökad kapacitet på mottagningen och ett kraftigt tillskott av mottagningsbesök
- Ökat antal nybesök genom frisatt läkartid
- Minskad väntetid för prostatacancer
- Större säkerhet för patienten att få rätt undersökningar och åtgärder utförda vid mottagningsbesöket

Det uttalas även att man kan se följande resultat i andra processer, detta har dock inte kunnat verifieras:

- Att vårda patient med stroke:
 - Förbättrad kvalitet
 - Minskad medelvårdtid och ökat antal vårdade patienter
 - Förenklad remissprocess som en direkt följd av processarbetet
- Att vårda patient med brösttumör:
 - Minskad genomloppstid
- Att vårda patient med njursvikt:
 - Nattdialys har ökat patientnöjdhet och förbättrat beläggning
- Att vårda äldre patient med multifunktionell sjukdom:
 - Rutin för att identifiera MÅVA-patient på akuten har minskat återinskrivningarna och antal besök på akuten
 - Minskad läkemedelsanvändning
 - Minskad slutenvårdskonsumtion på medicinkliniken

Det upplevs som svårt att urskilja några tydliga resultat av processarbetet från de övriga projekten i Vård 2010, t.ex. från Genomförandeprojektet. Processorienteringen syns inte i budgeten eller i styrkorten, även om det finns ett processperspektiv i korten och även om man har uppföljningsmöten tre gånger per år där bl.a. ekonomi och processarbetet följs upp, har man från högsta ledningen inte efterfrågat resultat från processerna.

Resultat i utrullning

Mer än 2/3 av NU-sjukvårdens slutenvård är involverad i processorientering tillsammans med laborieverksamheten och patologi, vilket är enligt den reviderade plan för utrullning som finns. Genomfört anses det vara då man har gått igenom de fem seminarieomgångarna. Efter 2009 ska alla processteam och klinikledningar ha gått igenom seminarieutbildningarna.

Enkätresponder

Upp emot hälften av respondenterna vet inte om vilka förbättringar processorienteringen har inneburit hittills.

SkaS - Resultat

Under intervjuerna påtalades att SkaS kan se flera resultat av processarbetet såsom:

- Inom Barn har man minskat läkemedelskostnaderna samt minskat vistelsetiden och det akuta inflödet
- Variation i Waranprocessen har minskat
- Minskade köer i Endo- och gastroskopiprocessen samt inom psykiatri
- Minskade läkemedelskostnader inom Rematolog-enheten

Viss formell uppföljning av processresultat sker i utvecklingsdialogerna tre gånger om året. Det finns också en uppföljning för 2008 som visar att 14 av 18 måttal för medicinsk kvalitet har uppfyllts.

SkaS vet inte vad processarbetet har betytt ekonomiskt, men tror att det motsvarar några miljoner kronor. Det görs dock halvårsrapporter för Six Sigma-projekten och Business Case inom Six Sigma-projekten gör att resultat blir tydligare. Av de 18 senaste Six Sigma-projekten har 69 % nått sina mål och nettobesparingar på 300 000 SEK. SkaS upplever det som svårt att realisera resultaten på kostnadssidan. Även om resultatet är minskat antal vårdtillfällen så krävs det ytterligare handling för att kunna reducera antalet vårdplatser.

Resultat efterfrågas från ledningen genom att SkaS nyligen har startat styrkortsdialoger för olika processer där man diskuterar måluppfyllelse och mått.

Resultat i utrullning

SkaS har identifierat 47 processer. Området Barn- och Kvinnosjukvård har kommit längst, med flera permanentade processer, t.ex. Att vårda kvinnor med gynekologisk åkomma samt Att vårda sjuka barn planerat. Drygt hälften, ca 3000 medarbetare, har fått grundutbildning i processororientering.

Enkätrespondenter

Enkätrespondenterna svarar att processororienteringen har inneburit förbättringar för patienter, medarbetare och för sjukhuset.

SÄS - Resultat

Några av de resultat som uttalats och där de flesta finns beskrivna i processrapporteringen från tredje kvartalet 2008 är:

- Att vårda patienter med höft- och knäartros:
 - Medianvårdtiden för både höft och knäplastik har minskat från åtta dagar 2006, 7 dagar 2007 och 6 dagar 2008
- Att vårda patienter med brösttumör:
 - Väntetiden om man ringer och bokar själv respektive om man kommer per remiss har minskat från 19 respektive 24 dagar under kvartal ett 2008 till 16 respektive 22 dagar under kvartal 3
 - Väntetiden till operation har minskat från 16 till 15 respektive 11 till 8 dagar för samma period och patientgrupper som ovan
 - Målet att 90% av patienterna ska opereras inom fyra veckor har uppnåtts. Under första halvåret 2008 opererades 90% av patienterna inom 38 dagar och tredje kvartalet inom 28 dagar
- Att vårda patienter med förstämningssjukdom:
 - Antal patienter screenade för alkoholintag med nytt verktyg har ökat från 20% till 40% för hela psykiatrin. För den specifika gruppen förstämning har ännu inte resultatet uppmätts
- Att vårda patienter med grå starr:
 - Målet att öka patient- och läkarkontinuitet till 75% (samma läkare som undersöker patienten innan operation opererar patienten) har uppnåtts. April 2005 var den 71%, april 2007 77% och april 2008 87%
- Att vårda patienter med höftfraktur:
 - Målet att 75% av patienterna opereras inom 24 timmar från ankomst har nästan uppnåtts, andelen har ökat från 30-40% under de tre första kvartalen till 73% under fjärde kvartalet 2008
 - Målet att patienter ska få långverkande smärtblockad har förbättrats från 5% i maj 2007 till 25% i januari 2008 och 59% i februari 2008

Trots ovan visade resultat upplevs det som svårt att få en samlad bild av vilka resultat som uppnåtts med processororienteringen och man vågar inte alltid säga att ett resultat beror på processarbetet enbart. Ett problem anses vara att man mäter utgångsvärdet för sent, eftersom en del förbättringar sker direkt när man upptäcker problemet.

Resultat efterfrågas från ledningen på så vis att processägarna rapporterar till Processchefen som sitter i ledningen. Uppföljning sker via regelbundna kvartalsrapporter kopplade till sjukhusets övriga rapportering.

Resultat i utrullning

Det finns en övergripande sammanställning av vilka steg som tagits för varje process. Stegen i sammanställningen slutar med bildandet av team, men det har varit svårt att utifrån intervjuer fastställa status efter denna punkt i uppföljningen. Det finns 17 identifierade processer, varav tio har en processägare och sex av dessa har även ett processteam som är utbildat.

Enkätrespondenter

Upp emot hälften av respondenterna vet inte om eller vilka förbättringar processororienteringen har inneburit hittills.

Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer

På samtliga sjukhus fanns under intervjuerna en osäkerhet kring vilka resultat man uppnått med processarbetet. Det anses vara svårt att urskilja vad som beror på processororientering och vad som beror på annat. Även att få en koppling till ekonomiska resultat upplevs av samtliga som besvärligt, och inget av sjukhusen har kunnat presentera några underbyggda ekonomiska resultat kopplat till processarbetet. SÄS är det sjukhus som tydligast kunnat presentera vilka resultat processarbetet lett till, vilket till stor del beror på att det varit en viktig parameter redan vid uppstart av processerna samt att det har skapats en process för uppföljning av de identifierade nyckeltalen. NU och SkaS har också kunnat påvisa resultat av processarbetet men dessa uppgifter har varit svårare att få fram. Att inte tydligt kunna presentera vilka ekonomiska resultat ett omfattande förändringsarbete genererat är försvårande både för att motivera arbetet internt ("vi lägger ned massor av tid på detta men har ännu inte sett vad det gett") som för beställare. En metod och systematik för att följa upp förväntade ekonomiska effekter borde kunna användas av samtliga sjukhus även om de ekonomiska systemen inte fullt ut stödjer en uppföljning på processnivå.

Resultatet av utrullningen mäter på NU och SÄS endast vilka processer som påbörjats, inte genomslagskraften och räckvidden av processororienteringen. På SkaS väljer man att se till antal processutbildade medarbetare, vilket i större utsträckning visar på genomslag och räckvidd.

På SkaS och SÄS instämmer respondenterna i stort sett i att man på sjukhuset har en bra bild över vilka processerna är. På NU instämmer man delvis i detta. Respondenterna från samtliga sjukhus, särskilt SÄS, svarar att de identifierade processerna finns dokumenterade. På SkaS instämmer man i stort sett i att man vet vilka processer som behöver förbättras, men på NU och SÄS visar respondenterna en stor osäkerhet kring detta.

På SkaS instämmer respondenterna i stort sett i att processororienteringen inneburit stora förbättringar för både patienten, personalen och sjukhuset, men på NU och SÄS är det en stor andel som svarar att man inte vet.

Förändringskultur

NU - Förändringskultur

De intervjuade är medvetna om att processorientering är ett arbete som inte tar slut, det kommer pågå kontinuerligt som ständiga förbättringar med hjälp av bl.a. PDSA-cykeln. Däremot är de osäkra på om övriga personalen är medvetna om detta. Flera av de intervjuade saknade en plan om vad som händer efter det att man genomgått femte seminariet och enligt definitionen är processorienterade.

Om man som anställd har ett förbättringsförslag finns det flera kanaler tillgängliga för att ta upp detta: Vissa kliniker och avdelningar har förslagslådor, annars kan det tas upp på APT, via närmaste chef som sedan kan ta det vidare till verksamhetschef, via fackliga företrädare. Även MedControl (avvikelsehanteringssystemet) kan användas för förbättringsförslag, men det används sällan i det syftet. Det finns dock ingen uttalad struktur för hur förbättringsförslag ska hanteras effektivt och objektivt.

Alla medarbetare tillhör inte ett processteam och det är inte heller ambitionen. Dialysen är ett undantag, där arbetar man i arbetsgrupper som omfattar alla anställda. Har man förbättringsförslag diskuterar man det i sin arbetsgrupp. Ibland testas förslaget direkt i arbetsgruppen och går sedan till chefen, ibland förankrar man först och testas sedan efter att ha involverat rätt personer. Det finns hos Dialysen även möjlighet att ta upp förbättringsförslag på APT under "övriga frågor" som är en fast punkt på agendan.

Enkätrespondenter

Respondenterna svarar att de kommer med förbättringsförslag, men inte alltid får respons på dem.

SkaS - Förändringskultur

SkaS har arbetat länge med processutveckling och är medvetna om att detta är ett ständigt pågående arbete som aldrig tar slut. Målet är att alla ska engageras i processarbetet, vilket bl.a. sker genom grundkurser i processarbete. Intresserade enheter anmäler sig för en grundkurs och mer än hälften av alla medarbetare har fått processutbildning. Detta betyder dock inte per automatik att alla är delaktiga i processarbetet.

Det finns ingen sjukhusövergripande struktur för att fånga upp och implementera enskilda medarbetares förbättringsförslag. Som enskild medarbetare går man lämpligen med ett förbättringsförslag till sin närmaste chef, till en verksamhetsutvecklare, till ett processteam eller tar upp det på APT. De intervjuade tror att förbättringsförslag kan förbises då enhetscheferna är för upptagna.

Black Belt-utbildade som arbetat med processer upplever det svårt att få till en fortsättning av arbetet vid överlämning till verksamheten. SkaS anser också att det är svårt att få alla att få samma bild av vad processorientering är och ska leda till.

Enkätrespondenter

Respondenterna svarar att de kommer med förbättringsförslag, men inte alla får respons på dem.

SÄS - Förändringskultur

De intervjuade är medvetna om att processorientering är ett arbete som inte tar slut, det kommer att pågå kontinuerligt som ständiga förbättringar. Den plan som finns för det fortsatta arbetet illustreras i en övergripande processkarta. Man försöker på så sätt styra valet av processer, men tanken är ändå att förslagen till processer ska komma underifrån.

Förbättringsarbetet ska främst ske genom processteamerna och platsteamerna. Platsteamerna bildas oftast inom en avdelning och alla anställda ska vara med i ett platsteam som ska arbeta med att utveckla verksamheten lokalt, både genom att ta fram och genomföra förbättringsförslag. Platsteamerna ska vara ledningsstyrda, dvs. arbeta med ett uppdrag som fastställs av närmaste chef. Detta utesluter inte annat förbättringsarbete men ger teamet en naturlig prioritering av aktiviteterna. Normalt har platsteamerna ingen ledare, men det finns en mötesledare som sammankallar till möten.

Om man som anställd har ett förbättringsförslag finns flera kanaler att använda, antingen går man via närmaste chef, platsteamet eller processteamet. Helst vill SÄS att förslagen kanaliseras via platsteamerna, men det finns ingen kommunicerad struktur för att det är så man går tillväga.

Enkätresponder

Respondenterna kommer med förbättringsförslag, men får inte alltid respons på dem.

Jämförelse mellan sjukhusen och kommentarer

Kulturen för förändring gynnas om alla känner sig delaktiga. Det är betydligt lättare att acceptera en förändring som ska genomföras på ens eget område om man fått möjlighet att vara med och påverka denna ändring, även om ändringen inte är i linje med ens egen åsikt.

NU har inte någon ambition att all personal ska vara engagerade i processarbetet. De som ska jobba med processarbetet får en grundlig utbildning genom seminarierna men får då också ett mycket stort försprång över alla övriga anställda. Efter de fem seminarierna har intervjupersoner uttalat att "klinikerna släpps fria" och ambitionen är att uppnå en kultur av ständiga förbättringar genom att "det sprider sig som ringar på vattnet". Detta kommer inte ske per automatik, utan vill NU nå en kultur för ständig förbättring måste en struktur för detta byggas upp.

SkaS arbete med processororientering görs i processteam i projektorganisationsform och inte genom förbättringskultur via personalen i linjen. Utmaningen med detta är att arbetet riskerar stanna av om teamet upplöses eller om inte en bra överlämning till linjen säkerställs. Det finns kunskapsglapp mellan experterna/de som arbetar i processteam och de som inte gör det. Detta har upplevts som ett problem t.ex. vid "överlämning" av processerna från Black Belt-projekt till verksamheterna.

SÅS arbete med processororientering sker också under projektlänkande former med en processgrupp. Skillnaden mot de andra sjukhusen är dock att SÅS har en ambition att alla medarbetare ska vara med i ett platsteam. Dessa arbetar med förbättringar i vardagen, vilket lägger en god grund för arbete med ständiga förbättringar och för en acceptans och ägande av de förändringar som sker. Viktigt är att även läkare engageras i detta arbete. Det är dock inte självklart att förbättringsförslag från enskilda medarbetare kanaliseras genom platsteam.

Inget av sjukhusen har en uttalad struktur för hur förbättringsidéer ska hanteras effektivt och objektivt. Med befintliga system blir man beroende av sin närmaste chef för att få igenom sitt förslag. Dock har SÅS en fördel i sina platsteam som självständigt arbetar med att förbättra sin egen verksamhet och som relativt enkelt skulle kunna få rollen att stimulera, ta hand om och genomföra förbättringsförslag från alla anställda i verksamheten.

Framförallt på SkaS, men även på SÅS svarar respondenterna att det finns forum för förbättringsförslag, medan många på NU inte instämmer i detta. På samtliga sjukhus tyder svaren på att medarbetarna kommer med förbättringsförslag, men inte alltid får respons på dem.

Sammanfattning och slutsatser

Trots att de tre sjukhusen har olika bakgrund och erfarenheter av processarbete, vilket präglar de angreppssätt för processororientering de använt, är det påfallande hur snarlika många av deras problemställningar och utmaningar är. En likhet är avsaknaden av ett tydligt och klart formulerat syfte och en tydlig och mätbar målbild för arbetet med processororientering, trots ett i övrigt mycket starkt och tydligt engagemang från ledningen på samtliga sjukhus. En annan likhet är svårigheten att följa upp resultatet av processororienteringen, till viss del beroende på svårigheten att få fram relevanta mätetal i processperspektivet, men också beroende på att det inte tidigt i måttsättning och mätning tydliggjorts processororienteringens bidrag kontra andra förbättringsprojekts. Gemensamt är också att det saknas en tydlig koppling mellan styrkort och processmålen, vilket efterlyses på samtliga sjukhus. Samtliga sjukhus saknar dessutom en kommunikationsplan för processarbetet samt uppföljning av kommunikationen och de saknar också en sjukhusövergripande struktur för att sprida erfarenheter från processarbetet.

Det som skiljer sjukhusen åt är främst angreppssätt och organisation för processororientering. NU, som har minst erfarenhet av processutvecklingsarbete, inriktar sig på ett breddinförande av processororientering med en massiv utbildningsinsats, vilken sker klinikvis. SkaS har längst erfarenhet av processutveckling och driver ett successivt införande av processororientering med utbildningsinsatser allteftersom processororienteringen fortskrider. SÅS utnyttjar tidigare förbättringsprogram för att riktat utbilda och införa processororientering för de identifierade och godkända processerna. Samtliga sjukhus strävar efter en tydlig och balanserad matrisorganisation, men ser samtidigt de utmaningar och potentiella konflikter organisationsformen medför. Olika typerna finns i angreppssätt att balansera linje- kontra processstyrning där SÅS strävar mot en starkare processorganisation än NU och SkaS.

Det är svårt att objektivt bedöma vem som kommit längst i processarbetet då detta beror på perspektivet. SÅS har tydligast kunnat visa på resultat för processarbetet i processerna och kan därmed anses kommit längst i detta avseende. SkaS har arbetat med fler processer och har en större mognad och bredare förankring i organisationen, vilket gör att de kommit längst i detta avseende. NU har på ett tydligt sätt påbörjat processororienteringen av 2/3 av sitt identifierade omfång, vilket gör att även de ligger bra till. Ur ett lärandeperspektiv kan dock samtliga sjukhus ta intryck och lära av varandra inom olika områden:

- NU har ett välgenomtänkt och ambitiöst program i seminarieform för breddinförande av processororientering, vilket ger tid för att förankra förändringsarbetet hos deltagarna
- SkaS har en mognad och förankring i organisationen av förbättringsarbete samt en ambition att utbilda alla inom processororientering, vilket tillåter ett "bottom up"-införande
- SÅS har ett välstrukturerat och -dokumenterat införandeprogram med tydligast fokus på mål samt resultatuppföljning, och har dessutom platsteam som kan underlätta en förankring i organisationen

De övergripande utmaningar som sjukhusen står inför vad gäller processororientering är likartade:

- Att tydliggöra processororienteringen i den egna organisationen i form av tydliga syften och målbilder
- Att tidigt i processarbetet identifiera relevanta processmål och skapa en struktur och ett system för att frekvent följa upp dessa
- Att vid slutförda processororienteringsprojekt överföra arbetet till linjen och fortsätta utveckla processerna med ständiga förbättringar

De underliggande faktorerna till dessa övergripande utmaningar återfinns i rapporten. Hur sjukhusen framöver väljer att angripa utmaningarna kommer att bli avgörande för hur lyckosamma de långsiktiga kommer att vara i sitt fortsatta processarbete, där nyckeln är att involvera och få alla medarbetare delaktiga.

Appendix 1 - Sammanfattning

	NU	SkaS	SÄS
Bakgrund, syfte och mål	Processororientering startade som en del av Vård 2010-projektet, som syftade till samverkan mellan NU-sjukhusen. Syftet som uttrycks av Sjukhusdirektören som att skapa ett arbetssätt för förbättrings- och förändringsarbete beskrivs av Ledningsgruppsmedlemmarna på ett likartat sätt, men med andra ord. Det finns inga övergripande mätbara mål satta för arbetet med processororientering och vid intervjuerna framkom att det finns en oklarhet kring vad målet med processororientering är. Det ses som ett redskap för att nå målen i styrkortet.	SkaS processarbete har utvecklats gradvis. I slutet av 90-talet började de första processutbildningarna, balanserade styrkort introducerades 2002 och 2005 började man med Six Sigma. Sjukhusdirektören uttrycker syftet med processororientering som att göra rätt från början, designa vården efter patientens behov och överbrygga diken mellan disciplinerna. Ledningsgruppen uttrycker syftet i snarlika termer då de tillfrågas. Det finns besparingsmål kopplat till processarbetet, men inte alla upplevs känna till detta. De flesta ser processororientering som ett hjälpmedel att nå övergripande mål i styrkortet.	LIFT-projektet startade 2003 och processororientering kom som en följd av LIFT. Man har idag avslutat LIFT-projektet och arbetar enligt SÄS-modellen. Syftet med att införa processororientering är uttryckt som att skapa en förbättringskultur och få ett tydligt patientfokus. Ledningsgruppens medlemmar förklarar sin uppfattning om processororientering på något olika sätt, men fortfarande inom ramarna för det övergripande syftet. Målet med processororientering är inte kvantifierat utan uttrycks som att sätta patienten i fokus och att skapa en förbättringskultur.
Processmål, -mått och -uppföljning	NU sätter mål per process men det finns inga generella riktlinjer för vilka mål och mått som ska användas för att mäta de övergripande processernas prestation. Det finns inte heller någon tydlig koppling mellan processmål och styrkortet. Man sätter inte processmål och -mått i inledningen av processarbetet, innan man vet vad man vill göra. Det finns ett antal specifika processmål som används för att följa upp processerna såsom medelvårdtider, väntetid, avvikelse per process, Antalet nybesök/totala antalet besök. Processansvarig är ansvarig för mål, men acceptans krävs från klinikledning. Målen och måttalen ska rapporteras på uppföljningsmöten tre gånger per år.	SkaS sätter mål på de processer som identifieras och anger att det ska finnas tillgänglighetsmål för alla processer, utöver det finns inga generella riktlinjer om vilka måttetal och mål som ska användas. Processteamerna har ett uppdrag, men detta behöver inte innehålla kvantifierade mål. Processägaren är ytterst ansvarig för mått och mål, men processledaren är operativt ansvarig för mätningarna. Arbetet med en process inleds ofta med att man mäter basdata och konkreta mål sätts inte förrän man hittat specifika förbättringsområden. Typiska processmål som används är att uppnå vårdgarantin, korta ledtider och ta bort kvalitetsbristkostnader. Det uttalas att det finns riktlinjer för hur ofta man ska mäta och följa upp processmålen, men man anser att uppföljningen ofta är det som fallerar. Det saknas ekonomisk övervakning av processerna och det är mycket manuellt arbete för att sammanställa data.	SÄS strävar inte efter att ha sjukhusövergripande mål och mått för processer, men i verksamhetsplanen finns det fastställda mål per process som följs upp kvartalsvis. Ansvar för mål och mått ligger på processägaren som rapporterar månadsvis till Processchefen. Reflektioner från de intervjuade är att man behöver integrera processmålen i ekonomin. Den tydliga kopplingen till styrkortet saknas ännu, därför skiljer sig också processmålen från avdelningsmålen. De processmål och mått som finns mäter typiskt Medelvårdtid, Ledtider/ Väntetider, Kvalitetsindikatorer. Det har bland de intervjuade uttryckts som en svårighet att hitta bra flödesmått. Det är också svårt att få fram data för uppföljning på processnivå.

	NU	SkaS	SÄS
Genomförande, angreppssätt och metoder	NU rullar ut processororientering klinikvis genom ett breddinförande. Fem seminarier, med arbete mellan seminarerna, hålls med 40-50 personer. Innan seminarerna har man identifierat huvudprocesserna och dragit upp riktlinjerna under ett så kallat dialogmöte med klinikledning. Det är inte allmänt känt vilka verktyg och metoder som finns som kan stödja processororienteringsarbetet eller var de finns dokumenterade. Några finns dock beskrivna, t.ex. PDSA-mallar och metoden för processkartläggning. Processteamerna och verksamhetsutvecklarna är utbildade på de metoder och verktyg som behövs.	SkaS har en grundkurs i processororientering, vilken sker genom att en grupp anmäler sitt intresse och går en tvådagars utbildning. Gruppen har med sig en process de vill arbeta med. Det finns även en endags fortsättningsutbildning. SkaS genomförde sina första processutbildningar redan i slutet av 90-talet. SkaS började med en ny stor utbildningsinsats inom processororientering och Six Sigma. Över hälften av alla medarbetare har nu gått en grundkurs i processororientering och man har utbildat ca 35 stycken Six Sigma blackbelts. 2007 kom SkaS-guiden, vilken upplevs ha hjälpt till att strukturera upp processarbetet. Metoder som används i arbetet är bl.a. Six Sigma, SIPOC samt PDSA.	LIFT-seminarierna var ett utbildningsprogram med påföljande utrullning klinikvis där klinikchefer var ansvariga för införandet. LIFT mynnade ut i identifiering av processer samt arbete med platsteam enligt SÄS-modellen. Som stöd i LIFT-arbetet och för platsteamerna utsågs och utbildades LIFT-guider, sedermera även processguides. De bistår med metodiken i processarbetet En processetableringsmodell har tagits fram. Till hjälp finns också verktyg och mallar, t.ex. processansökan och mall för hur arbetet tas vidare samt PDSA, som används vid förbättringsarbetet. Som komplement till processteamerna har SÄS även platsteam som är lokala team som ska jobba med att utveckla den egna arbetsplatsen. Alla ska vara med i ett platsteam.
Organisation, ledning och styrning	Lednings- och Verksamhetsstöd anses driva införandet och arbetet framåt och chefen sitter i ledningsgruppen. Verksamhetscheferna är ansvariga för införandet av processororienteringen i sin organisation och utser både processansvarig och processteam. Processansvarig rapporterar till verksamhetschefen. Den processansvarige bör vara en medicinskt ledningsansvarig och befogenheterna finns i linjeringen. Då mål, resurser och ekonomi sköts av linjen finns en risk för konflikter då processen går över klinikgränserna. Sjukhusdirektör och ledningen stödjer arbetet med processororientering men Genomförandeprojektet har haft högst prioritet och planen för införandet av processororientering har reviderats flera gånger. Kliniker som inte sagt sig ha tid att processororientera har fått anstånd. Vård 2010 är en fast punkt på ledningsgruppens agenda, men inte processororientering i sig. Chefen för Lednings- och Verksamhetsstöd är dock med i ledningsgruppen.	SkaS strävar efter att vända tyngden i matrisen mot processägarna, men idag är linjeorganisationen styrande. Uppdragsgivare och processägare är chefer i linjeorganisationen och processägare har inga befogenheter genom denna position utan får befogenheter genom sin linjeposition. SkaS har byggt upp en infrastruktur för förbättring med ca 25 stycken verksamhetsutvecklare och förbättringsledare och har nyligen tillsatt en processchef. Verksamhetsutvecklare får ofta rollen som processledare i processteamerna. SkaS Man ser en potentiell risk till konflikter bl.a. eftersom kostnaderna hamnar i linjeorganisationen, medan processerna är "fria". Sjukhusdirektören är tydligt för arbetet med processororientering och de flesta i ledningen anses stödja processororienteringen. Processarbetet är en stående punkt på ledningsgruppens agenda och man har utvecklingsdialog tre gånger per år där man följer upp processarbetet.	Operativt drivs arbetet av Processchefen, som också sitter med i ledningsgruppen. Processägare, som måste vara läkare, ansöker till Processchefen om uppdraget när en process är identifierad och godkänd. Processägaren rapporterar till Processchefen och utser sitt team och får stöd av en processekreterare. Processägaren har en klart definierad roll och ansvarsområde och får sätta av tid för arbetet med processen. Ca 20 processguides står för kompetensen och ska hjälpa processteamerna i processarbetet. Linjecheferna har resurserna och ska stå för genomförandet och följsamheten av processen samt vara drivande i att processororientera sitt eget arbete. Vid konflikt mellan linje och process finns möjlighet för Processchef att gå in för vidare beslut. Man ser en potentiell risk till konflikter bl.a. mellan funktionsansvariga, som har ansvar för ekonomi och resurser, och processansvariga. De intervjuade anser att Sjukhusdirektören klart uttalar sitt stöd för processarbetet och sjukhusledningen anses också stödja arbetet fullt ut.

	NU	SkaS	SÅS
Kommunikation och erfarenhetsutbyte	Det finns flera kommunikationskanaler, men kommunikationen sker främst på chefsnivå. Ambitionen är att alla ska veta i stora drag vad som pågår. NU påtalar bristen på, men också vikten av, forum för att utbyta erfarenheter. Idag sker det främst genom att exempel presenteras på utställningsseminarierna. Det finns flera goda exempel att visa men dessa är inte dokumenterade och tillgängliga för den intresserade.	SkaS har flera kommunikationskanaler för processarbetet, men saknar en kommunikationsplan och följer inte upp om kommunikationen nått ut. Målet är att alla ska ha en grundläggande förståelse för processororientering. Man saknar en sjukhusövergripande struktur för erfarenhetsutbyte och de intervjuade personerna anser att man är dålig på att kommunicera de resultat som uppnåtts.	SÅS har flera kommunikationskanaler, men kommunikationen sker främst på chefsnivå. Kommunikationen och resultatet av kommunikationen följs inte upp. Erfarenhetsutbyte sker mellan processägare, men också genom att exempel presenteras på chefsmöten eller på intranätet. Dokumentation av goda exempel går framförallt att finna som resultat i rapporter.
Resultat	Processarbetet har främst hållits inom klinikerna även om vissa utlöpare skett till andra områden Det upplevs som svårt att urskilja några tydliga resultat av processarbetet från de övriga projekten i Vård 2010 och processororienteringen syns inte i budgeten eller i styrkortet, även om det finns ett processperspektiv i styrkortet. Resultat i utställningen är att 2/3 är infört enligt den plan för utställning för alla klinikerna. Genomfört anses det vara då man har gått igenom de fem seminarieomgångarna.	SkaS vet inte vad processarbetet har betytt ekonomiskt, men tror att det motsvarar några miljoner kronor. Det görs dock halvårsrapporter för Six Sigma-projekten och Business Case inom Six Sigma-projekten gör att resultat blir tydligare. Av de 18 senast avslutade Six Sigma-projekt, hade 69 % nått sina mål. Man uttalar att man kan se konkreta resultat av processarbetet såsom minskade läkemedelskostnader. SkaS upplever det som svårt att realisera resultaten på kostnadssidan. Drygt hälften, ca 3000 medarbetare har fått grundutbildning i processororientering.	Det upplevs som ovisst och svårt att få en samlad bild av vilka resultat som uppnåtts med processororienteringen och man vågar inte alltid säga att ett resultat beror på processarbetet enbart. Problemet anses vara att man mäter utgångsvärdet för sent, eftersom en del förbättringar sker direkt. I en del processer uttalar man att man kan se konkreta resultat. Resultat i införandet är att det finns 17 identifierade processer, varav tio har en processägare och sex av dessa även har ett processteam som är utbildat.
Förändringskultur	De intervjuade är medvetna om att processororientering är ett arbete som inte tar slut, däremot är de osäkra på om övriga personalen är medvetna om detta. Alla kommer inte att tillhöra ett processteam och det är inte heller ambitionen. Flera av de intervjuade saknade en plan om vad som händer efter det att man genomgått femte seminariet. Om man som anställd har ett förbättringsförslag finns det flera kanaler tillgängliga för att ta upp detta, men det finns ingen uttalad struktur för hur förbättringsförslag ska hanteras effektivt och objektivt.	Målet är att alla ska engageras i processarbetet, vilket sker genom grundkurser i processarbete. Man anser dock att det är svårt att få alla att få samma bild av vad processororientering är och ska leda till. Det finns ingen sjukhusövergripande struktur för att fånga upp och implementera enskilda medarbetares förbättringsförslag. Det finns ett antal olika kanaler man kan använda sig av. Black Belt-utbildade som arbetat med processer upplever det svårt att få till en fortsättning av arbetet vid överlämning till verksamheten.	Förbättringsarbetet ska främst ske genom processteam och platsteam. Platsteam bildas oftast inom en avdelning och alla anställda ska vara med i ett platsteam som ska arbeta med att utveckla verksamheten lokalt – både genom att ta fram och genomföra förbättringsförslag. Platsteam ska vara ledningsstyrda dvs. arbeta med ett uppdrag som fastställs av närmaste chef, men detta utesluter inte annat förbättringsarbete. Det är dock inte självklart att platsteam tar hand om förbättringsförslag från enskilda anställda, utan det finns flera kanaler att använda.

Appendix 2 - Intervjupersoner

Intervjupersoner NU

Bengt Ekelund, Verksamhetschef Kirurgi
Kerstin Mattsson, Chefssjuksköterska
Marie Lundborg, Samordnare/Projektledare Lednings- och Verksamhetsstöd
Ann-Marie Schaffrath, Sjukhuschef
Sten Axelsson, Sjukhusdirektör
Sven Florström, Ekonomichef
Hasse Johansson, Verksamhetschef Medicin
Peter Daneryd, Chef Lednings- och Verksamhetsstöd
Magnus Fogelberg, Medicin
Lars Körner, Chefläkare
Ulf Almqvist, Chefläkare
Doris Lundin, Processansvarig MÄVA
Lena Sundberg Helldin, Processansvarig Njursvikt

Intervjupersoner SkaS

Marga Brisman, Områdeschef Kirurgi
Conny Andersson, Chef Lidköpings sjukhus
Stefan Håkansson, Områdeschef Medicin och Psykiatri
Susanne Gustafsson, Verksamhetsutvecklare
Birgitta Molin-Mellander, Sjukhusdirektör
Anders Hagman, Chefläkare
Sonja Kvint, Områdeschef Barn och Kvinnosjukvård
Monika Hellstrand, Verksamhetsutvecklare
Eva Sundström, Ekonomichef
Svante Lifvergren, Chef Verksamhetsutveckling

Intervjupersoner SÄS

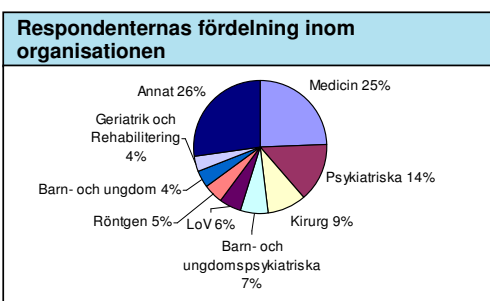
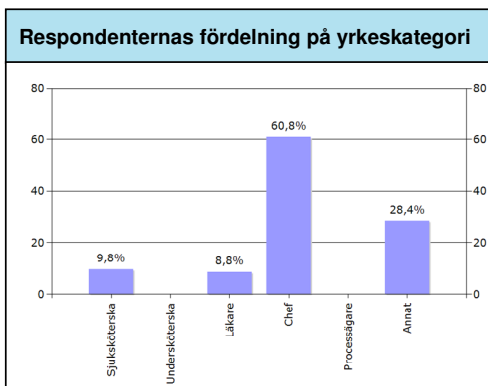
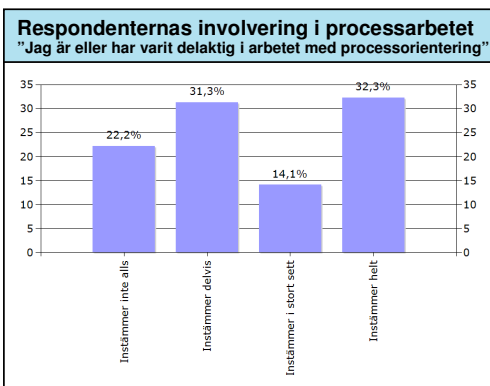
Gunnar Hellsten, Biträdande sjukhusdirektör Elektiv vård
Hans Ahrne, Processägare
Suzanne Guregård, Biträdande sjukhusdirektör Psykiatrisk vård, barn- och ungdomsvård
Matti Valkonen, Servicechef
Christer Wettervik, Chefläkare
Lennart Ryler, Administrativ direktör
Björn Gustafsson, Informationschef
Marie Lindström, Chef för HR och verksamhetsutveckling
Claes Ridderbjelke, Områdeschef Psykiatri
Ingela Tuvegran, Sjukhusdirektör
LiseLotte Risö Bergerlind, Processchef

Appendix 3 - Webenkätsvar

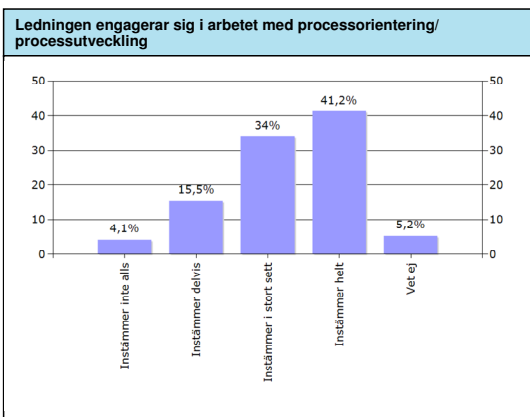
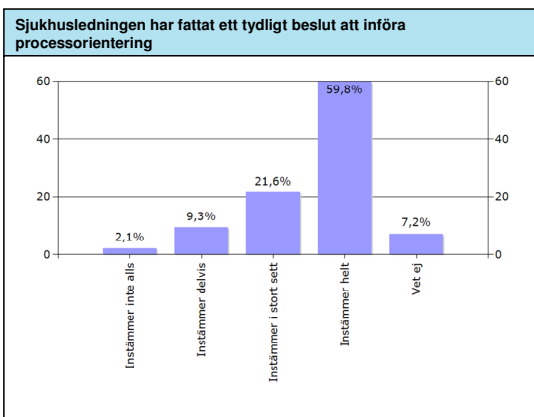
Webenkätsvar NU

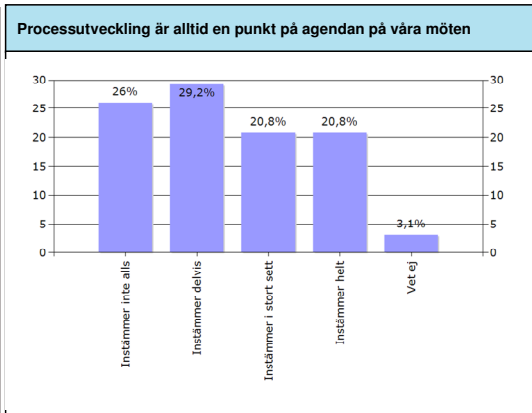
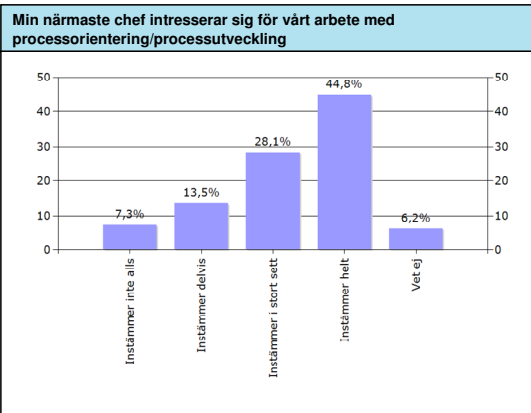
Respondenter

Enkäten skickades till 173 medarbetare spridda över hela sjukhuset, varav 106 stycken (61%) svarade

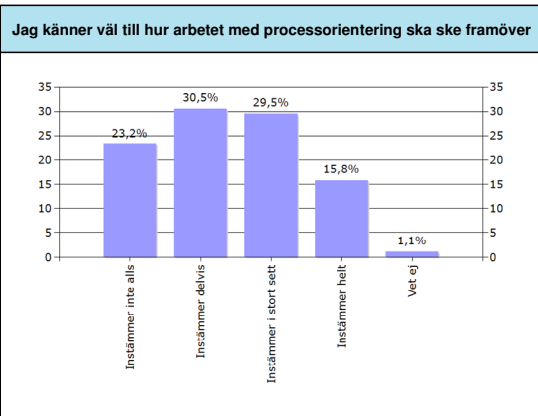
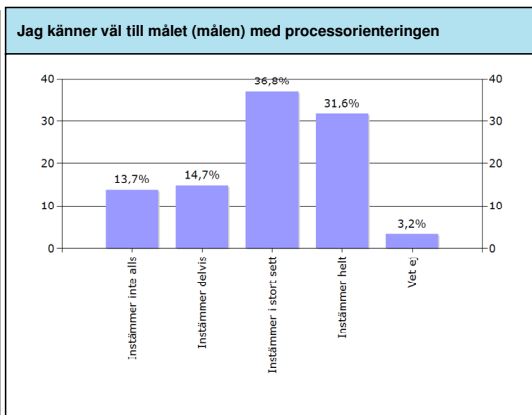
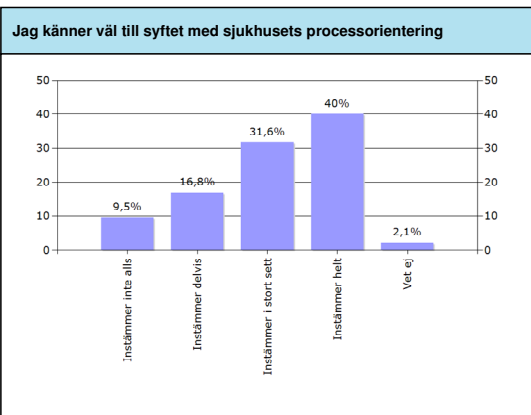
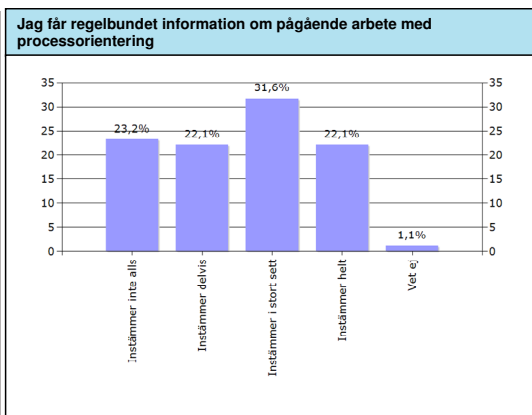
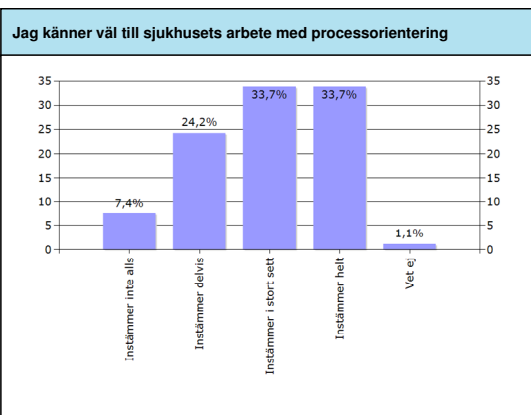


Ledning



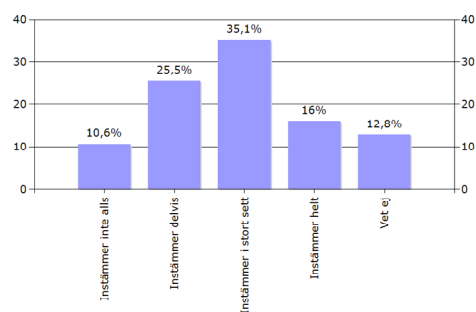


Kommunikation

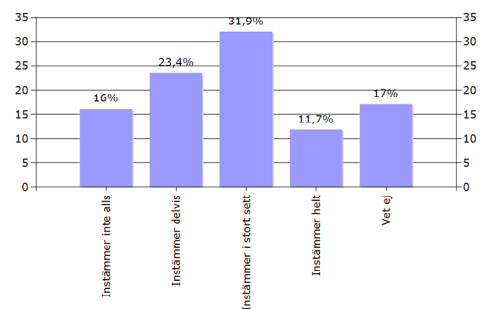


Processmål och -mätetal

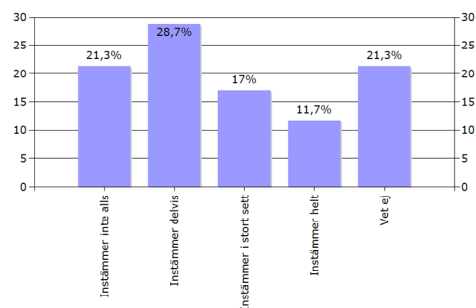
Vi har tydliga mål för de enskilda processerna (processmål)



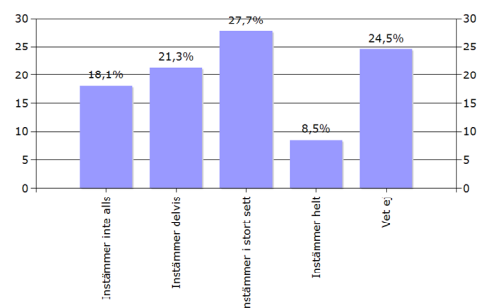
Vi har mätetal som mäter hur väl vi uppfyller målen för processerna



Vi följer frekvent upp utfallet av mätetalen mot målen

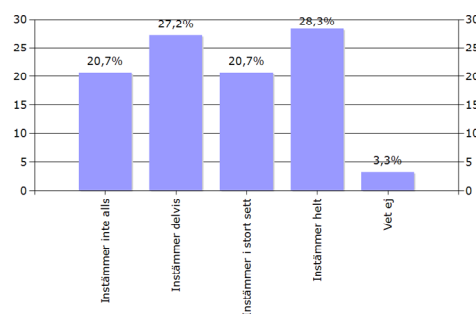


Vi vidtar alltid åtgärder för att korrigera avvikelser mot målen

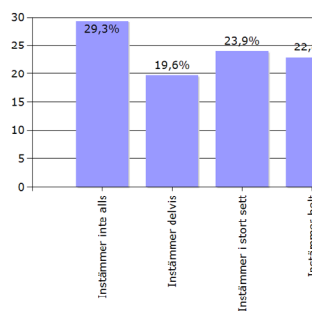


Förändringskultur

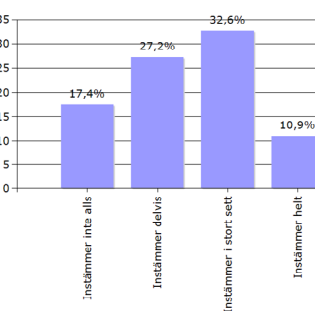
Jag har haft goda möjligheter att vara med och påverka i vårt arbete med processorientering/processutveckling



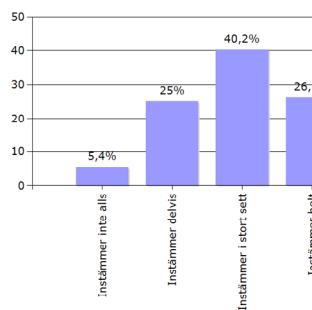
Vi har ett forum (t.ex. möten, förslagslåda eller förbättringsgrupper) som behandlar idéer för förbättringsförslag



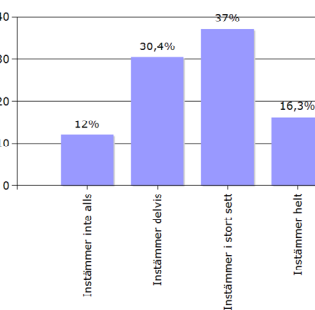
Jag tycker att vårt forum för hantering av förslag till förbättringar fungerar bra



Jag kommer ofta själv med förslag till förbättringar

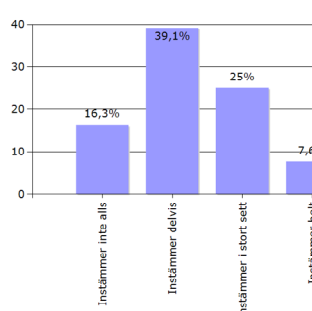


Jag får alltid respons på mina förbättringsförslag (vare sig de genomförs eller ej)

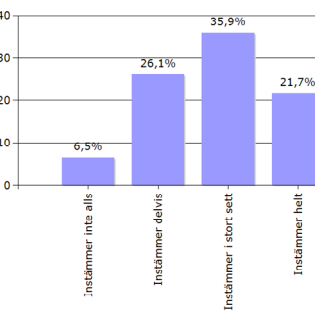


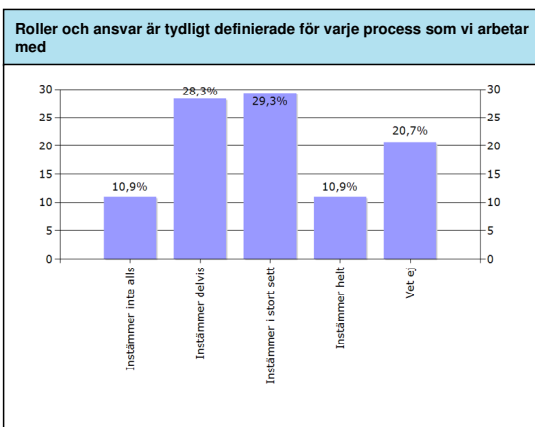
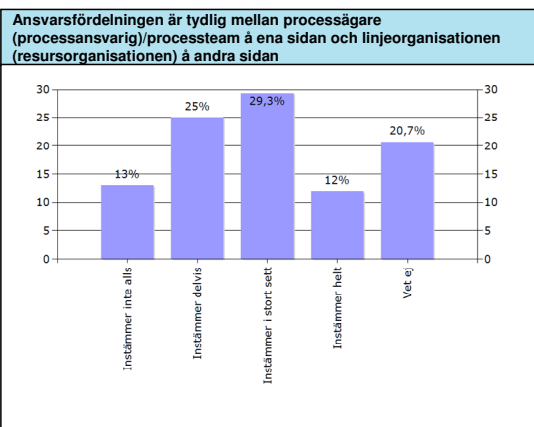
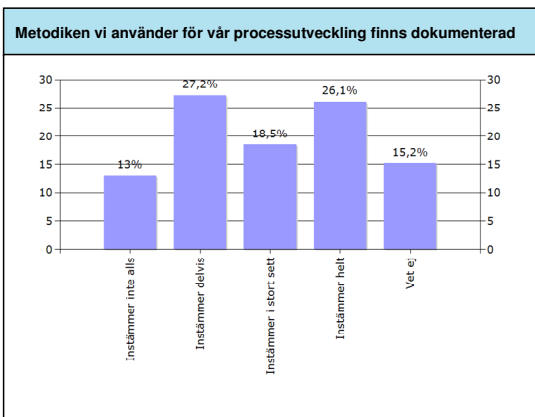
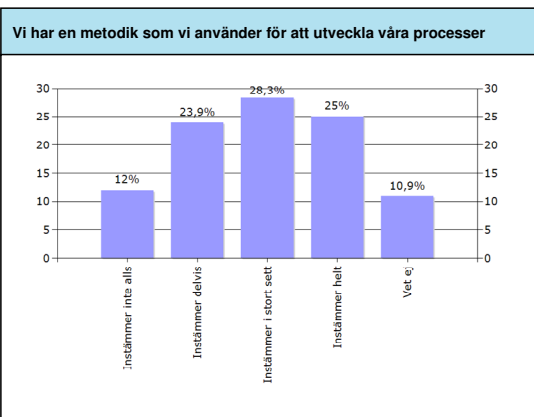
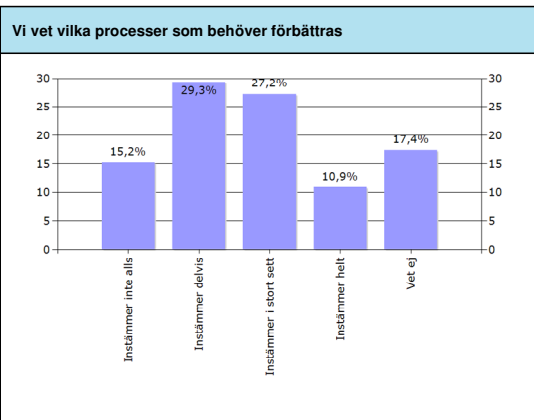
Mognad

Idag har vi på sjukhuset en bra bild av vilka våra processer är



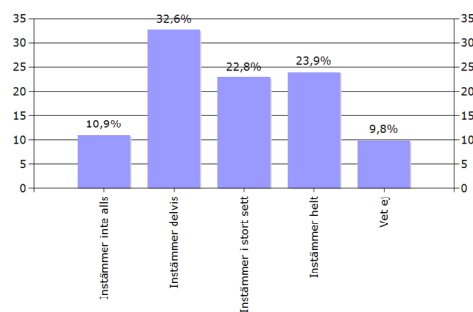
Våra identifierade processer är dokumenterade



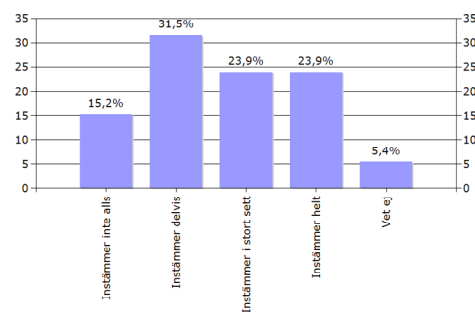


Kompetens

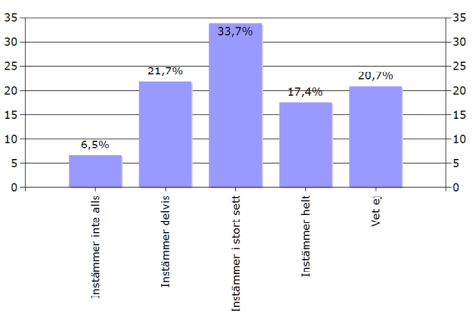
Vi har fått bra metodstöd för att komma igång med processarbetet



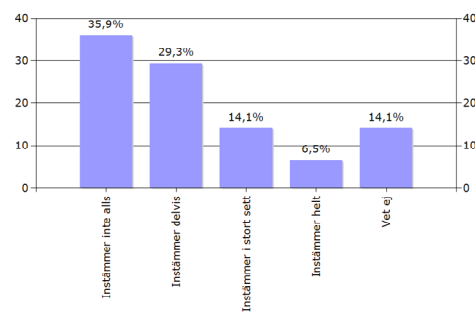
Jag har fått information och/eller utbildning i hur vi skall arbeta med processutveckling



Idag har vi på sjukhuset bra egen kompetens att bedriva processutveckling

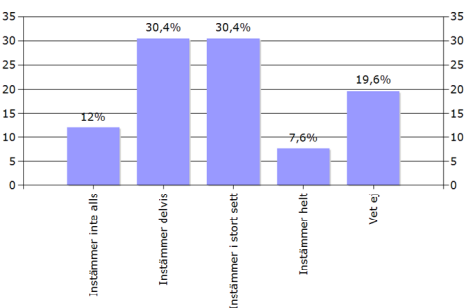


Det finns tid avsatt för att jobba med processutveckling

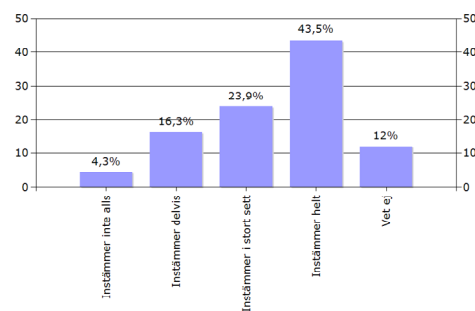


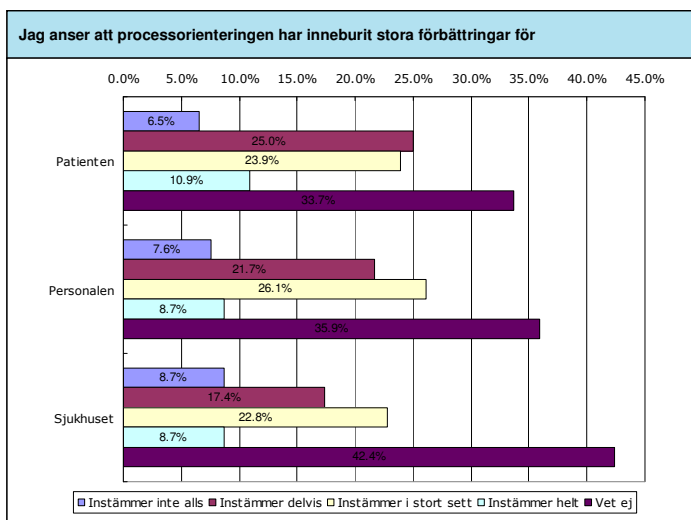
Egna åsikter

Jag anser att implementeringen av processorienteringen fungerat väl på sjukhuset



Jag anser att sjukhuset skall fortsätta arbetet med processorientering





Egna synpunkter på sjukhusets arbete med processorientering

Antingen har man valt processer som är mycket övergripande Hjärtsjukvård eller mycket specificerade Akut bröstsmärta. I det första fallet saknas bra mätmetoder och i det andra fallet blir processen så smal så endast en minoritet av patienterna passas in. I allt för många fall har man sedan valt mätmetod för att få bra resultat. Att kort väntetid inte avspeglar faktisk effektivitet eller patientnytta är ju uppenbart och att sedan andra patientgrupper som inte omfattas av processen får vänta längre (nedprioriteras) är ju inte heller ett mått på effektivitet.

Arbetet är i en uppstartsfas varför ev resultat ännu inte kan bedömas.

Att arbeta med processer är ett måste. Sätt tydliga mål i klinikledning.
 Avsätt tid till att arbeta med processer. För processarbete krävs intresse och engagemang.
 Personalen kan ej tvingas in i processarbete däremot är det viktigt för chefen att klart och tydligt motivera varför processer. Se möjligheter.
 Är det viktigt att processägaren är läkare???

Använd rätt personer på uppdraget- stötta.

Att skapa gehör på golvet för processarbetet är nyckeln till att gå från ord till handling.

Metoder för att skapa delaktighet kan man nog med fördel fundera på

Avgörande för fortsatt framgång är i vilken utsträckning som resultat av processorientering efterfrågas i linjen (alla nivåer) samt i vilken utsträckning som verksamheterna kan medverka till att följa den för NU-sjukvården uppgjorda tidplanen för breddinförande av processorientering.

de flesta processer inom vår klinik är under arbete

De som lär ut införandet av processorientering i NU-sjukvården bör ta hänsyn till de tider som passar kliniken och anpassa utbildningen till kliniken. Man kan ha jobbat med detta tidigare. Den tidpunkten som NU-sjukvården väljer ut kanske inte ligger helt i linje med klinikens.

Den lungmed processen skedde ju före processorienteringen. hade varit roligt om den varit med, känns som den skett i det tysta

Det finns ingen möjlighet i världen att kunna hålla på med processarbete samtidigt som tiden till verksamheten, dvs ta hand om patienterna, inte räcker till pga att vi är alldeles för få att göra det, sparbetningen gör arbetet nästan outhärdligt stressat för oss som skall sköta det samt att processarbetet presenterades från högsta ledningen som den stora frälsaren som skulle lösa alla problem. Från verksamheten uppfattas detta mest som kejsarens nya kläder samtidigt som vi bara får höra att vi producerar för lite och är för dyra. Samtidigt med detta ser vi hur den politiska ledningen och beställarorganisationerna inte använder de pengar de fått till att beställa adekvat mängd sjukvård. I läget där vi som utför det verkliga sjukvårdsarbetet inte känner att vi räcker till, blir tjetat från högsta ledningen närmast som ett slag i ansiktet mot oss och våra patienter

Det finns inte utrymme för åsikter då allt tycks vara beslutat och klart när besked kommer om förändringar. Att man kan få yttra sig men till vilken mening?
Det gick ganska snabbt o var stressigt lite dåligt med tid för eftertankar.Dåligt med Dr närvarande
Det går för fort !
Dålig förankring ute i verksamheterna, argument jag hört för att inte arbeta processororientering är t ex vi står inför så stora förändringar i samband med vård 2010 så vi hinner inte med det också! Borde det inte vara tvärtom att man kartlägger först och försöker identifiera risker och ev kommande problem?
En NU-gemensam rutin för informationssäkerhet behövs för att säkra viktig information och kunskap utifrån processteamets arbete. En tydligare beskrivning av på vilket sätt avvikelser skall tas om hand så att förändring sker i aktuell process.
Ett fantastiskt slöseri med medarbetarnas tid och skattebetalarnas pengar! Skäms!!
Ett inte orimligt system att identifiera och mäta styrkor och svagheter,men med oproportionerligt stor arbetsinsats och för stora förväntningar på resultat.Är mig veterligen aldrig visat resultat av dignitet som motsvarar förväntningarna.Kanske beroende på att aktuell verksamhet vilar till rätt stor del på andra premisser än organisatoriska.
Fråga 40: För tidigt att kunna utvärdera vilka förbättringar det givit
För att möjliggöra abetet med de olika processerna krävs mera tid, dvs bättre balans mellan produktions- /produktivitetskrav och utvecklingsarbete, implementering och uppföljning, ytterst syftande till en ökad effektivitet.
För mycket focus på ekonomi och antal sängar på respektive sjukhus än det optimala för strokepatienter. Vi gör endast det bästa utifrån givna ramar.
Har aldeles för lite erfarenhet av processarbete för att kunna ge en rättvis bild av det.
har ej deltagit eller erhållit utbildning /information om process arbete/orientering emotser detta snarast.
Har ej deltagit i någon processororientering, därför svårt att svara på alla frågor. Har varit på information om processarbetet men ej ingått i någon arbetsgrupp. Det finns information på intranätet om de olika delprojekten.
Har ännu inte påbörjat processen på min klinik. Planerad start i mars 09
Jag tycker att uppstarten av processororienteringsarbetet har varit bra men ingen fortsatt uppföljning på klinikinivå är planerad, varför jag tror att risken är mycket stor att det faller tillbaka till det gamla.
Jag uppfattar att vi har ett bra upplägg och ett bra metodstöd. För egen del så har klinikkarbetet med processerna startat för en dryg månad sedan. Därav många svar stämmer delvis. Processdiskussioner och kvalitetsfrågor har funnits med på agendan även tidigare men nu får de en tydligare plats. Det är positiva tongångar i mina processteamens Betr fråga 40 så tror jag att efter hand och på sikt så kommer arbetet att få stor betydelse för sjukhuset. Det förutsätter dock att vi även utvecklar processarbetet över klinikgränserna.
Kan säkert vara bra då det implementerats ordentligt. Pga chefsbyten på min klinik så har detta kommit i skymundan...
Kunniga och bra metodledare och ett tydligt mål om breddinförande i hela NU-sjukvården.
Mycket illa vald tidpunkt för MT:s vidkommande. Målet med arbetet är mycket otydligt. Motiveringen bland personalen är nästan obefintlig då man inte kan se nyttan av det hela.

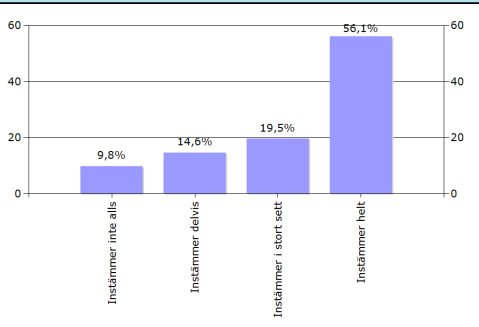
På GOA har vi redan i tydligt skede arbetad processororienterad. Fungerar bra OCH KAN BLI BÄTTRE! På Ortopedkliniken börjar man nu med processororientering. Där finns mycket att åstadkomma, Just nu dröjer beslut att göra mätningar och PDSA cyklar som jag redan har föreslagit. Att vara Geriatriker på Ortopedkliniken är nytt och nyttigt. Önskan är att inte arbeta på 2 fält (GOA=Medicin 2 och KAVA 2o=Ortopeden) med samma patientkategori. Då det gäller ökat antal av Geriatriska Ortoped Patienter anser jag att det bör vara samlade GOA-avdelningar i NU-sjukvården under 1 klinik, förslagsvis Ortopeden!!!
Svårighet att synpunkter utifrån sjukhusperspektivet. Mina erfarenheter ifrån psykkliniken är enbart positiva.
Trots att vi fortfarande är i inledningsfasen så börjar vi se resultat. Det finns en även en ökad efterfrågan från kliniker där de vill fortsätta arbetet med ytterligare processer för att förbättra verksamheten så att den blir effektivare. Det pågår flera stora förändringsarbeten och processororientering är ett av tre prioriterade områden. Trots detta så ser vi att processororientering inte alltid haft den prioriteringen men vi har försökt anpassa arbetet till detta för att inte tappa fart. Ett drömläge hade ju varit att alla verksamheter hade hunnit med att starta sin processororientering innan de skulle arbeta med flyttprojekten. Vi ser att de verksamheter som förstår innebörden av processororientering verkligen kan dra nytta av arbetet genom att de har en bättre översikt av hur patientflödena i verksamheten ser ut och kan för
Vad jag har fått info om kommer Radiologiska kliniken att börja med processororientering hösten 2009 med hjälp av konsultinsatser eller projektledare. Kan läsa på hemsidan att det pågår på andra kliniker inom NU-sjukvården. Det finns en tidsplan för hur arbetet skall genomföras. Bra att denna genomgång startas då man kan se redan att logistik och samband har brister i en så stor organisation med alla förändringar som pågår och således leder till effekter på andra kliniker elelr primärvård och kommunalt driven vård.
Vi har inte startat med processororientering ännu. Man kommer att gå över alla kliniker på sjukhuset men vi är inte där ännu.
Är egentligen alldeles för ny i organisationen för att kunna besvara dessa frågor.

Webenkättsvar SkaS

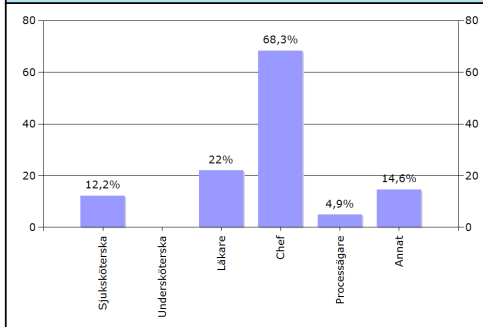
Respondenter

Enkäten skickades till 59⁴ medarbetare spridda över hela sjukhuset, varav 43 stycken (73%) svarade.

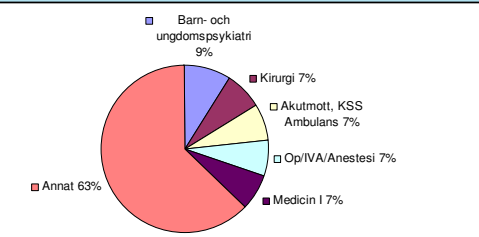
Respondenternas involvering i processarbetet
"Jag är eller har varit delaktig i arbetet med processorientering"



Respondenternas fördelning på yrkeskategori

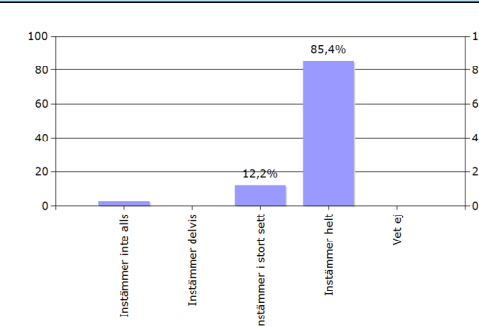


Respondenternas fördelning inom organisationen

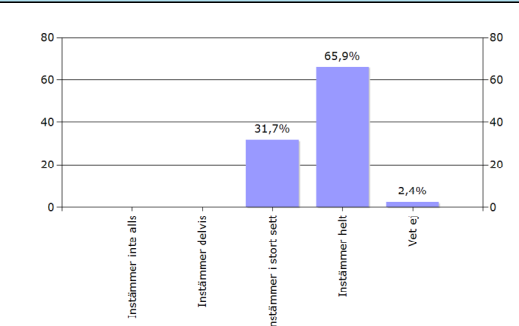


Ledning

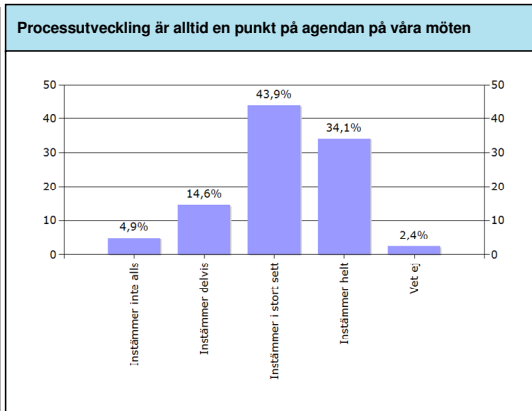
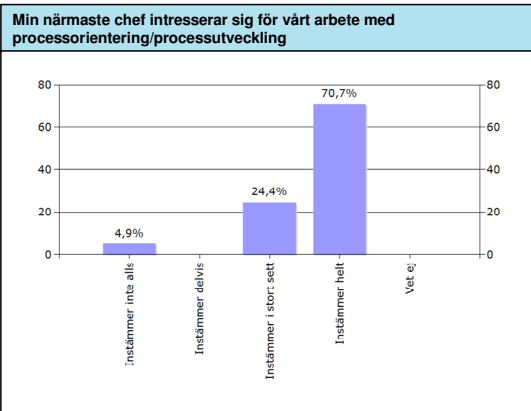
Sjukhusledningen har fattat ett tydligt beslut att införa processorientering



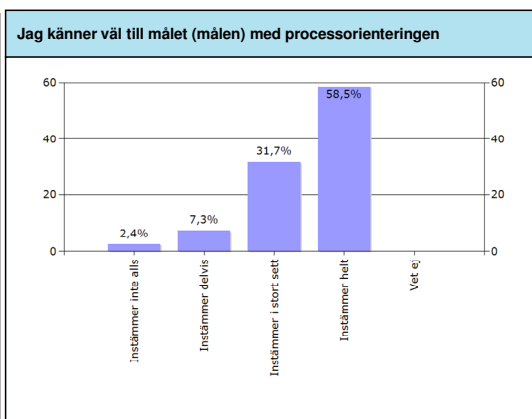
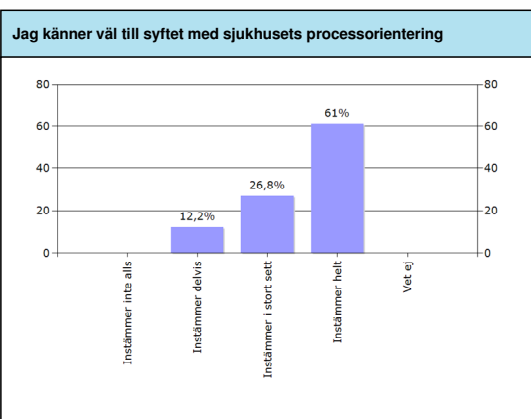
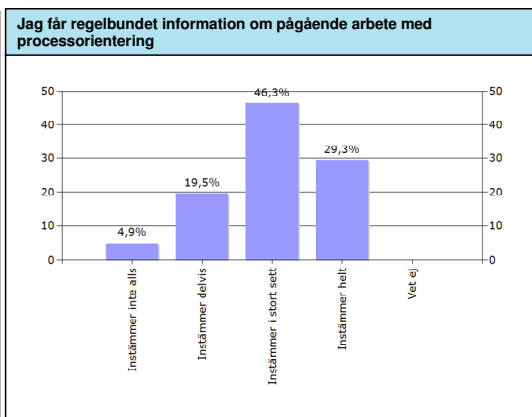
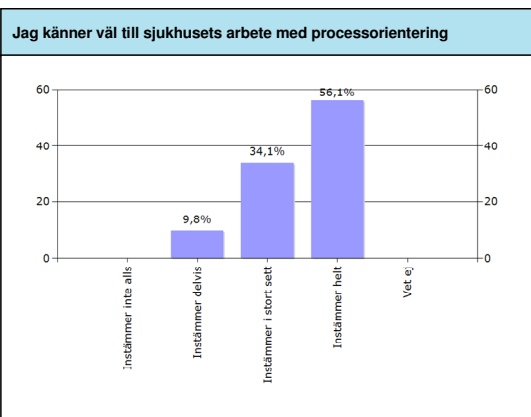
Ledningen engagerar sig i arbetet med processorientering/ processutveckling



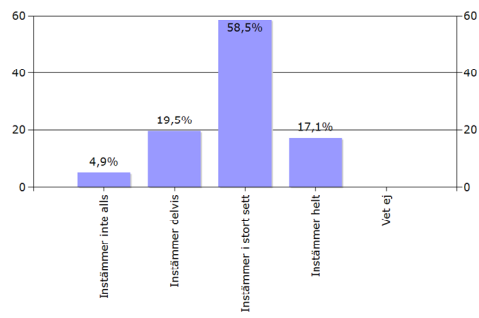
⁴ På SkaS har ett slumpvis urval gjorts med representanter från alla delar av organisationen så att samtliga enheter och chefsnivåer är representerade. På NU och SÅS har inget urval gjorts, utan man har låtit samtliga chefer svara på enkäten.



Kommunikation

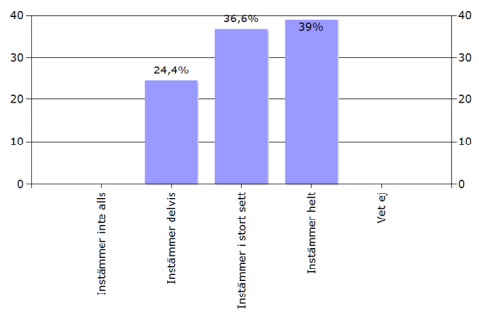


Jag känner väl till hur arbetet med processorientering ska ske framöver

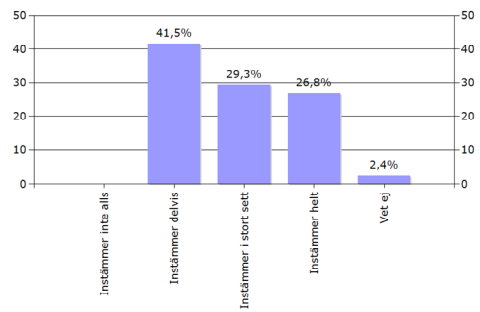


Processmål och –mätetal

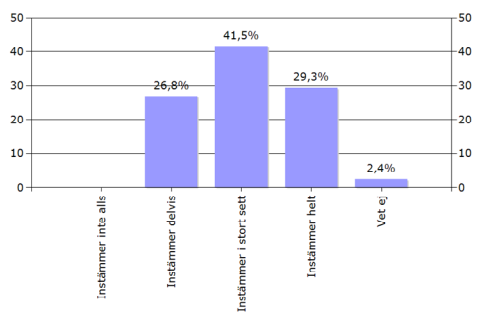
Vi har tydliga mål för de enskilda processerna (processmål)



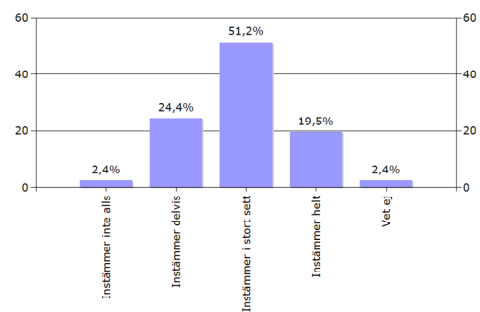
Vi har mätetal som mäter hur väl vi uppfyller målen för processerna



Vi följer frekvent upp utfallet av mätetalen mot målen

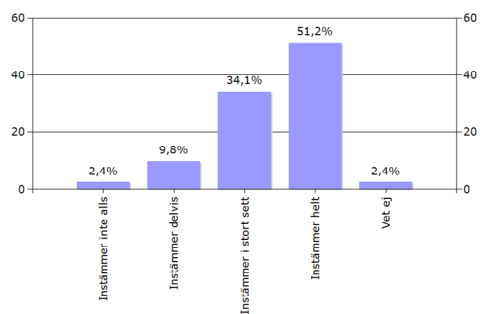


Vi vidtar alltid åtgärder för att korrigera avvikelser mot målen

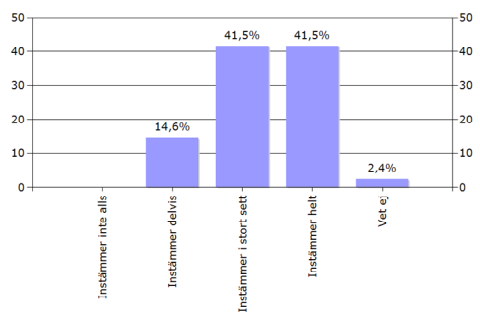


Förändringskultur

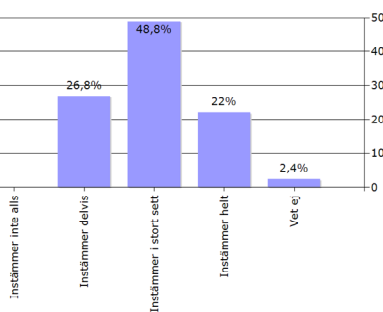
Jag har haft goda möjligheter att vara med och påverka i vårt arbete med processorientering/processutveckling



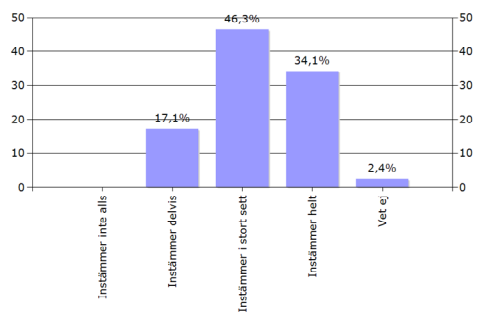
Vi har ett forum (t.ex. möten, förslagslåda eller förbättringsgrupper) som behandlar idéer för förbättringsförslag



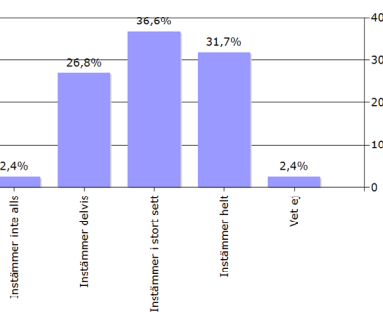
Jag tycker att vårt forum för hantering av förslag till förbättringar fungerar bra



Jag kommer ofta själv med förslag till förbättringar

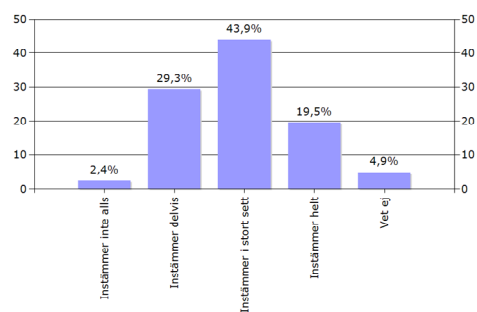


Jag får alltid respons på mina förbättringsförslag (vare sig de genomförs eller ej)

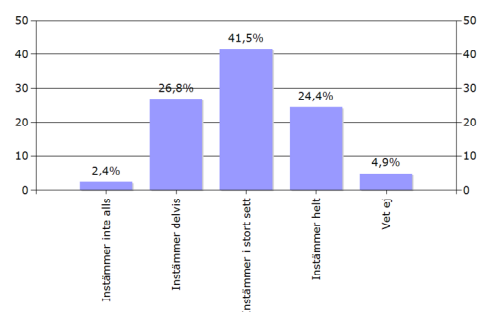


Mognad

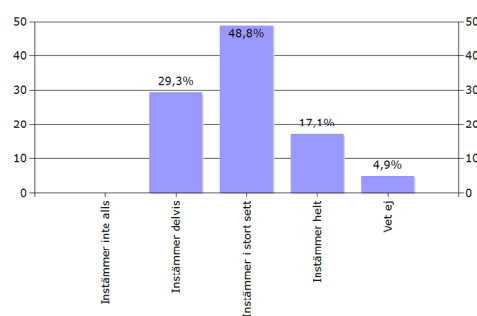
Idag har vi på sjukhuset en bra bild av vilka våra processer är



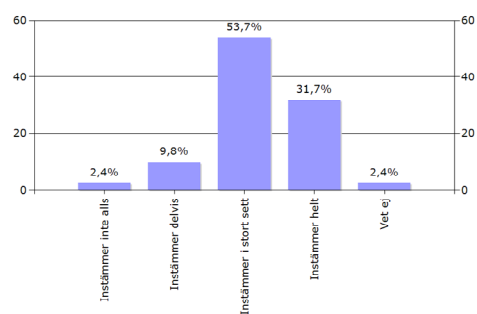
Våra identifierade processer är dokumenterade



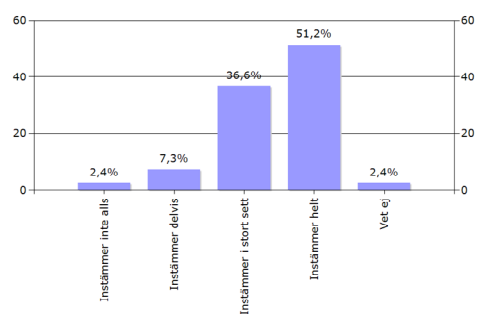
Vi vet vilka processer som behöver förbättras



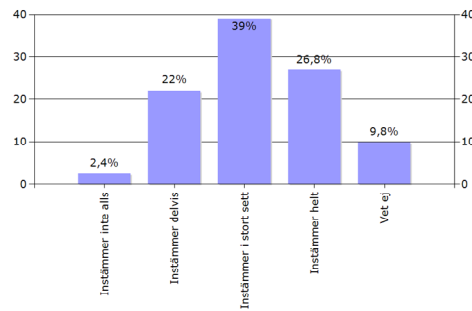
Vi har en metodik som vi använder för att utveckla våra processer



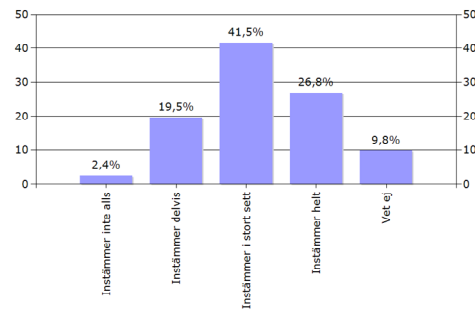
Metodiken vi använder för vår processutveckling finns dokumenterad



Ansvarsfördelningen är tydlig mellan processägare (processansvarig)/processteam å ena sidan och linjeorganisationen (resursorganisationen) å andra sidan

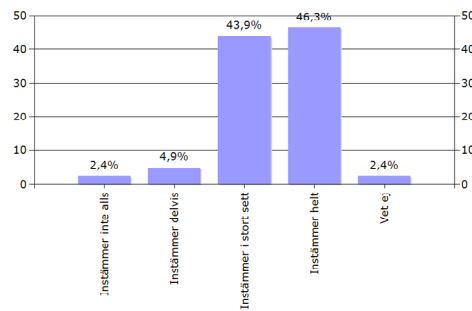


Roller och ansvar är tydligt definierade för varje process som vi arbetar med

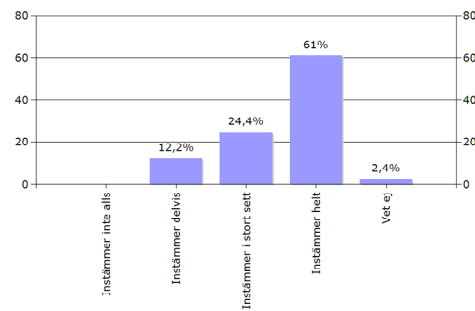


Kompetens

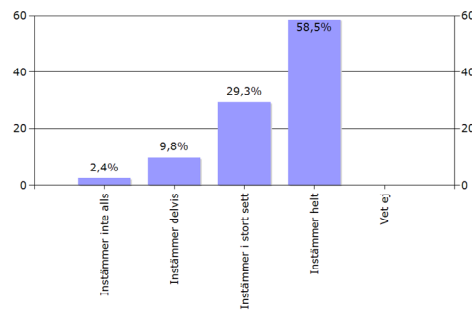
Vi har fått bra metodstöd för att komma igång med processarbetet



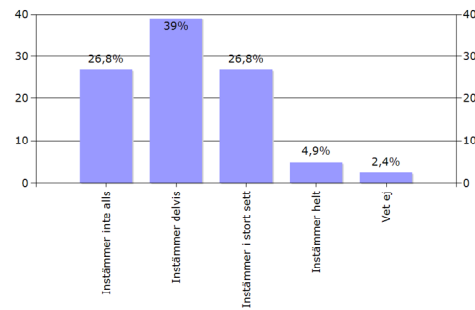
Jag har fått information och/eller utbildning i hur vi skall arbeta med processutveckling



Idag har vi på sjukhuset bra egen kompetens att bedriva processutveckling

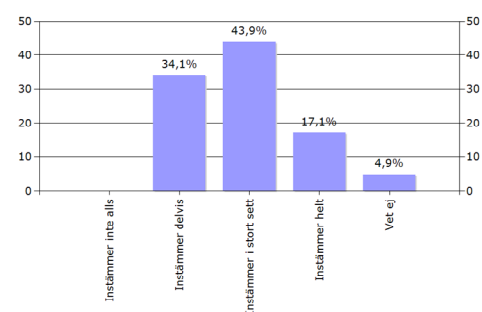


Det finns tid avsatt för att jobba med processutveckling

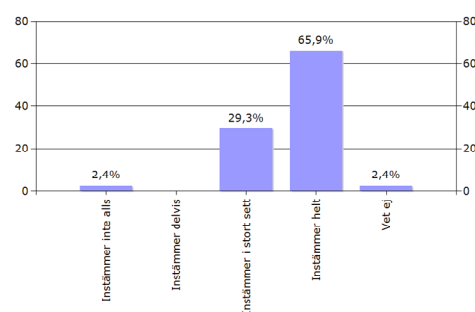


Egna åsikter

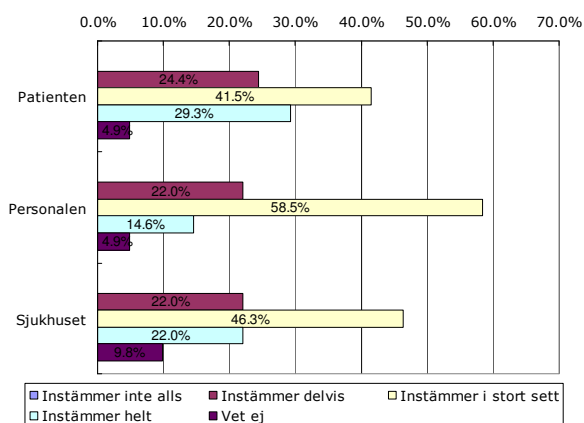
Jag anser att implementeringen av processorienteringen fungerat väl på sjukhuset



Jag anser att sjukhuset skall fortsätta arbetet med processorientering



Jag anser att processorienteringen har inneburit stora förbättringar för



Egna synpunkter på sjukhusets arbete med processorientering

ALLT vi sysslar med är tvärprofessionella processer.

Bra men svårt att få med alla professioner

Fortsatt tydlighet och enighet från ledning viktig

Fortsatt behov av att se mer av helheter och undvika suboptimeringar

Viktigt att ytterligare belysa hur teamets olika professioner kan bidra med olika grad för att totalt få en bättre effektivitet på väg mot - En god vård i utveckling

Har i mitt arbete som enhetschef inte arbetat med någon process, men det blir nog aktuellt framöver.

Ibland en övertro på vad som kan åstadkommas, lite dålig förankring i verkligheten.

Ibland stora ord men tröghet i systemen som gör att några förändringar kanske inte åstadkoms i praktiken.

Stor spridning vad gäller motivation och intresse hos medarbetarna.

Lite för mycket fokusering på bara en medicinsk process, exv radiusfrakturprocessen, och inte på de andra processer som automatiskt startar när man kommer till sjukhuset, såsom läkemedelsprocess, vårdrelaterad smitta eller komplikationer, etc.

Jag menar att många processer går igång samtidigt när man anländer till ett sjukhus och inte bara en viss specifik medicins process (om någon förstår vad jag menar).

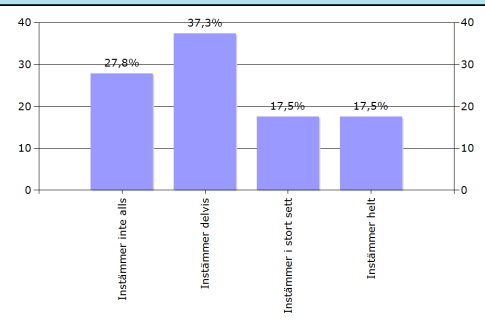
Mina synpunkter på hur vi arbetar med processer är mest grundade på mina kunskaper om hur vi gör i vårt verksamhetsområde, inte så mycket på sjukhusnivå. Hur vi arbetar på sjukhusnivå vet jag i stora drag hur det går till, vilka metodstöd som finns och hur enheten för verksamhetsutveckling är uppbyggd och vilka resurser som finns där, vilka utbildningar som de kan erbjuda. Hur själva processarbetet fungerar och vilka processer som görs/gjorts och hur de har påverkat har jag en ganska yttlig bild av.
Processarbetet har och är utvecklande för alla berörda parter, har också betydande effekter för såväl patienter, anhöriga, personal och skattebetalare
På vår avdelning finns tyvärr ingen övertalighet att arbeta med processer. Vår bemanning räcker till att ta hand om patienter och inte mycket mer. Jag tycker att själva iden är väldigt bra att hitta förbättringspotentialer men förutsättningarna att ha personalresurser måste finnas.
Samordning saknas ö-gripande på sjukhuset - ingen helhetssyn på processarbetet som fortfarande arbetas med i stuprör Ekonomi och personalsidan är inte med i processarbetet fullt ut Processarbetet måste ses långsiktigt - därför svårt att fortfarande görs månadavstämningar - borde göras på helårsbasis
skaraborgs sjukhus och verksamhet akut/ ambulans har ett mycket bra sätt på hur man arbeta processinriktat, mycket bra!
Svårigheter finns att avsätta tid för omvårdnadspersonal samt att få doktorer delaktiga.
Svårt att tillgodose vårdgarantikrav , hålla budget samtidigt som jag skall avsätta tid för personalen att göra nödvändigt förbättringsarbete. jag är klämd från flera olika håll. Kunde man ha centrala budgetmedel avsatta som kunde tas i anspråk då man såg en förbättringsprocess ? Det innebär ju oftast en övergående kostnad innan man kan hämta hem vinsten.
Upplever att de som arbetar i olika processer blir ägare av problemet och de som står utanför får ibland svårt att se sin egen del och ansvaret för de förändringar som processen medför. Viktigt att det blir ett förhållningssätt på bred front hos alla personalkategorier. fortlöpande information och engagemang är viktig inte bara dokumenterat på en hemsida. Har varit svårt att få ett kontinuerligt deltagande från läkargruppen som deltagit med sporadiska inbopp och tid har inte avsatts i läkarschemat för processarbetet vilket tidvis medfört en tröghet i att driva processen vidare i de medicinska ställningstagandena.
Utmärkt sätt att utveckla verksamheter och öka samarbetet tvärprofessionellt. Synliggör alla medarbetares arbetsinsatser och ökar engagemanget samt effektiviteten. Kunniga kvalitetsutvecklare är en uppskattad resurs på sjukhuset.
Vi arbetar mycket strukturerat på SkaS men när vi har kartlagt och kommer till lösningsförslag det är då det börjar kära. problemet är att tex för oss på akutmottagningen så är vi beroende av att alla verksamheter är beredda på att medverka till förbättringar (många berörs) och då målet ett säkrare patientomhändertagande med reducering av icke önskad vistelsetid. Alla vill men ibland svårt att ha vad är bäst för patienten i fokus. Vi arbetar tröget vidare tillsammans och jag tror att vi kommer att få tillstånd många effektiviseringar som gagnar patientomhändertagandet och då också med rätt resursutnyttjande (gäller alla kategorier)
Viktigt, nödvändigt men tidskrävande...

Webenkåtsvar SÄS

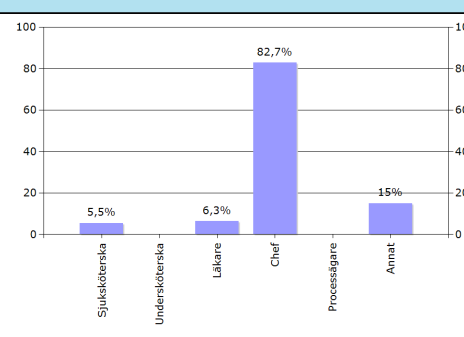
Respondenter

Enkäten skickades till 168 medarbetare spridda över hela sjukhuset, varav 132 stycken (79%) svarade.

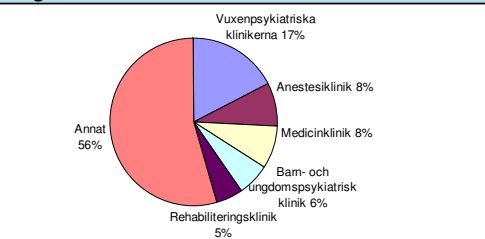
Respondenternas involvering i processarbetet
"Jag är eller har varit delaktig i arbetet med processorientering"



Respondenternas fördelning på yrkeskategori

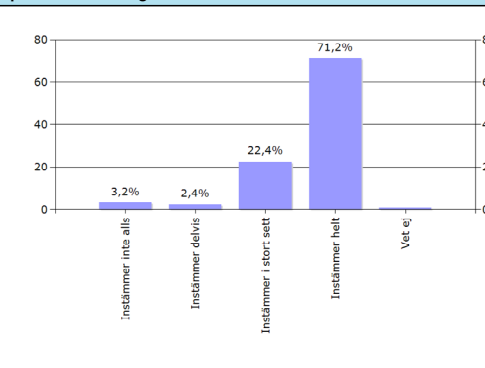


Respondenternas fördelning inom organisationen

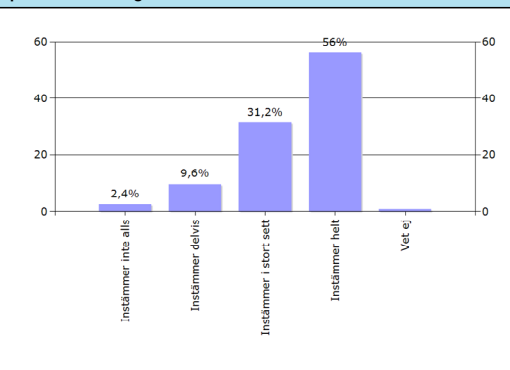


Ledning

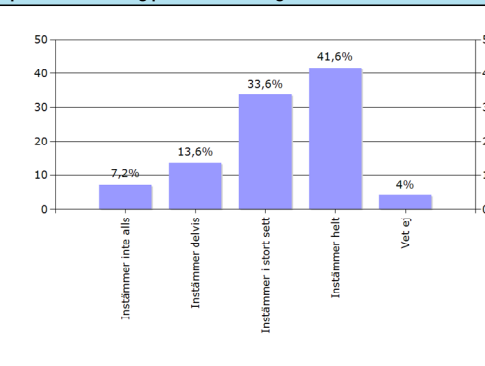
Sjukhusledningen har fattat ett tydligt beslut att införa processorientering



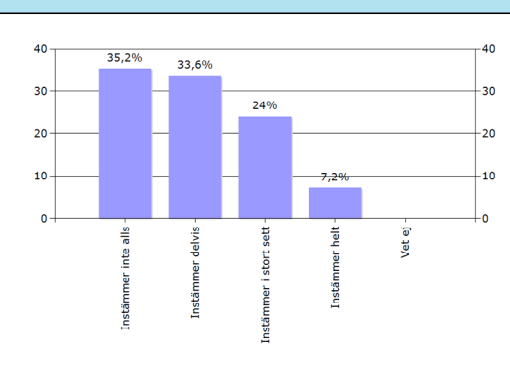
Ledningen engagerar sig i arbetet med processorientering/processutveckling



Min närmaste chef intresserar sig för vårt arbete med processorientering/processutveckling

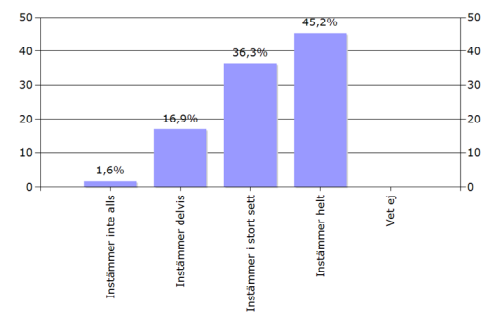


Processutveckling är alltid en punkt på agendan på våra möten

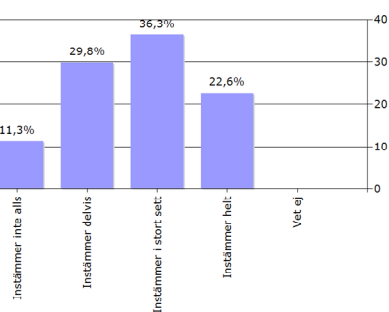


Kommunikation

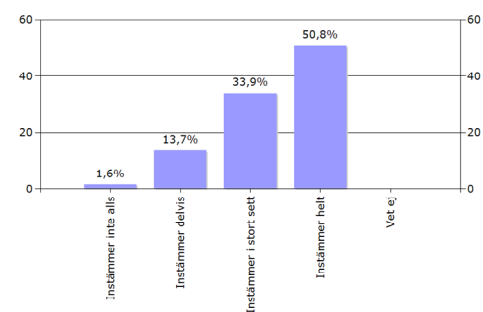
Jag känner väl till sjukhusets arbete med processorientering



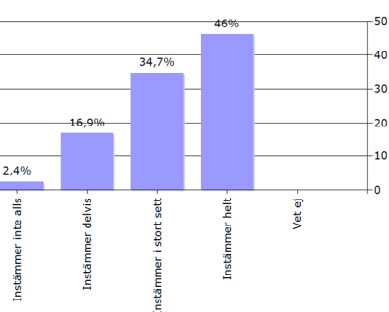
Jag får regelbundet information om pågående arbete med processorientering



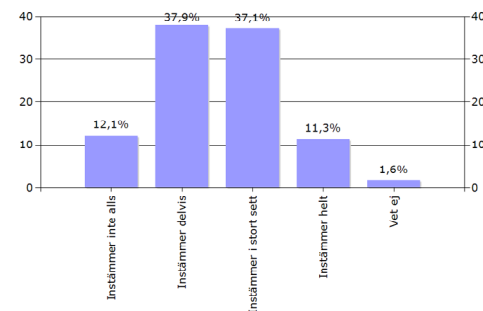
Jag känner väl till syftet med sjukhusets processorientering



Jag känner väl till målet (målen) med processorienteringen

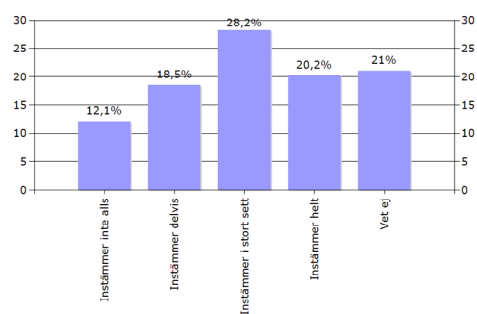


Jag känner väl till hur arbetet med processorientering ska ske framöver

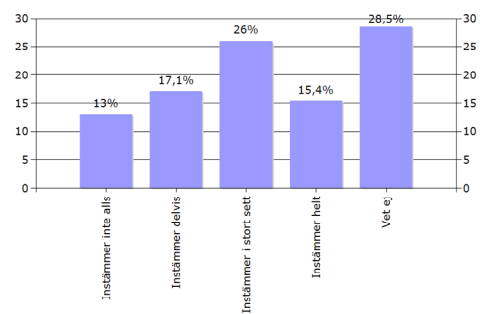


Processmål och -mätetal

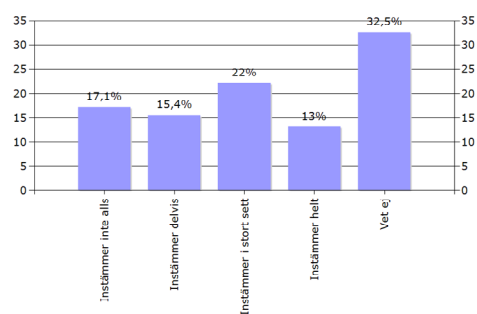
Vi har tydliga mål för de enskilda processerna (processmål)



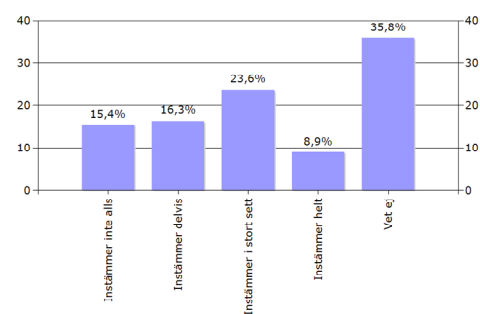
Vi har mätetal som mäter hur väl vi uppfyller målen för processerna



Vi följer frekvent upp utfallet av mätetalen mot målen

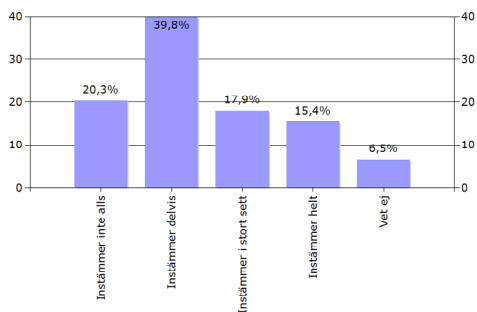


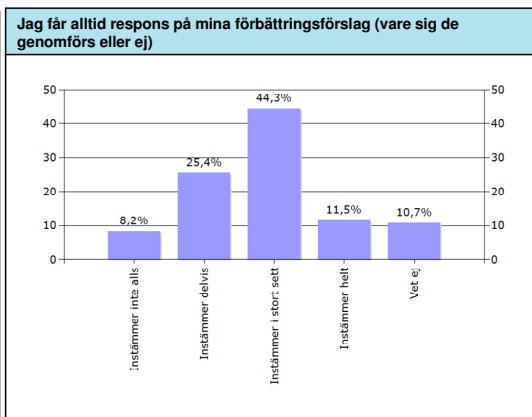
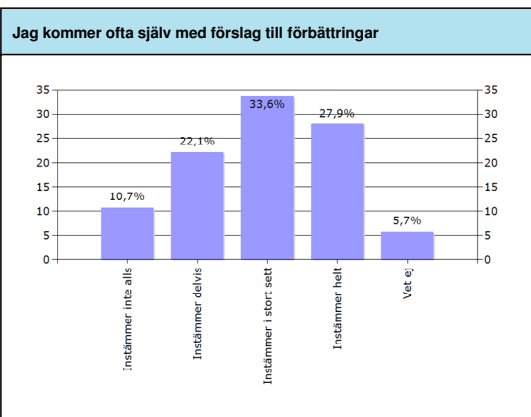
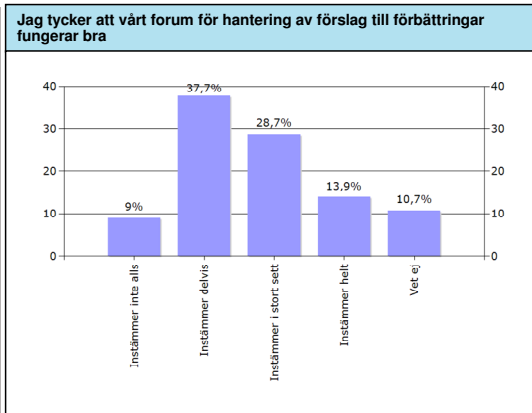
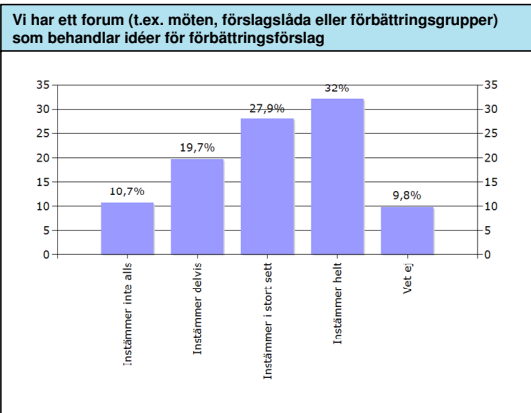
Vi vidtar alltid åtgärder för att korrigera avvikelser mot målen



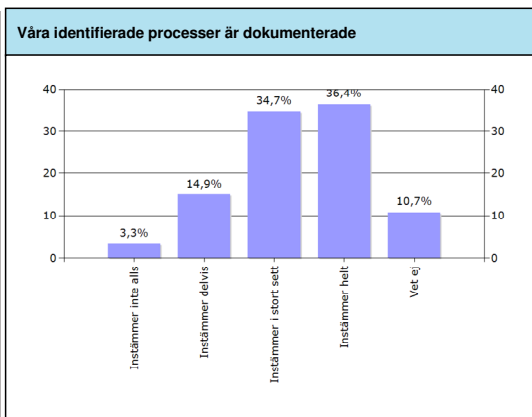
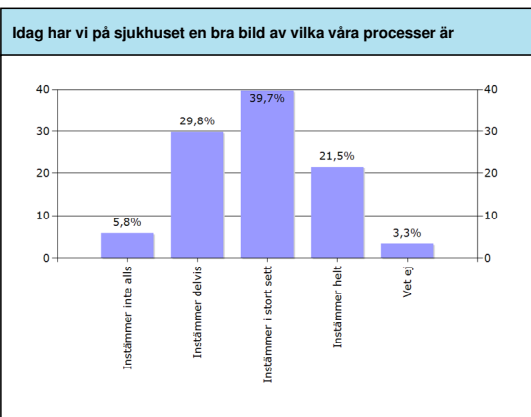
Förändringskultur

Jag har haft goda möjligheter att vara med och påverka i vårt arbete med processorientering/processutveckling

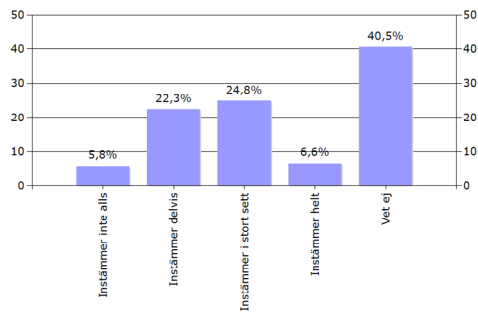




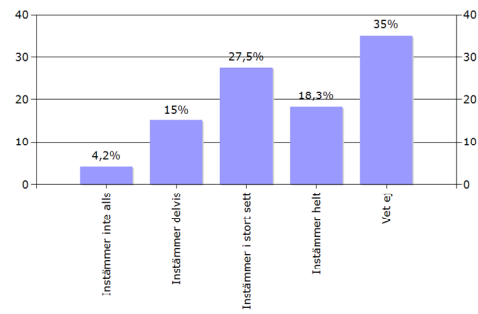
Mognad



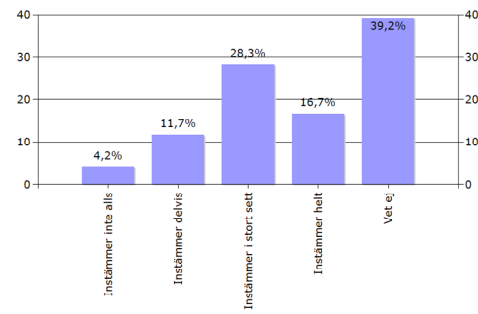
Vi vet vilka processer som behöver förbättras



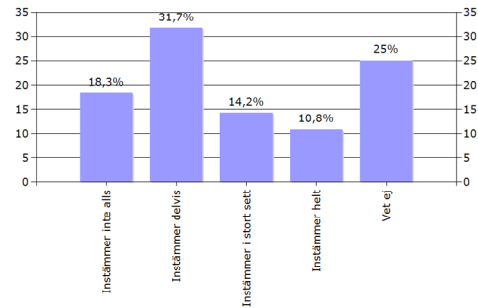
Vi har en metodik som vi använder för att utveckla våra processer



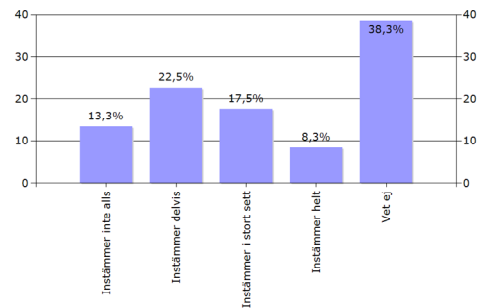
Metodiken vi använder för vår processutveckling finns dokumenterad



Ansvarsfördelningen är tydlig mellan processägare (processansvarig)/processteam å ena sidan och linjeorganisationen (resursorganisationen) å andra sidan

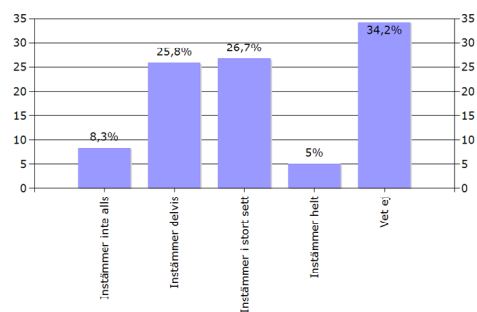


Roller och ansvar är tydligt definierade för varje process som vi arbetar med

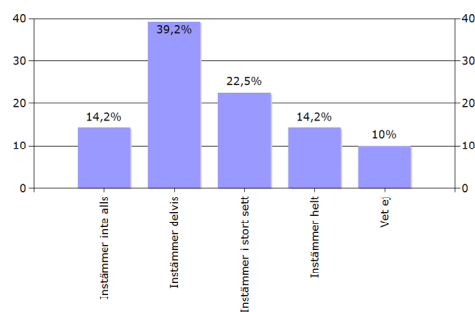


Kompetens

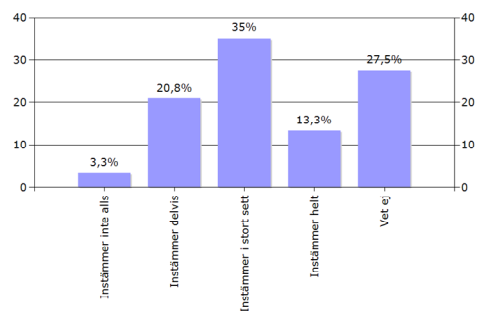
Vi har fått bra metodstöd för att komma igång med processarbetet



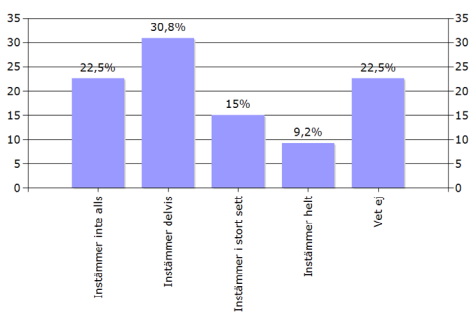
Jag har fått information och/eller utbildning i hur vi skall arbeta med processutveckling



Idag har vi på sjukhuset bra egen kompetens att bedriva processutveckling

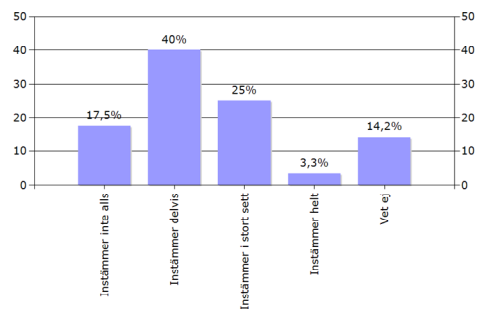


Det finns tid avsatt för att jobba med processutveckling

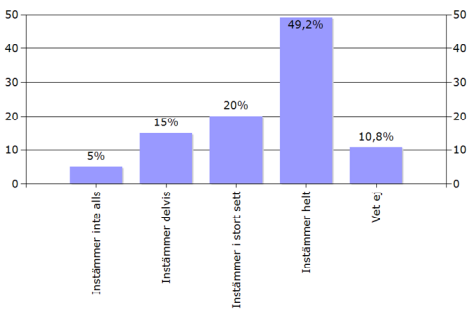


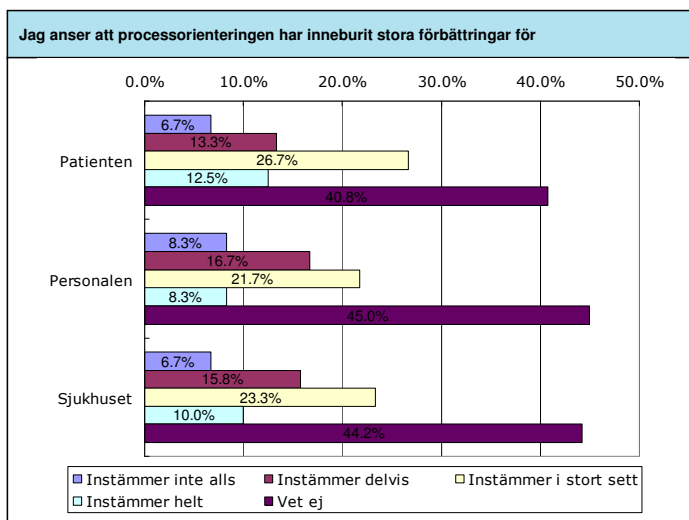
Egna åsikter

Jag anser att implementeringen av processorienteringen fungerat väl på sjukhuset



Jag anser att sjukhuset skall fortsätta arbetet med processorientering





Egna synpunkter på sjukhusets arbete med processorientering

Arbetet med en processbaserad verksamhet är spännande och kan med all säkerhet få vårdkedjan för patienten effektivare. Betydelsefullt är dock att Processägaren är mycket aktiv och har en förmåga att stimulera övriga i processteamet att se till helheten och inte enbart till egen verksamhet. Resursfördelning bör på sikt knytas till processerna och inte till klinik. Detta innebär på sikt att linjeorganisationen med verksamhetschef som resursansvarig övergår till att resursansvaret kommer läggas på ansvariga processägare. Ett problem idag är läkarbristen vilket innebär att en processorganisation är mycket sårbar. Att pga läkarbrist ha vakanta processägartjänster stoppar utvecklingen. Resurserna ligger kvar hos klinikerna och de som är processägare har inget budgetansvar vilket innebär att vi hamnar i en matrisorganisation som på sikt kan vara ett bekymmer. Processägaren ser det medicinska behovet, men finansieringen kan beröra flera kliniker. I detta fall krävs en mycket god samsyn hos berörda verksamhetschefer för att ta av egen kaka och ge till annan klinik. Funderingar finns också på om 80 % av sjukhusets patientvolym ryms inom etablerade processer. Hur omhändertas resterande 20 %.

Att tänka process- utifrån patientens behov och helhet är framtiden
 Att från resursorganisationen vilja/kunna avsätta tid för processägare och team är en svårighet och en faktor som bidrar till att det går långsamt
 Det krävs mycket kommunikation på alla nivåer för att få det att fungera - det måste få ta tid

Barnkliniken är delaktiga i diabetesprocssen där vi har en diabetessjuksköerska med. Annars har vi inga processer som vi har på gång.

bra, tyvärr fattas en processägare inom mitt egna programområde

Det finns en övertro till att de av sjukhusledningen etablerade processerna är de som åstadkommer resultat. Hittills har mycket resurser i form av tid (år) och pengar slösats bort, utan nämnvärda resultat. Det har varit oändliga diskussioner och utbildningar. Det som skulle kunna ske ute i verksamheterna och de med den största förbättringspotentialen blir inte synliggjorda och får inga resurser till att förverkliga sina mål. Då handlar det inte bara om det ekonomiska stöd som ges till processerna, utan även de personalresurser som tillförs för att utveckla de etablerade processerna. Processarbetet på sjukhuset har fastnat i yttre former. Det leder till att kreativiteten minskar hos den stora delen av medarbetare som inte berörs av dessa former. Det är endast en ytterst liten del av alla diagnosgrupper /patienter som finns på sjukhuset som har någon större nytta av det arbete som utförts i processerna.

Det går trögt att få till processägare. Varför bara läkare ??

Det känns som det gått trögt med att synliggöra processerna. Jag känner att många inklusive mig själv tror på processerna men att det finns en viss misstro mot att det går att rekrytera läkare för att driva dem. Tycker det varit lite väl ryckigt i Team-implementeringen. Borde gått att effektivisera. Det sprider sig en viss misstro mot förändringsarbete när nya brsiter (läs budgetunderskott och problematiken runt Skene som härjat i olika forum) ständigt överskuggar positiva effekter av team- eller processarbetet. Tycker vidare att man tidigare borde tittat på regionalt samordningar av olika verksamheter och även inkluderat primärvården i tankearbetet (eller om det är gjort tydliggjort detta).
Det är först nu som processernas resultat börjar redovisas. Det är min stora förhoppning att arbetet kommer patienterna till gagn, att personalen mår bra av att göra rätt saker på rätt sätt från början och att det också visar sig i sjukhusets resultat i form av förbättrad vårdkvalitet och förbättrat budgetresultat.
Det är svårt att alltid hålla en process levande det krävs att man hela tiden ligger på och informerar samt för en dialog för idagsläget så glömmar ofta personalen varför man införde olika rutiner utan att tänka på att det var en process som förakrade den
det är svårt att få gehör för en del synpunkter - det pekas mycket med hela handen
Det är svårt att svara på frågorna, eftersom svaren antingen kan spegla processororienteringen på sjukhuset eller på den egna kliniken. Utifrån vårt arbete på kliniken kan jag tycka att det för sjukhuset som helhet är en mycket långsam process med mycket tröghet. Min fasta övertygelse är att sjukhuset ska fortsätta sitt arbete med processororientering, dels för att säkra patientens vård men också för att uppnå kostnadseffektivitet. Man kan fråga sig, om vi på ögonkliniken hade kunnat hålla 0:an/gå med över-skott senaste åren om vi inte hade jobbat processororienterat? För ett par år sedan gjordes förra revisionen, den visade då för SÄS att vi hade fastnat i formen, vi har sedan dess tagit fler kliv men något för långsamt i min smak. Vi känner oss ganska ensamma på vår klinik. Visst, ögonkliniken har inte mycket samordning med andra vårdgivare och man kan tycka att vi har bra förutsättningar för att lyckas men jag undrar...är det hela sanningen?
Detta är ett långsiktigt arbete som ifrågasätter väl inrotade mönster och strukturer. Detta sätt att arbeta ifrågasätter och utmanar etablerade strukturer. Jag har svårt att förstå hur sjukvården skall kunna möta upp mot ökat krav utan att arbeta processororienterat. Detta gör att chefers roll i verksamhetens utveckling mott processororientering måste bli mycket tydlig.
Då jag inte direkt arbetar med någon process är det lite svårt att svara på vissa frågor. Vår klinik är delaktig i en sjukhusövergripande process, och jag har efterfrågat mer information på t ex klinikledningsmöten. Fråga 40 är i princip omöjlig att svara på, eftersom jag inte har tillgång till någon enhetlig utvärdering. Viss information finns tillgänglig på intranät (SIW). Jag är mycket väl insatt i processororienteringen då jag 2 ½ år har arbetat som LIFT-guide (platsteamsguide) på annan klinik. Ser stora fördelar med en processorganisation och hoppas på forts utveckling av denna.
Eftersom IVA inte har en egen process och hur vår roll i de olika processerna ska se ut inte är helt klart för mig, så har jag i nuläget svårt att bedöma hur arbetet med processerna fungerar övergripande.
Eftersom vi arbetar med psykossjukdomar så har jag svårt att utvärdera arbete med processen bipolära sjukdomar.
Eftersom vi på kliniken inte har någon etablerad process har det varit väldigt svårt att besvara frågorna. En för mig känd process inbegriper de pat vi arbetar med. Jag har dock inte hört något alls vad som händer i den. Platsteamarbete som ett sätt att arbeta med förbättringar är och har varit det jag har kontakt med. I nuläget börjar det också bli mindre tydligt hur vi skall bedriva det arbetet och mycket annat händer vilket gör att även det arbetet nu går på sparlåga.
Eftersom vi på vår klinik inte arbetar med processer är det svårt att besvara många av frågor.
Flaskhals just nu är att finna processchefer.
Fråga 39 och 40. Implementeringen har inte gått i den takt som var tänkt. Därför är det svårt att mäta effekter i nuläget, även om vi vet att det på sikt kommer att innebära förbättringar

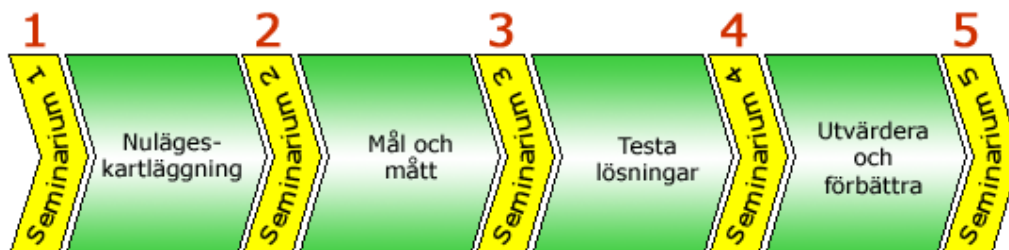
För tidigt för mig att ha en åsikt.
Förhoppningsvis leder processerna till effektivisering Att man kan arbeta över gränser samt arbeta med olika proffessioner i olika team för att behandla patienterna effektivt och på ett rätt sätt Att man sätter patienten i fokus och behandlar patienten pre och postoperativt på ett snabbt och effektivt sätt. Vi hoppas naturligtvis att vi i Laboratoriemedicin ska få vara delaktiga i olika processer för att kunna stödja med vilka prover man i olika sammanhang ska ta på patienten. .
har inte varit med i något av detta!!!!
Har kostat alldeles för mycket utan synbart resultat. Finns inte tid idag då allt annat tar tid från personalen.
Har svårt att svara på frågorna då jag själv inte är delaktig i arbetet med någon process. Mitt område kommer troligen aldrig heller bli någon process. Jag är därför undrande till vilken status våra vårdprogram kommer ha i förhållande till processerna.
Har varit svårt att se några märkbara resultat. Resultat publiceras löpade på intranätet, men det förefaller som det är ytterst små framsteg som gjorts i vården genom processarbetet, vad jag kan se.
I och med att vi på Rehab inte kommit igång med någon officiell process eller fått en processägare för strokeprocessen är det svårt att ha en klar uppfattning om alla ställda frågor.
Implementeringen har gått långsamt. Ledningsgrupper har ibland bristande förståelse för omställningen mot processororienterat arbetssätt. Processerna har svårt att vinna kraft i organisationen, delvis beroende av att kontrollen över resurser ligger i linjeorganisationen.
Jag har på många frågor svarat vet ej, men svaret kunde lika väl vara att jag saknar kunskap om detta och inte kan uttala mig om påståendet. Inom min organisation fanns tidigare process igång, men processägaren har slutat.
Jag tycker arbetet är relativt konsekvent. hoppas vi har tålamod att arbeta hela vägen.sjukvården beöver anpassas efter nya förutsättningar och metoder.
Lite svårt att svara på frågorna då vi ännu inte kommit igång och börjat arbeta med processer.
Lång startsträcka inom SÄS utan synliga resultat. De enskilda klinikerna har kommit längre med sina icke SÄS-övergripande processer. Behövs tydligare styrning från SÄS ledning vad det gäller ramar kring de sjukhusövergripande processerna t.ex. förenklad vårddokumentation.
Mer implentering i verksamheterna, att få med medarbetarna
Mycket bra - en nödvändighet för sjukhuset. Men på min enhet har vi ej startat någon process därför har jag svarat vet ej på många frågor.
Nyligen startat med processer, därför ganska torftiga svar.
Oklarhet i frågan om var ekonomin ligger begränsar processutvecklingen.
Processarbetet har ej haft så stort genomslag i verksamheten ännu,så det är för tidigt för mig att kunna ge mer specifika svar.
Sjukhusledningen får sätta ner foten i ärendet. Det svåra är att linjeorganisationen har pengarna och processägarna råder över processerna! Processägarna borde äga pengarna och således betala för utträttat arbete på klinikerna. Detta kräver en omfattande förändring på klinikerna där allt måste ha en prislapp. Detta medför ett köp och säljförfarande mellan klinikerna och processägarna. Dit är det ljusår!!!!
Sjukhusledningen har arbetat mycket med processer och de har haft ett mål för sjukhusets utveckling. Sådant arbete kan inte förkastas, kanske en modifiering av processarbetet. Vid en lansering av visioner är det av vikt att få med sig doktorerna. De skall förstå fördelarna med ett nytt sätt att arbeta. De upplever att de arbetar optimalt för patienten i det nuvarande systemet.
Som jag tidigare skrev så medverkar inte vi på vår enhet med ngn. process ännu, men det kommer säkert inom kort. Det vi däremot är 100% inblandade i är platsteam, som arbetar med förbättringar inom vår enhet. Vi får även uppgifter från klinikledning att arbeta med i platsteam. Platsteam kommer att vara en del av procssteam sso.

Svaren vet ej baserar sig på att vi inte har någon egen process på barnkliniken. Vi är- i ganska liten utsträckning- berörda av en process. Svaren avspeglar min uppfattning om processarbetet på sjukhuset men jag saknar alltså egen direkt erfarenhet av arbetssättet. Vi har dock varit delaktiga i andra delar av arbetet, t ex teamarbete. Jag anser att sjukhuset lagt ner alldeles för mycket tid och kraft på den här frågan medan man helt tappat greppet om framtidsvisionen för vården under en period med mycket allvarliga neddragningar. Vi har inte alls diskuterat vart vården är på väg utan bara hur den nya vägen ska byggas (och det nya huset). Totalt sett har jag efter flera år med prioritering av LIFT och senare processarbetet svårt att se annat än marginella konsekvenser i vardagen trots en enorm investering i tid och fokus. Min uppfattning är att vi famlat oss fram under flera år och rört oss i ett snigeltempo med flera omstarter. Jag hoppas att det finns lyckade exempel inom sjukhuset på att arbetsinsatsen faktiskt resulterat i något viktigt och bestående men jag är bekymrad över ensidigheten i fokuseringen med ett i mina ögon hittills ytterst magert utfall.
Svårt att besvara denna enkät då vi inte har etablerade processer inom vår klinik, men ändå har processteam. Jag har svarat utifrån min nuvarande roll.
svårt att svara på många utav frågorna eftersom det inte finns någon process som vi aktivt deltar i
Svårt att svara på vissa frågor då det har tagit ganska lång tid för de första processerna att komma igång. Det är inte förrän nu vi börjar se mål och måttetal och ett strukturerat arbete med processerna. Enstaka förbättringar börjar synas men det är ännu för få processer igång.
Svårt att komma med synpunkter då vi endast kommit i gång med ett fåtal processer som dessutom bara är i uppstarten. Informationen om inför och pågående processarbete kunde vara mer påtaglig till berörda enheter. Alltid ett frågetecken om rätt kompetens har kommit med i processen. Bevakningen är inte etablerad bland lägre linjechefer
TID är den faktor som krävs vi kan inte springa fortare och samtidigt skapa processer denna tid måste finnas
Tror att det finns mycket att hämta hem genom att arbeta mera med de interna stödprocesserna i det som idag är kliniker. Vi får inte glömma dokumentation som en stödprocess.
Upplever att prosesstapplingen, säkert pga många orsaker, går relativt långsamt vilket gör att min förhållning är att genomslaget blir utdraget o ev i ngt mindre omfattning.
Vi har inte kommit så långt med vår process som var gjord innan jag började. Låte som att det ska bli bra om man kan fördela ansvarfrågorna mellan processägare och övriga chefer
Vi har inte kommit så långt än med processarbetet. Kommunikationen mellan processerna och enheterna är i stort sett obefintliga.
Vi är väldigt olika inblandade beroende på var vi arbetar och vi på serviceavdelningar ingår i delprocesser om huvudprocessen spårar ur. Men visst är det idealiskt för patienterna om det flyter på över olika gränser
Viktigt att all expertis som tar hand om patienten är delaktig i processen. Vad gäller operationsprocessen finns mycket kvar att arbeta på, och mitt förslag är att det skulle finnas en egen processägare som drev denna process. Operationsprocessen skulle då kunna gå in i huvudprocessen höftfraktur till exempel, då det är avhängigt om och när patienten kan opereras om den är rätt förberedd.
Viktigt att processerna får mandat att styra linjens arbete mha av bla tydliga mål som följs upp.
Är inte hittills berörd av någon etablerad process på sjukhuset. Särskiljer ni på processer och förändringsarbete?
Överlag dålig förankring hos den vanlige medarbetaren. Det finns i princip nästan ingen tid avsatt för att på avdelningsnivå kunna arbeta med processer då all tid går åt till att producera sjukvård. Detta kommer på sikt att utarma effekterna av processtänkandet.

Appendix 4 - Seminarieupplägg NU

Skräddarsydd modell

Det finns mycket skrivet om processorientering i industrin, men betydligt mindre om hälso- och sjukvården. Därför har vi tagit fram ett program skräddarsytt program för NU-sjukvården med fem seminarier där klinikledningarna, de processansvariga och processteamen får grundläggande utbildning tillsammans. Kunskapen skall sedan omsättas i det praktiska arbete som sker mellan seminarierna och under handledning.



Så här är arbetet mellan seminarierna upplagt:

Nulägeskartläggning

Mellan seminarium 1 och 2 arbetar vi i workshops med att kartlägga nuläget i processerna.

Vi vill definiera processen, vilken är den process vi ska arbeta med? Vad är det som startar och avslutar processen? Vilka kunder, krav och behov finns? Vilka är resurserna? Det är viktigt att alla i gruppen kommer till tals och får komma med synpunkter och förslag. Delaktighet främjar helhetstänkandet och gör arbetet stimulerande.

I den kartläggande delen av arbetet arbetar vi med ett datoriserat verktyg, Business Modeler. I Business Modeler gör symboler och text det möjligt för alla att kunna se processen på ett överskådligt sätt, i en processkarta.

När kartan arbetats en tid, läggs den ut på intranätet. Allt eftersom grupperna arbetar framåt kommer kartan att uppdateras.

Mål och mått

Mellan seminarium 2 och 3 arbetar vi med mål och mått. Varför är detta så viktigt i processarbetet?

Mätning ger kunskap och förståelse om processens storlek, dess mål och dess möjliga förbättringar och utveckling.

Vilka mål är satta för processen vi arbetar med? Vilka mått är viktiga att följa upp?

För att veta vilken riktning man ska gå i eller vilka åtgärder som måste vidtas för att nå processens mål, krävs mätning.

Verktyg: Mall 2 (i dokumentarkivet) "Processens krav, mål och mått" samt mall 3, "Strullista".

Testa lösningar

Mellan seminarium 3 och 4 arbetar vi med att hitta förbättringssidéer som säkert redan nu uppkommit under arbetet med processen och testa dessa. Vi använder oss av så kallade PDSA-tester (Plan-Do-Study-Act).

En PDSA-test kan gå till på följande sätt:

Planera; Gruppen planerar vad som ska testas, när och hur samt vem som ansvarar för testen.

Gör; Testen genomförs under en kortare tid, förslagsvis 1-2 veckor.

Studera; Jämför resultatet av testen mot vad gruppen trodde skulle hända

Agera; Resultatet utvärderas och sedan finjusteras lösningen. Ska man testa igen? Förkasta? Införa som rutin?

Verktyg: Mall 4, "PDSA-test"

Utvärdera och förbättra

När förändringar genomförts och är utvärderade är det viktigt att inte luta sig tillbaka och tro att uppdraget är avslutat.

En process är något kontinuerligt och upprepande till skillnad från projekt som är tidsbegränsade. För att få en effektiv process är det viktigt att aldrig sluta med förbättringsarbetet.

Det är dessutom angeläget att processteamet etablerar former för att processen ska kunna leva vidare.

Hur når teamet ut till övriga medarbetare? APT, klinikledningar?

Viktigt är också att planera och genomföra kontinuerliga uppföljningar av mätningar och mål för att se hur processen fungerar.

Det här är uppgifter som vi arbetar med mellan seminarium 4 och 5. Inför seminarium 5 som är sista seminariet, lämnar vi ut en mall som teamen ska fylla i och redovisa då vi ses sista gången.

Appendix 5 – Utdrag ur SkaS-guiden

SkaS-guiden – en beskrivning av SkaS ledningssystem

SkaS guiden är en beskrivning av vårt ledningssystem. Vi definierar ledningssystem enligt följande: ”De principer och angreppssätt vi har valt att arbeta med för att sträva mot, följa upp och nå våra mål.

Principer och angreppssätt - offensiv verksamhetsutveckling

Offensiv verksamhetsutveckling

Allt utvecklingsarbete bygger på en icke straffande kultur där en öppen redovisning av brister kan ske utan bestraffning. Att öppet visa brister och förslag till förbättringar är en förutsättning för lärande och utveckling. På SkaS är det en styrka att lyfta fram svagheter i våra processer i syfte att förbättra.

Offensiv verksamhetsutveckling innebär att allt förbättringsarbete så långt som möjligt utgår ifrån patientens behov och förväntningar, en utvecklad processororientering samt att oönskad variation, risker och icke värdeskapande aktiviteter reduceras i alla processer. Ledningens engagemang, allas delaktighet och helhetssyn är nödvändiga förutsättningar för att utvecklingsarbetet

ska lyckas (Bergman & Klefsjö, 2007; Deming 1982, 1994).

Patienten i centrum

Offensiv verksamhetsutveckling innebär att så tidigt som möjligt, helst redan vid skapandet av nya tjänster, aktivt ta reda på kundens/patientens verkliga behov och förväntningar. Kunskapen används sedan systematiskt vid all utveckling av verksamheten. Patienten erbjuds också att så långt möjligt vara medaktör i vården. Genom att arbeta hälsofrämjande kan vi förebygga onödig sjukdom och frigöra resurser (Vang, 2007).

Arbeta med processer

Att arbeta med processer innebär att identifiera, kartlägga och ständigt förbättra de viktigaste processerna för att öka kvaliteten (Rentzhog, 1998; IHI, 2005; Cronemyr, 2007). SkaS har en gemensam processmodell som ska vara ett stöd för såväl områdesövergripande som verksamhetsnära

processer. Syftet med en gemensam processmodell är att klarlägga ansvar och befogenheter samt riktlinjer för skapande av mål och mått i processer. Modellen ska underlätta för dem som är involverade i processarbetet, och därmed skapas förutsättningar för att nå ökad effektivitet och ett ökat lärande i såväl enskilda processer som i hela organisationen.

Processmodellen används när viktiga och stora patientflöden i verksamheten ska målsättas och följas upp fortlöpande. Modellen är med andra ord ett stöd i arbetet med att permanenta verksamhetens viktigaste processer. Därför är det viktigt att inte blanda ihop arbetet med att permanenta processer med de fall där processsynsättet enbart används som ett av flera verktyg i ett förbättringsprojekt.

Processorganisation

Det är viktigt att det i processarbetet finns tydliga roller så att det inte råder några oklarheter om vem som ansvarar för vad i processen. På SkaS gäller följande struktur:

- Uppdragsgivare
- Processägare
- Styrgrupp
- Processledare
- Processgrupp

Uppdragsgivare

Uppdragsgivaren utser processägare och styrgrupp

- Vid områdes/SiL-överskridande processer utses processägare och styrgrupp av sjukhusdirektören
- Vid processer inom ett område/SiL utses processägare och styrgrupp av områdeschef/sjukhuschef SiL

Processägare

- Ansvarar för att det finns tillräckliga resurser för processen
- Är ytterst ansvarig för processens mål, resultat, uppföljning och utveckling
- Ansvarar för att processen är definierad, dokumenterad, säkrad och känd
- Definierar vid behov delprocesser och utser deras ägare
- Utser styrgrupp och leder styrgruppens arbete
- Utser processledare och processgrupp i samråd med styrgrupp
- Kan delegera processägarskapet

Styrgruppen

Styrgruppen, till vilken processledaren fortlöpande rapporterar, ska tillsammans med processägaren fatta avgörande beslut i processen. En kontinuerlig dialog ska ske mellan processägare, styrgrupp, processledare och, i förekommande fall, processgrupp avseende förbättringsförslag och mätningar. I styrgruppen brukar resursansvariga/linjechefer för de olika delarna i processen ingå

- Styrgruppen formulerar, tillsammans med processägare, mål för resultat och utveckling i processen
- Styrgruppen ansvarar, tillsammans med processägaren, för att processen har de resurser som krävs för att uppnå satta mål
- Styrgruppen ska lösa konflikter som kan uppstå mellan process och linjeorganisation

Processledare

- Är operativ samordnare av processen på processägarens uppdrag
- Rapporterar fortlöpande till processägare och styrgrupp
- Initierar och leder förbättringsarbetet utifrån tydliga mål
- Samordnar resultatuppföljningen i processen
- Utvärderar processens lämplighet och tillämpning, t ex i processförbättringssamtal
- Ansvarar för utbildning av- och stöd för utförarna i processen
- Uppdaterar fortlöpande processtatus

Processgrupp

Processgruppen ska vara sammansatt av representanter från berörda funktioner i processen. Processgruppsmedlem ska aktivt bidra till att skapa en helhetsbild av processen. Medlemmarna i processgruppen:

- Utför tilldelade arbetsuppgifter
- Dokumenterar sina resultat
- Förankrar processarbetet inom den egna enheten
- Deltar i förbättringsarbetet utifrån tydliga mål
- Utbildar och stödjer användarna av processen

Med **kärnprocess** avses de processer som syftar till att tillfredsställa en extern kund, i de flesta fall en **patient**. Med **stödprocess** avses de processer som syftar till att tillfredsställa en intern kund, i de flesta fall medarbetare som arbetar i en kärnprocess.

Vilka processer ska permanentas?

Flöden med stora patientvolym, där behandlingen är ungefär lika från fall till fall och där det är angeläget att ta fram gemensamma mått och mål, är exempel på processer som ska permanentas. Erfarenheter visar att närmare 80% av våra kärnverksamheter kan beskrivas, målsättas, standardiseras och följas upp i permanenta processer (van Laarhoven, 2007) .

Samma principer tillämpas i stödprocesser med den skillnaden att kunderna och objekten skiljer

sig från dem i kärnprocesserna. Genom att använda SkaS kärnprocessmodell som ”glasögon” underlättas arbetet med att identifiera de patientprocesser som ska permanentas:

Hur ska en process permanentas?

Under arbetet med att permanenta en process visar mångårig erfarenhet och forskning att nedanstående steg ungefärligen bör följas (Magnusson, Krosslid, & Bergman, 2003).

1. Utse processägare, styrgrupp, processledare och processgrupp till processen
2. Definiera processen, vem processen skapar värde för samt dess början och slut?
3. Påvisa och definiera behov av förbättring genom att kartlägga processens nuläge och utvecklingsområden
4. Mäta, verifiera och förstå behovet av förbättring
5. Analysera och hitta möjliga lösningar
6. Testa och utvärdera möjliga lösningar och införa den bästa lösningen
7. Säkra, sprida och dokumentera förbättringen
8. Upprätta en utvecklingsplan för processen
9. Etablera ledningsuppföljning och inordna processen i verksamhetens styrkort
10. Genomföra ständiga förbättringar av processen utifrån mål och mått.

1. Utse processägare, styrgrupp, processledare och processgrupp till processen

Uppdragsgivare utser processägare och i förekommande fall styrgrupp. För en närmare beskrivning av rollernas innebörd se ovan.

2. Definiera processen, dess början och slut, för vem skapar processen värde?

För att kunna definiera processen och dess kunder måste först en samsyn kring processen finnas. Leverantör, in- och output, kritiska resultat och kunder till processen måste tas fram. En så kallad SIPOC är ett lämpligt verktyg för detta ändamål. I detta skede är det även viktigt att försöka beskriva processen i några få, övergripande steg.

Det är särskilt viktigt att förstå följande karakteristika för processen:

- Definiera hälsoproblemet som processen hanterar
- Vilken volym av patienter kan förväntas per tidsenhet i processen. Här kan incidens och prevalens vara till nytta.
- Start och slut på processen. Vem är leverantör till processen?
- Vilka är processens ”kunder” (för vilka patienter ska processen skapa värde)?
- Vilka krav på kvalitet ställer processens patienter? Vilka krav på hög kvalitet och säkerhet ställer vi som arbetar i processen utifrån ett professionellt perspektiv?
- Vad är syftet med att etablera processen. Vilka behov av vård ska processen tillgodose, medicinska, omvårdnadsmässiga, rehabiliteringsinriktade eller andra behov? Hälsofrämjande åtgärder? Behov av livsstilsförändringar?

3. Påvisa och definiera behov av förbättring genom att kartlägga processens nuläge och utvecklingsområden

Utifrån en gemensam överblick av processen kan de primära förbättringsområdena närmare kartläggas och prioriteras. SIPOC-kartläggningen hjälper till att avgränsa och fokusera den detaljerade kartläggningen. Genom att komma igång med konkret förbättringsarbete så snart som möjligt skapas en ökad förståelse för processen samtidigt som vi direkt försöker åtgärda pågående, större problem i processen. Följande punkter 4-7 är egentligen en beskrivning av en första förbättringscykel i processen.

25

4. Mäta, verifiera och förstå behovet av förbättring

Ta fram mätplan för de data som behöver samlas in och analyseras för att få bättre förståelse för orsaker till problem inom områden som behöver förbättras. Kontrollera också att själva mätsystemet är pålitligt.

5. Analysera och hitta möjliga lösningar

Värdera, prioritera och ta fram lösningsförslag utifrån de rotorsaker till problemen som upptäckts.

6. Testa och utvärdera möjliga lösningar och inför den bästa lösningen

Utarbeta lösningsförslag, testa och utvärdera effekt av lösningsförslag genom att använda PDSA-hjulet, se Förbättra ständigt. Inför bästa lösning.

7. Säkra, sprida och dokumentera förbättringen

Verifiera förbättring genom att mäta effekten av utförda åtgärder. Säkra, dokumentera och sprid lösningen.

8. Upprätta en utvecklingsplan för processen

Genom att definiera processen, skapa roller för arbetet i processen och göra en första inventering av hur processen fungerar och vilka omedelbara förbättringsbehov som finns samt åtgärda dessa (steg 1-7), får man en bättre nulägesbild av processen. Dessutom kommer arbetet med konkreta förbättringar igång direkt.

Därefter är det viktigt att formulera en mer långsiktig utvecklingsplan för processen. Inte sällan behöver man återigen fundera över frågeställningarna i punkt 2. (Se bilaga 3, mall för utvecklingsplan

process.) Därtill bör följande karakteristik för processen beskrivas:

- Nya metoder – är nya behandlings- eller utredningsmetoder på gång som kan påverka processen?
- Patienten som medaktör – i vilken omfattning är patientföreträdare delaktiga i utvecklingen av processen? Efterfrågas patientens förväntningar och behov systematiskt?
- Patientsäkerhet – vid varje större förändring i processen ska riskanalys utföras. Finns det några specifika risker för just denna process som ska beaktas? Hur ser arbetet med avvikelser ut? Analyseras enskilda allvarliga avvikelser? Analyseras grupper av avvikelser som härrör från processen?
- Processens resursbehov - vilka personalresurser har processen (kompetenser, yrkeskategori). Vilket behov har processen av röntgen, laboratorieanalyser, klin fys eller andra liknande resurser? Finns specifika resursbehov när det gäller läkemedel och hjälpmedel. Sluten/öppenvård, IVA? Speciell utrustning/lokaler?

I utvecklingsplanen bör ovanstående områden belysas och utifrån detta bör mål och mått tas fram i de fyra perspektiven och ska sammantaget mäta processens:

- Ändamålsenlighet ("förmågan att producera rätt resultat")
- Effektivitet ("förmågan att producera rätt resultat effektivt")

I *patientperspektivet* beskrivs vilka värden vi skapar för patienten och hur de uppfattar oss. SkaS strategiska mål i perspektivet är "Våra patienter upplever hög tillgänglighet och god vård" och mått och måttetal ska omfatta denna inriktning. Genom att förstå vad patienterna uppfattar som hög kvalitet i processen underlättas arbetet med att sätta mål i perspektivet. De dimensioner som för det mesta är relevanta att mäta handlar om nöjdhet/missnöjdhet, bemötande, upplevd förbättring av hälsotillstånd, tillgänglighet i form av väntetider, kontaktmöjligheter samt delaktighet i vårdprocessen. Här kan med fördel även hälsofrämjande initiativ mått- och målsättas.

- Mål/mått, exempel
- 90% av alla patienter ska vara nöjda med bemötandet
- Väntetiden i processen för 80% av patienterna ska vara max tre timmar

I *processperspektivet* beskrivs hur vi kontinuerligt kan förbättra och säkra våra processer. SkaS strategiska mål är "Vi ger vård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet i aktiv samverkan", vilket bör avspeglas i målbeskrivningen av perspektivet. Mått som här är relevanta är t ex processens konkreta resultat men även måttetal som speglar arbetet med säkerheten i processen dvs riskanalyser, avvikelshantering och liknande, Dessutom bör mål och mått avseende

viktiga ledtider i processen tas med. Det är viktigt att utnyttja data från nationella kvalitetsregister och mått från öppna jämförelser om sådana finns.

- Mål/mått, exempel

- Andel sårinfectioner ska understiga 3%
- Andel reoperationer är mindre än 2 %
- Medel HbA1c är mindre än 6,5%
- Akuta höftfrakturer. Tid från ankomst till akuten till genomförd operation är mindre än 24 timmar.

I medarbetare/lärandeperspektivet beskrivs hur vi trivs och utvecklas som medarbetare.

SkaS strategiska mål är ”Vi är en attraktiv verksamhet som skapar delaktighet och utveckling”.

Mål och mätetal i perspektivet ska ge en bild av i vilken omfattning som processen är känd och ger stöd till medarbetarna. Andra mätetal kan handla om i vilken omfattning som medarbetarna får vara med i utvecklingen av processen.

- Mål/mått, exempel

- 5 % av processanvändarna ska genomgå processförbättringssamtal
- 70% av medarbetarna ska uppleva gott stöd i processen

I ekonomiperspektivet beskriver vi vilka krav vi har på oss. SkaS strategiska mål är ”Vi hushållar med våra resurser”. Det innebär att mål/mätetal ska spegla kritiska kostnader i processen men även vilka kvalitetsbristkostnader som finns och hur dessa kan minskas.

- Mål/mått, exempel

- Kostnad per patient i processen ska minska med x kr
- Andel besök ska öka med x %
- Öppenvårdsbesök ska öka med x %
- Kvalitetsbristkostnaderna i processen ska understiga x kronor
- Ledtiderna för medarbetare i processen ska minska med 20%

Vid all mätning ska genusperspektivet beaktas. Föreligger det könsskillnader? Hur hanterar vi det? Är resultaten sämre eller bättre beroende på kön?

Slutligen är det viktigt att så långt möjligt mäta över tid och att ta hänsyn till variation vid mätningar

- Om en mätning avviker:

- Är det slumpmässigt?
- Finns det en urskiljbar orsak till variationen?

För en utförlig beskrivning av mätteknik, se Basera beslut på fakta.

9. Etablera ledningsuppföljning och inordna processen i verksamhetens styrkort

Inordna mått och mål samt resultatuppföljning av processen i verksamhetens styrkort. Mål och mätetal i processen kan inlemmas under respektive perspektiv i styrkortet. Uppföljning av mål och mått i processen ska ske minst tre gånger årligen i samband med utvecklingsdialogen.

10. Ständiga förbättringar av processen utifrån mål och mått enligt PDSA-hjulet.

För att skapa engagemang och delaktighet är det viktigt att alla medarbetare i processen kan ta del av aktuella mätningar och i vilken utsträckning målen nås. Processresultaten måste visualiseras. När mål och mått för processen är framtagna underlättas arbetet med att identifiera nya förbättringsprojekt.– De bör startas inom de områden där skillnaden mellan nuläge och mål är störst. All erfarenhet talar för att det är viktigt att på sikt knyta alla förbättringsprojekt till processerna.

Standardisera processer

Att standardisera innebär att ”normalisera, likrikta”, vilket alltid innebär någon typ av kompromiss. Därför är det viktigt att alltid bedöma behovet av standardisering ur patientens synvinkel.

Vi ska bara standardisera de delar av processen där patienten inte accepterar oönskad variation, till exempel aktiviteter för att förhindra sårinfectioner, aktiviteter för att uppnå bästa möjliga resultat för en stor grupp patienter, smärtstillning och basal omvårdnad. Syftet med

att standardisera är att undvika oönskad variation, men även att säkerställa att uppnådda förbättringar

bibehålls (Liker & Meier, 2006). En standard måste ständigt uppdateras och förbättras. Många delar av patientprocesserna går aldrig att standardisera. Våra patienter har behov av stor individuell variation när det gäller bemötande men även när det gäller att skraddarsy ovanliga behandlingar så att det passar just den aktuella patienten. På SkaS används i dag flera olika verktyg för att standardisera, exempelvis PM, organisatoriska vårdprogram och standardvårdplaner.

På sikt ska vi på SkaS sträva efter att samordna olika standarder utifrån patientens perspektiv.

Risikanalys i en process

Syftet med en riskanalys är att finna orsaker till fel i processen och att eliminera dessa innan en avvikelse inträffar. Socialstyrelsen definierar risk som ” möjligheten att en negativ händelse ska inträffa” (Socialstyrelsen, 2005).

Ett enkelt sätt att analysera risk ur patientsynvinkel är att använda ”minirisk”-metoden., se Patientsäkerhet.

Förbättra ständigt

På SkaS innebär det att vi har kännedom om olika förbättringssätt, så att vi kan använda rätt verktyg för att angripa olika verksamhetsproblem. Vi stödjer det ständiga förbättringsarbetet, ger uppmärksamhet åt de goda exemplen och lär av misstagen.

Hur förbättrar man?

Allmänt

En förutsättning för att lyckas med förbättringsarbetet är att man alltid använder sig av en problemlösningssmodell – en så kallad lärcykel eller PDSA-hjul (PDSA: Plan-Do-Study-Act, eller på svenska Planera-Gör-Studera-Lär). Lärcykeln är sedan ett drygt sekel intimt förknippad med kvalitets- och förbättringsarbete och kan anses vara själva kärnan i allt utvecklingsarbete (Elg, Gauthereau, & Witell, 2007; Deming, 1982).

I de mindre, lokala förbättringsprojekten räcker det långt att använda sig av lärcykeln. Det är viktigt att alla medarbetare bjuds in till att delta i det verksamhetsnära utvecklingsarbetet.

Lean Production är ett begrepp som förekommer allt oftare och som kan betraktas som offensiv verksamhetsutveckling när den är som mest utvecklad och där alla medarbetare deltar i förbättringsarbetet. Förebilden för Lean Production är Toyota (Liker, 2004; Bergman & Klefsjö, 2007).

I mellanstora och större förbättringsprojekt använder vi på SkaS oftast *genombrottsmetoden* eller *Six Sigma* (Green beltprojekt eller Black Beltprojekt).

För att nå riktigt höga kvalitetsnivåer kan det ibland krävas att man måste omforma processen från början. För detta ändamål används en metod som heter *Design for Six Sigma*. SkaS deltar tillsammans med Chalmers i forskningsprojekt som avser att utveckla projekttekniken så att den kan användas i sjukvårdsprocesser.

Appendix 6 – Utdrag ur beskrivningen av SÄS-modellen

SÄS-modellen

Verksamhetsutvecklingen vid Södra Älvsborgs Sjukhus beskrivs i SÄS-modellen. SÄS-modellen innehåller det som väsentligen krävs för att skapa en förbättringskultur.

De 3 bärande idéerna

De tre bärande idéerna utgör grunden för verksamhetsutvecklingen vid SÄS. De tre idéerna återfinns i SÄS verksamhetshjul.

Enighet i ledningen

En enad ledning är en grundförutsättning för en framgångsrik organisation. "Enighet i ledningen" innebär bland annat ett tydligt ansvarstagande på varje ledningsnivå, för att arbeta enligt SÄS-modellen för verksamhetsutveckling. Det innebär också att vara överens om verksamhetsplan och de fem ledstjärnorna. En viktig uppgift är att leda och utveckla dialogen mellan ledning och medarbetare så att ett förtroendefullt klimat skapas.

Engagera alla

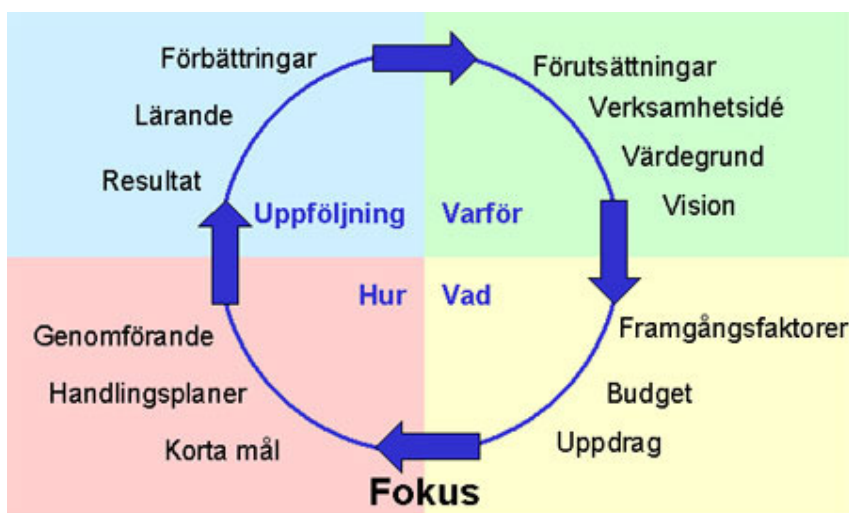
Ett framgångsrikt och systematiskt förbättringsarbete bygger på medarbetarnas delaktighet och engagemang vilket krävs för att skapa en förbättringskultur. Medarbetarnas kunskap och kompetens tas tillvara. Det är viktigt att alla ges möjlighet till engagemang och ansvar genom delaktighet i det vardagliga förbättringsarbetet där var och en kan bidra med idéer och kunskap och var med och påverka. Varje medarbetares medverkan i platsteamet är en bra förutsättning för att skapa en god och säker vård och på så sätt uppfylla våra patienter/kunders behov. I platsteamet formuleras korta mål (utifrån fokus), skrivs handlingsplaner och genomförs förbättringar.

Skapa uppföljningsformer för resultat, lärande och förbättring

Att följa upp resultat inom verksamhetens olika områden är grundläggande för en lärande organisation. Resultatuppföljning ska ligga till grund för lärande och för att driva förbättringsarbetet vidare. Ansvaret vilar både på ledning och medarbetare.

De 4 stegen - SÄS verksamhetshjul

Verksamhetshjulet beskriver innehållet och systematiken i arbetet. Förklaring till de 4 stegen finns under respektive rubrik.



Verksamhetsplan

Verksamhetshjulets högersida beskriver verksamhetsplanens delar. De förutsättningar som finns för att driva och utveckla verksamheten vid SÄS. Verksamhetsidén för SÄS vilken ska/kan brytas ner och kommuniceras på områdes- och klinikinivå. Värdegrund och vision hålls levande genom ständig dialog i ledningen och tillsammans med medarbetarna. Framgångsfaktorer för SÄS, för område och

klirik ska formuleras och målsättas. Budget och uppdrag ska klargöras och kommuniceras.

Fokusering

Förbättringsarbetet vid SÄS ska präglas av ett tydligt patient- och kundfokus. Fokus är det andra steget i verksamhetshjulet och ska vara ett rättesnöre som ligger till grund för förbättringsarbetet.

"Inga köer - mer tid" är sedan 2003 sjukhusets gemensamma fokus.

Genomförande

Verksamhetshjulets tredje steg handlar om ständig utveckling och genomförande av förbättringsarbete. Medarbetare och ledning arbetar i team (plats-, process- och ledningsteam) med att formulera korta mål (utifrån fokus), skriva handlingsplaner och genomföra förbättringar.

Uppföljning

Det fjärde steget i verksamhetshjulet är uppföljningen. Att följa upp resultat inom verksamhetens olika områden är grundläggande för en lärande organisation. Resultatuppföljning ska ligga till grund för lärande och driva förbättringsarbetet vidare. Att arbeta med dessa delar är ett ansvar som vilar på både ledning och medarbetare.

De 5 ledstjärnorna

De fem ledstjärnorna beskriver de strategier som tillämpas.

- ★ Process- och resursledning kombineras
- ★ Team – process och platsteam
- ★ 20–30 medarbetare för första linjens chef
- ★ Fyra nivåer
- ★ Ingen chef leder medarbetare på skilda nivåer

Huvudarbetsuppgifter, ansvar och befogenheter för processägare

Huvudfunktion

Processägaren har mandat från sjukhusdirektören att för en etablerad process fastställa styrande dokument, som syftar till att definiera processens uppdrag, målsättningar, metoder, tidsramar (ledtider) samt interna och/eller externa aktörer. Arbetet ska utgå från patient/kundperspektiv.

Huvudsakliga arbetsuppgifter

- utforma och följa upp mål och mätetal utifrån patientens/kundens uttalade och outtalade behov
- utforma processen så att den säkerställer hög patientsäkerhet, god vård och baseras på vetenskap (EBM)
- utveckla diagnostik, vård och behandling
- optimera flöden och resurser så att processen främjar kostnadseffektivitet
- utforma och följa upp mål och mätetal för processens olika flöden
- utveckla formerna för uppföljning av processens resultat
- upprätta och tillhandahålla uppdaterade och kommunikativa dokument för processen
- ta fram underlag för prioriteringar
- leda arbetet i processteamet
- klargöra processens behov av resurser

Ansvar

- initiera utvecklingsinsatser med berörda chefer och processägare
- ansvara för processens dokumentation
- åtgärda avvikelser gentemot de förutsättningar som specificerats av processens styrande dokument

Befogenheter

- processägaren har full insyn i de verksamheter som har betydelse för processen
- processägaren disponerar processteamets medlemmar utifrån behovet
- processägaren har mandat att fastställa för processen styrande dokument

Processteam

Till varje etablerad tillsätts ett processteam. I processteamet ingår olika yrkeskategorier med de kompetenser som behövs för att utifrån patientgruppens behov planera, utveckla och följa upp processen. Processägaren leder arbetet i processteamet.

Processteamet

- Arbetar utifrån SÄS värdegrund
- Är sammansatt av de kompetenser som erfordras för en optimal process
- Arbetar utifrån SÄS processmodell
- Har till uppgift att bidra med sin kompetens i beskrivning, kartläggning, analys, uppföljning och utveckling av processen
- Tillsätts utifrån krav på sakkunskap, förmåga till helhetssyn och kommunikation

Metodkunskap i EBV (EvidensBaserad Vård) och i riskanalys samt kunskap om processorientering och förbättringsarbete ska finnas i teamet.

Processteamets arbete ska präglas av

- Patientfokus
- Professionalitet
- Helhetssyn

Processguider

Som ett stöd till processorganisationen har ett antal processguider utbildats. En processguide är stöd till processägare och processteam framförallt vid starten av arbetet. I processguidens uppgift ligger att vara ett metodstöd för processteamet och att ha kunskap i de metoder och verktyg som beslutats för processarbetet på SÄS. Initialt arbetar processguiden aktivt med processteamet för att komma igång med bl.a. beskrivning av processen och att se till att teamet är "på rätt väg".

Verksamhetsidé för processguider

Processguiden skall medverka till att utveckla effektiva processer inom SÄS, genom stöd till processägare och team. Vi ska utifrån SÄS värdegrund bidra med vägledning, metodkunskap och inspiration.

Platsteam - förbättringsarbete

En av de tre bärande idéerna i SÄS-modellen är **Engagera alla** och en av ledstjärnorna är **Team - process- och platsteam**.

Genom platsteamerna skapas förutsättningar för delaktighet och engagemang vilket lägger grunden till ett patientfokuserat förbättringsarbete.

Teamen är sammansatta av medarbetare som i det dagliga arbetet samarbetar kring patient/kund. Alla medarbetare har en tillhörighet i ett platsteam. Teamets uppgift är att utföra och förbättra det dagliga arbetet.

Enighet i ledningen

Enighet i ledningen när det gäller platsteam handlar om att klinikledningen har en dialog om motiven för platsteam och skapar förutsättningar för platsteamens förbättringsarbete samt utser platsteam och mötesledare. En planering för olika seminarier och mötesformer görs.

Engagera platsteam

På platsteamseminariet engageras alla i att nå resultat som bidrar till SÄS fokus som för närvarande är **Inga köer - mer tid**. Platsteamerna identifierar förbättringsområden som teamet sedan arbetar vidare med på sina teamträffar. Förbättringar genomförs efter förankring hos chefer och medarbetare. Mätningar sker kontinuerligt för att säkerställa att teamet är på rätt väg mot uppsatt mål och att förbättringsarbetet gett avsedd effekt.

Uppföljning för resultat, lärande och förbättring

På uppföljningsseminariet presenterar teamet vad de arbetat med och vilka resultat som uppnåtts. Genom att ta del av varandras arbete och resultat sprids kunskap och nya idéer som i sin tur leder till ytterligare förbättringar.

På klinikkens webbplats presenteras klinikkens förbättringsarbete och på SIWs förstasida finns fler exempel på platsteamresultat.

Platsteam

Platsteamet kan ses som ett sätt att möta sjukvårdens utmaningar nu och i framtiden. Det krävs samarbete och helhetssyn för att kunna uppfylla patienters/kunders uttalade och outtalade behov. Vårdens ökade specialisering och komplexitet tydliggör också behovet av tvärprofessionell kompetens kring patienten. Teamarbete och teamlärande är grundbulten i en förbättringskultur.

Ett informationsmaterial för chefer och platsteamsguider på SÄS finns framtaget. Dokumentet har till viss del sin utgångspunkt i Personalvision 2010 och beskriver hur visionen, genom platsteam, kan omsättas i handling:

"En organisation som har fokus på verksamhetens syfte, vem man är till för, vilka resultat man uppnår och hur man uppnår dem. Den drar lärdom genom ständiga förbättringar."

Platsteam vid SÄS

- Arbetar utifrån SÄS värdegrund
- Är tvärprofessionellt sammansatta
- Innehåller de kompetenser som erfordras för att utföra och utveckla uppgifterna
- Har kontinuitet i personrelationer såväl till patienter/kunder som till kollegor/arbetskamrater
- Genomför sina arbetsuppgifter samt utvecklar arbetet genom ständiga förbättringar
- Består av 6-10 medarbetare som arbetar tillsammans i vardagen

Komplettering till Utdrag ur beskrivningen av SÄS-modellen:

Processororientering - SÄS modellen

Sjukhuset befinner sig i en utvecklingsfas där resursorganisationen (linjeorganisationen) successivt kompletteras med en processorganisation. Detta beskrivs i SÄS modellen för verksamhetsutveckling i vår ledstjärna 1, som anger att process- och resursledning kombineras.

Anledningen till att kombinera vår traditionella organisation med en processledning är att patientperspektivet tydliggörs, samt att vårt förbättringsarbete blir en del av vårt vardagliga arbete. Det vill säga att vi på sikt uppnår en kultur där vi ständigt arbetar med förbättringar utifrån ett patientperspektiv.

Processororientering SÄS-modellen

Att ansöka för att etablera en process

Första steget i att etablera en process är att i de olika ledningsgrupperna ha en dialog om motiven för processororientering. Processens namn, avgränsning och omfattning beskrivs. Områdeschefen tar därefter ställning till att gå vidare och ansöka för att få ett beslut. Processansökan sker i en mall som tillhandahålls av områdeschef eller områdets verksamhetsutvecklare. I ansökan dokumenteras ytterligare information om processen.

Att utse processägare

Processägare rekryteras genom öppen intresseanmälan på SÄS. Sjukhusdirektören utser processägare.

Att utse och utbilda team

Processägare ansvarar i sin tur för att rekrytera processteamet genom en öppen intresseanmälan på SÄS. I processteamet ingår olika yrkeskategorier med de olika kompetenser som behövs för att utifrån patientgruppens behov, planera, utveckla och följa upp processen.

Arbetet i processteamet inleds med utbildningsdagar där teori och praktik varvas.

Processteamet beskriver, driver samt mäter och förbättrar processen

Processteamets uppgift är att beskriva, kartlägga, analysera, dokumentera, följa upp och utveckla vården för processens patientgrupp. Processens förbättringsarbete utgår alltid från patient-/kundperspektivet.