

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRD- OCH OMSORGSADMINISTRATION
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2016:52

”Delar av en helhet”

En Intervjustudie för att beskriva om sjuksköterskor och undersköterskor inom sjukhusvård upplever att de är delaktiga i arbetet med kapacitets- och produktionsstyrning

Lina Björklund
Charlotte Carlsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Delar av en helhet
Författare:	Lina Björklund och Charlotte Carlsson
Huvudområde:	Vård- och omsorgsadministration
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Fristående kurs
Handledare:	Per-Åke Karlsson
Examinator:	Agneta Kullén-Engström

Sammanfattning

Andelen äldre i befolkningen förväntas öka därför behöver hälso- och sjukvården använda befintliga resurser inom sjukvården på ett effektivt sätt. Hälso- och sjukvården är komplex och består av olika systemnivåer (mikro-/meso- och makrosystem) där krav på effektivitet kan konkurrera med medarbetares etiska värden. För att få styrsystemen integrerade i verksamheten krävs att kommunikationen mellan ledning och medarbetare fungerar väl så att medarbetarna trivs, vill arbeta kvar och förblir motiverade att bidra till värdebaserad vård på en hälsofrämjande arbetsplats.

Syftet med denna studie är att ta reda på hur sjuksköterskor och undersköterskor i mikrosystemet inom öppen respektive slutna sjukhusvård upplever att de är delaktiga i kapacitets- och produktionsstyrning (KPS).

Detta är en intervjustudie med kvalitativ ansats genomförd med hjälp av intervjuer med åtta informanter vid en opererande sjukhusklinik. Intervjuerna bandades, transkriberades varpå en induktiv innehållsanalys genomfördes.

De resultat vi bland annat kommit fram till är att i nämnda verksamhet har medarbetarna en förståelse för delar, de kan se att det finns faktorer som påverkar *vad* och *hur* arbetsuppgifter utförs.

KPS med inslag av Lean tillsammans med ett fokus på värdebaserad vård borde kunna ge medarbetarna möjlighet att ta ställning till nyttan av förändring och styrning av delar i en helhet efter behov.

Nyckelord: *Styrning, ledarskap, kapacitets- och produktionsstyrning, hälso- och sjukvård, delaktighet, inflytande och kvalitativ ansats*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Faktorer som påverkar styrning	2
<i>Lagar och patienträttigheter</i>	2
<i>Utveckling av befolkningsstruktur</i>	2
<i>Systemets uppbyggnad i olika nivåer</i>	3
Ledarskap för en effektiv organisation	3
<i>Hälsofrämjande ledarskap</i>	4
<i>Värdebaserad vård</i>	5
Utveckling av styrning inom hälso- och sjukvård	5
<i>Planering</i>	6
<i>Decentralisering</i>	6
<i>Markandsanpassning</i>	7
<i>Samverkan</i>	7
<i>New public management</i>	7
Modeller för kostnadseffektiv hälso- och vård	8
<i>Kapacitets- och produktionsstyrning</i>	8
<i>Lean</i>	9
<i>Six sigma</i>	9
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE	11
METOD	11
Design	12
Datainsamling	13
Dataanalys	13
<i>Förförståelse</i>	13
<i>Etiska överväganden</i>	13
RESULTAT	15
Insikt	15
<i>Förståelse</i>	15
<i>Kommunikation/information</i>	16
<i>Lärande</i>	16
<i>Lösningssfokus</i>	17
<i>Tillit</i>	17
Inflytande	18
<i>Delaktighet</i>	18
<i>Förtroende/Ansvar</i>	18
<i>Bli lyssnad på</i>	19
Styrning	19
<i>Flexibilitet</i>	19
<i>Helhet</i>	19
<i>Krav</i>	20
<i>Plan</i>	20
<i>Uppföljning</i>	20

DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
SLUTSATSER	26
REFERENSER	27
Bilaga ”Verksamhetschefens godkännande av datainsamling”	29
Bilaga ”Information till deltagare (sjuksköterskor och undersköterskor) i intervjustudie om tillämpning av produktionsplanering”	30
Bilaga ”Intervjuunderlag – KPS”	31
Underlag – frågor	31
Planering	31
Genomförande	31
Uppföljning och utveckling	32
Information	32
Bilaga Tabell 1. Exempel på analysprocessen	34
Bilaga ”Arbetsmaterial - underlag vid analys”	35

INLEDNING

Denna studie handlar om hur sjuksköterskor och undersköterskor i mikrosystemet runt patienten upplever att de i sitt dagliga arbete påverkas av eller har möjlighet att påverka den företagsekonomiska styrning som blir allt tydligare inom dagens hälso- och sjukvård. Anledningen till att vi valde att utforska detta område var att en av författarna arbetar inom hälso- och sjukvård i en region som står i begrepp att implementera en modell av kapacitets- och produktionsstyrning. Denna präglas delvis av företagsekonomiska inslag som till del kan anas konkurrerar med organisationens etiska värden. Den andra författaren har precis tillträtt en chefstjänst vilket gör att styrning och ledning blir aktuellt och området känns därför intressant och lärorikt.

Dagens sjukvårdschefer har ett omväxlande och utmanande uppdrag. Chefer behöver kunna leda sin verksamhet på ett sätt så att alla patienter får rätt vård vid rätt tidpunkt. På uppseglade inom hälso- och sjukvård i Sverige är att arbeta med kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) en modell sprungen från den industriella världen. En annan arbetsuppgift som åligger chefer är att lyckas skapa en attraktiv arbetsplats med lämplig bemanning vid varje tidpunkt. Det torde vara lätt att som chef kunna gå vilse mellan olika perspektiv i ett korsdrag mellan patienter, proceser, medarbetare, politiker och ekonomi.

I svensk hälso- och sjukvård sätts för närvarande stort fokus på demografins utveckling kopplat till de begränsade resurser som finns. Dessa faktorer är en utmaning på flera sätt som främst påverkar ekonomi och personaltäthet inom olika kompetensområden (för närvarande bland annat sjuksköterskebrist och hyrläkarsystem). Därför är det viktigt att ledare arbetar med strategier för att vara en attraktiv arbetsgivare. Ett konkurrensmedel är att kunna erbjuda en jämn och hanterbar arbetsbelastning. Ledare kan med hjälp av kunskap om modeller, förståelse för behov och variation få kontroll på behov och utfall. Detta medför att förutsättningar för signaler om avvikelser från lagd planering och kan fångas tidigt vilket i sin tur ger möjlighet att tidigt agera för en utjämnad arbetsbelastning, en god arbetsmiljö, utveckling av verksamhetens innehåll och en känsla av sammanhang bland personalen.

Styrning och ledarskap inom hälso- och sjukvård har utvecklats över tid, studien innehåller en kort beskrivning av olika styrningsideal, kortfattat vad tidigare forskning om ledarskap kommit fram till samt några trender för ledarskap som är aktuella och ses som viktiga och kulturskapande för en attraktiv arbetsplats i dagens hälso- och sjukvård.

BAKGRUND

Svensk hälso- och sjukvård har utvecklats mycket under efterkrigstiden. Dess effektivitet och tillgänglighet ifrågasätts ofta, krav och förväntningar är stora vilket får effekter på ledarskap, medarbetarskap och arbetsmiljö. Dagens modeller för styrning tenderar att i större omfattning än tidigare ha inslag av företagsekonomiska principer. Svensk hälso- och sjukvård har tidigare finansierats genom så kallad anslagsfinansiering, det vill säga att ett belopp har fördelats utifrån mer eller mindre väldefinierade verksamhetsbehov. Denna typ av finansiering har utvecklats i riktning mot att övergå till finansiering efter prestationer, därtill har befolkningsstrukturen förändrats i sin sammansättning och ser annorlunda ut jämfört med tidigare, till exempel lever befolkningen längre bland annat med hjälp av att vårdens tekniska förutsättningar utvecklats. Sammantaget har detta medfört nödvändig och ökad ekonomisk medvetenhet inom ledning för svensk hälso- och sjukvård.

Bakgrunden innehåller:

- Vad som påverkar styrning inom svensk hälso- och sjukvård
- Ledarskapets betydelse för utveckling och kulturskapande i organisationen
- Olika modeller och ideal för styrning

Faktorer som påverkar styrning

Det finns en mängd faktorer som påverkar hur hälso- och sjukvård i Sverige ska bedrivas. I detta stycke belyser vi några av dessa som påverkar styrning:

- Lagar (patientlag, hälso- och sjukvårdslagen med vårdgarantin)
- Utveckling av befolkningsstruktur (äldre och etnicitet)
- Systemets uppbyggnad i olika nivåer

Lagar och patienträttigheter

I hälso- och sjukvårdslagen (*SFS 1982:76*) står att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. I denna lag beskrivs även vårdgarantin.

Vårdgarantin finns sedan 1 januari 2015 dessutom som en del i patientlagen (*SFS 2014:821*). Denna innebär att medborgare har rätt till vård inom ett visst tidsintervall. Det är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser vård ska erbjudas efter att beslut om vård har fattats. På SKL:s¹ webbplats ”Väntetider i vården” (2016) presenteras måluppfyllelse inom vårdgarantin och sammanställd statistik över tillgänglighet till svensk hälso- och sjukvård för respektive landsting/region ner på klinknivå.

Utveckling av befolkningsstruktur

Befolkningsunderlaget och dess sammansättning påverkar hur resurser behöver fördelas. I delbetänkande av Patientmaktsutredningen inför patientlagen (*SOU 2013:2*, s. 80) beskrivs att den demografiska utvecklingen i samhället som innebär att allt större

¹ SKL = Sveriges kommuner och landsting, en arbetsgivar- och medlemsorganisation för Sveriges alla 290 kommuner och 21 landsting/regioner

befolkning med högre andel äldre² ska komma att dela på de gemensamma resurserna (förväntad ökning av andel äldre 30 % mellan år 2010 – 2050). Därför finns det all anledning att bygga system i hälso- och sjukvård som på ett effektivt sätt använder befintliga resurser. I detta delbetänkande står också att ”den slutna vården är dyrare än den öppna vården, platser är begränsade och vårdepisoderna längre” samt att ”vård som i dag genomförs inom den slutna vården i morgon kan erbjudas inom den öppna specialiserade vården” (SOU 2013:2, s. 215).

Systemets uppbyggnad i olika nivåer

Hälso- och sjukvården beskrivs ibland som ett komplext system med flera beroenden och därmed svårt att styra och att utveckla. Enligt Godfrey, Melin, Muething, Batalden & Nelson (2008, ss. 591 – 603) behöver styrning, utvecklingsarbete och tillämpning av metoder liksom förhållningssätt genomsyra hela verksamheten vilket är en utmaning då den består av olika systemnivåer som de kallar: mikro-/meso- och makrosystem.

Godfrey et al (2008, ss. 591 – 603) skriver att mikrosystemet är det system som har inifrån- och utperspektivet, mesosystemet som skapar förutsättningar och makrosystemet som utifrån och in-perspektivet. Mikrosystemet är det system närmast patienten där det yttersta värdet skapas för densamma, här identifieras många behov och förbättringsmöjligheter etcetera.

Mesosystemet har till uppgift att stödja vilka förbättringsmöjligheter som ska prioriteras för att nå uppsatta mål. Vidare skriver Godfrey et al (2008, ss. 591 – 603) att det i mesosystemet finns ansvariga som har till syfte att säkerställa att beslutade åtgärder genomförs och leder till förbättring. För makrosystemet gäller att ta fram bra metoder som kan underlätta för ledarna i sitt dagliga arbete samt att ta fram strategier för ledarskapsutveckling. En utmaning som de belyser är att skapa uthållighet i systemet och stabilitet mellan kapital och strategiska mål.

Faktorerna ovan beskriver vad som påverkar styrningen, vilka yttre krav som finns, lag, befolkningsutveckling och systemets struktur. För att styrning ska fungera behövs ett ledarskap. Under rubriken nedan ”Ledarskap för en effektiv organisation” har vi kort beskrivit det vi funnit när vi skannat av forskning och litteratur om ledarskap i en effektiv organisation.

Ledarskap för en effektiv organisation

Det finns flera modeller och verktyg som kan bidra till en god patientsäkerhet och som samtidigt har som målsättning att effektivisera vården. Var och en för sig kan bidra till värde likväl kan de kombineras. Grönlund & Stenbock-Hult (2014, ss. 36 - 41) menar att ledarskapet har betydelse för vårdens kvalitet och utveckling och ser det som en process där en individ påverkar en grupp av individer. Ett sätt att påverka är enligt Elvnäs och Edgar (2013, ss. 824-825) att ge återkoppling till sina medarbetare. De skriver att en effektiv ledare tar reda på sina medarbetares prestationer samt återkopplar utifrån vad de ser med egna ögon. Elvnäs och Edgar skriver vidare att det har forskats mycket kring betydelsen av feedback för ett framgångsrikt ledarskap. De tar även upp att positiv förstärkning i form av speciell och individuell feedback är mest effektivt för att upprätthålla och framställa beteendeförändringar. Om personal inte vet om deras

² Definitionen av äldre saknas i SOU 2013:2

handlingar varit bra eller inte, eller om de inte kan se relationen mellan ansträngning och resultat då är risken att felaktiga slutsatser dras.

Ett synligt ledarskap är något som Liker (2009, s. 213) beskriver som viktigt för att leda en lärande verksamhet som inspireras av Lean production (Lean). Om en verksamhet ska fungera väl i förhållande till sitt uppdrag menar Aronsson & Bejerot (2014, s.1) att det krävs att arbetsprocesser planeras på ett sätt som tillvaratar de anställdas kunskaper, färdigheter och motivation. De pekar på att attraktiva arbeten ofta kännetecknas av hög kunskapsanvändning, lärande och utveckling och att människor söker sig bort om deras förmågor inte tas tillvara. Liker (2009, s. 297) skriver om värdet i att se varje misstag som ett tillfälle till återkoppling och lärande. I en verksamhet med ett ledarskap som inspireras av Lean som förhållningssätt/management ses lärandet som en kontinuerlig process där innovation och förändring ökar organisationens kapacitet.

Elvnäs och Edgar (2013, s. 821) skriver att trots att det finns mycket forskning om ledarskap så saknas kunskap om ledarskapsbeteenden i praktiken samt dess påverkan på medarbetares prestation. Dessa författare genomförde en beteendeanalys inom arbetsledning för att ta reda på hur samspelet mellan arbetsledare och medarbetare såg ut i syfte att bidra till ökad kunskap om arbetsledares beteende och dess påverkan/effekt på medarbetare och organisation. Videoobservationer genomfördes, de upptäckte att ledarnas uppskattning av hur stor andel av sin arbetstid de ansåg sig ägna sig åt att återkoppla utfört arbete till sina medarbetare skiljde sig anmärkningsvärt mycket från hur det verkligen observerades vara. Ledarna uppskattade denna tid till 40 % av sin arbetstid medan andelen vid observationerna i verkligheten var 0 – 2 %.

Eriksson, Bergbrant, Berrum och Mörck (2014, ss. 592-600) pekar på kraften i att arbeta med förbättringar och belyser att genom ett innovativt förbättringsarbete runt efterfrågan och kapacitet kan en organisation nå en rimlig arbetsbelastning utan att extra resurser tillförs. Nedan redogörs för två modeller som beskrivs i litteratur och forskning, Hälsöfrämjande arbetsplats och Värdebaserad vård.

Hälsöfrämjande ledarskap

Grönlund och Stenbock-Hult (2014, ss. 36-41) beskriver att när styrningsmodellerna fokuserar på kostnadseffektivitet och resultattänkande finns det risker att fokus på människorna i systemet förloras vilket de menar är ett hot mot hela vårdsektorn. Det yttre moraliska rummet präglas av kostnader och resultat medan det inre handlar om vårdens etiska värden. I det hälsöfrämjande ledarskapet läggs fokus ofta på personalens välbefinnande, arbetsglädje vilket kan anas påverkas av både det yttre och inre moraliska rummet. Detta i sin tur har betydelse för inställning till arbetet, engagemang och delaktighet, den professionella utvecklingen samt kvaliteten i vården som ges.

Orvik, Dellve och Eriksson (2013, ss. 848 - 856) använder begreppet etisk stress relaterat till de värdekonflikter som kopplas till rådande styrningsideal. Konflikterna beskrivs handla om spänningar mellan olika organisatoriska värden samt mellan professionella krav på vårdkvalitet och företagsekonomiska krav på produktivitet/effektivitet. Risken blir då att ett för stort fokus läggs på produktivitet och effektivitet vilket utgör ett hot mot vårdkvaliteten. Dessa spänningar menar de uppstår när en hälso- och sjukvårdsorganisation fungerar både som en "hälsoinstitution" och ett "hälsoföretag". Författarnas tolkning är att hälsoföretag styrs i större utsträckning av

ekonomiska värden influerade av "new public management" medan en hälsoinstitution tydligare styrs utifrån mänskliga värden med principer som främjar hälsa. Vidare menar Orvik, Dellve och Eriksson att båda är nödvändiga för hållbar utveckling av hälso- och sjukvården. De menar också att dagens sjukvård rör sig mot en nyare form av styrning som fungerar bättre i praktiken och kallar den post-New public management (post-NPM) som innefattar både linjestyrning och processorientering med fokus på kvalitetsfrågor och värden. Det ledarskap som de ser som framgångsrikt är ett så kallat "hybridorienterat" ledarskap, ett ledarskap som kan främja integrering och kommunikation över organisationsgränser, värdekonflikter och professionsdomäner.

Värdebaserad vård

Nordenström (2014) beskriver begreppet värdebaserad vård som en process för att sträva efter vård som ger ett bättre värde för patienten. Författaren menar att genom att arbeta med bland annat kvalitet, koordinering och minskade variationer kan ett högre värde för patienten till en lägre kostnad uppnås utan att använda kontraproduktiva ersättningssystem. Värdebaserad vård kan ses som ett samlingsbegrepp som innefattar andra förbättringskoncept till exempel Six sigma och Lean. Dessa koncept kan stödja utvecklingen av värdebaserad vård och beskrivs nedan under modeller för kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Porter (2010, ss. 2477 – 2481) skriver att värdebaserad vård innebär att värdet definieras som resultat i förhållande till kostnader vilket innefattar effektivitet. Författaren förtydligar att en kostnadsminskning som inte tar hänsyn till resultaten är farlig och kan leda till falska besparingar och som i sin tur kan begränsa möjligheten för effektiv vård. Fokus bör ligga på att förbättra prestandan i hela processen utifrån en gemensam målbild. Vården är idag organiserad i avgränsade enheter vilket leder till att det är svårt att mäta värde/ effektivitet, eftersom helheten är svår att fånga. Därför är det viktigt att systemnivåer är öppna med sina resultat och tillvägagångssätt (transparens). Porter menar vidare att eventuella förändringar i produktionsmål och innehåll behöver kommuniceras med samverkanspartners i processen så att resurser och kapacitet används så effektivt som möjligt. I dagens organisation kan det innebära en gränsdragning vid till exempel team, enheter och faktiskt till och med yrkesroller, vilket riskerar att suboptimera systemet. Med suboptimering avses här att *värdet ökar* för en enhet och *driver kostnad* på en annan vilket leder till kostnadsökning för processen som helhet.

Utveckling av styrning inom hälso- och sjukvård

Ökande efterfrågan på hälso- och sjukvård driver kostnader som leder till att ett finansiellt styrproblem mellan de som tillhandahåller vård till patienter och de som finansierar vården det vill säga de som betalar avgifter och skatter (SOU 2002:31, ss. 132-133). Resurserna är relativt konstanta över tid medan efterfrågan av vård ökar vilket gör att vården behöver göra prioriteringar. Ytterst styrs hälso- och sjukvård av politiker vilket gör att styrning genom tydliga prioriteringar försvåras eftersom det finns en överhängande risk för politisk förlust i och med ett ofördelaktigt beslut. Berlin och Kastberg (2011, s. 15) skriver att hälso- och sjukvården kännetecknas av hög grad av professionellt inflytande vilket ställs mot finansiell styrning baserad på traditionellt företagsekonomiska principer som inte alltid har samma målbilder.

Även Grönlund och Stenbock-Hult (2014, ss. 36 - 41) beskriver att det finns en risk att det blir en konflikt mellan de yttre och inre moraliska rummet.

Berlin och Kastberg (2011, s. 15) beskriver att hälso- och sjukvårdspersonal kan uppleva att läkarna styr verksamhetens ”görande” och utfall, författarna pekar på tre tydliga faktorer som kan förklara detta:

- Klinisk frihet, läkarna styr exempelvis behandlingsmetoder
- Läkarna har tillsynsuppdrag över andra yrkesgrupper och den medicinska verksamheten
- Läkarna bedömer patienters hälsostatus

Vidare skriver Berlin och Kastberg att välfärdens behov av styrning under efterkrigstiden har utvecklats, förfinats och specialiserats. Kraven har därmed förändrats och de belyser ett antal reformer som hälso- och sjukvården präglats av:

- Planering
- Decentralisering
- Marknadsanpassning
- Samverkan

Planering

Under 60- och 70-talet handlade planeringen om rationalitet. Berlin och Kastberg menar att rådande principer var att genom god och rationell planering kunde välfärden styras. Inspiration hämtas från industrin - behov och efterfrågan ligger till grund för hur resurser fördelas, om pengarna tog slut kunde nya rekvideras och godkännas, ibland utan att ifrågasättas. Planeringen kunde omfatta flera år. Denna omsattes sedan i årligt budgetarbete och medicinska experter hade stor påverkan på planeringsunderlaget. Berlin och Kastberg pekar på svårigheter med denna typ av styrning då utvecklingen gick snabbare än vad planen avsåg samt att systematiska fel upprepades (Berlin & Kastberg, 2001, ss. 18 – 20).

Decentralisering

Enligt Berlin och Kastberg ansågs vården under 80-talets mitt som för regelstyrd, stelbent och byråkratisk vilket ledde till att beslutsmakt och ansvar flyttade ner i organisationen. Sammanfattat handlar det om:

- Mindre enheter skapas, dessa blir mer överskådliga
- Långtgående delegering av arbetsuppgifter
- Resultatansvar läggs på mindre enheter
- Färre hierarkiska steg i organisationen

En konsekvens av detta var att klinikerna fick en mer självständig ställning med så kallade basenheter med eget ansvar för verksamhet, ekonomi och personal. Sjukhusledningen fokuserar nu på uppföljning av kvalitet och ekonomi (Berlin & Kastberg, 2011, ss. 20-21).

I och med att decentralisering uppstod mångfald inom och mellan landstingen vilket ledde till svårigheter vid samverkan. Detta ledde till att målstyrning som modell uppstod vilket innebar att alla medarbetare behövde känna till mål, sträva efter att nå dessa och kunna följa resultaten för att modellen skulle kunna fungera. Måluppfyllelse belönas (Berlin & Kastberg, 2011, s. 21).

Berlin och Kastberg (2011, s. 22) skriver att svårigheten med decentralisering inom hälso- och sjukvård blev att enheterna inte kunde översätta sjukvårdsledningens mål till sina egna. Målet för hälso- och sjukvårdspersonal är att ta hand om patienters behov till exempel såromläggning, receptförskrivning, operation, medan ledningens mål snarare handlar om organisationens ekonomi och resultat i stort. Vidare förklarar författarna att incitamenten var svaga och att det var svårt att motivera måluppfyllelse därför kvarstod styrningsproblemen. Nu kom istället stordriftslogiken att ta fart, landstingen fick sämre ekonomiska förutsättningar och på 90-talet kommer marknadslika styrmodeller att ta fart.

Markandsanpassning

Enligt Berlin och Kastberg (2011, ss. 22-23) gjorde landstingens svårigheter med styrning, ekonomiska problem och statsfinansiell kris att marknaden blev en förebild beträffande styrning. Effekten av detta skulle bli ett självreglerande system för hälso- och sjukvården genom följande principer:

- Kontraktstyrning
- Prestationsfinansiering
- Konkurrens
- Kundorientering
- Kostnadsreducering

Enligt Berlin och Kastberg (2011, s. 25) är ingen av ovan nämnda modeller ensamt svaret på hälso- och sjukvårdens svårigheter med styrning, utan de bör ses som kompletterande till varandra. Med en uttalad rollfördelning mellan ägare, beställare och utförare blir kopplingen mellan ansvar, verksamhet och ekonomi tydligare. Den traditionella anslagsfinansieringen³ ersätts därmed med ersättning för prestation och resultat. Berlin och Kastberg menar vidare att det finns en problematik med marknadsanpassning, nämligen att de beskrivna rollerna har olika kunskaper, normer och handlingsmönster vilket kan försvåra samarbete. Detta har enligt Berlin och Kastberg lett till att samverkan lyfts fram och betonas allt mer under 2000-talet.

Samverkan

Samverkan handlar om att nå gemensamma mål på olika nivåer och mellan olika aktörer. Berlin och Kastberg (2011, s. 26) skriver att det finns tre olika omständigheter som lett till ett ökat behov av samverkan:

- Specialisering - smalare och djupare kunskaper hos hälso- och sjukvårdspersonalen ger uppdelning inom och mellan verksamheter
- Fragmentering - ädelreformen på 90-talet och vårdvalsreformen 10-talet ger fler aktörer inom hälso- och sjukvården t.ex. landsting, kommuner och privata aktörer
- Friktion - genomförda reformer betonar marknad, förhandling, konkurrens vilket visat sig ge tävlan och motsättningar som måste hanteras istället för strävan mot gemensamma lösningar och mål.

New public management

Enligt Berlin och Kastberg (2011, ss. 30-31) kan delar av ovan beskrivna modeller för styrning innefattas i begreppet "new public management" (NPM). Dessa författare menar att tidigare styrning låg fokus på ledning och regler och *hur* saker skulle skötas

³ Anslagsfinansiering kan översättas med att viss ersättning garanteras oavsett resultat.

snarare än på resultat. Huruvida offentlig sektor levererade service och tjänster i proportion till hur mycket resurser de tog i anspråk diskuterades. Ett alternativt ideal för ledning och styrning växte fram, inspirerat av marknader och privata företag. Skillnaden från traditionell styrning är bland annat att istället för att områden delades in efter geografi, delades de nu in efter funktion i syfte att på detta sätt kunna utveckla verksamheter och sänka kostnader med stöd av konkurrensutsättning. Effekten av detta skulle då bli att resurser anpassades efter behov och eventuell förändring av behovet. Ledarskapets betydelse tydliggjordes liksom ansvaret för olika befattningshavare som tidigare utgick från de starka och professionella idealen inom hälso- och sjukvården. Detta menar författarna är en av förklaringarna till att de administrativa styrmodellerna har svårt att engagera medarbetare, en annan förklaring som författarna lyfter fram är att hälso- och sjukvården är ett brett, kunskapsstätt och komplext område som omfattas av flera beroendeförhållanden.

Ett antal modeller och verktyg för att främja utveckling och stödja styrning av hälso- och sjukvård har vuxit fram och under rubriken Modeller för kostnadseffektiv hälso- och sjukvård beskrivs Lean, Six Sigma och KPS.

Modeller för kostnadseffektiv hälso- och vård

Nedan beskrivs några modeller och verktyg som används för att uppnå en kostnadseffektivare vård och beskrivna mål för hälso- och sjukvården.

Kapacitets- och produktionsstyrning

Kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) är ett sätt att arbeta systematiskt med verksamhetsplanering, styrning och uppföljning. Syftet är att öka förutsättningarna för att arbeta med sin kapacitet och produktion utifrån tydligt patientfokus samt det uppdrag organisationen har gentemot befolkningen. Genom ökad kunskap om hur behoven ser ut, vilka resurser och kompetenser som finns att tillgå möjliggörs verksamhetsplanering på både lång och kort sikt. Denna planering ligger sedan till grund för styrning och uppföljning av produktionsresultaten (Brandt & Palmgren, 2015).

Enligt Brandt och Palmgren (2015) krävs kostnadseffektiva, säkra och välfungerande vårdflöden på grund av framtida demografiska förändringar till exempel åldrande befolkning och förändringar inom sjukdomsgrupper/folksjukdomar. KPS är en modell som kan främja detta.

På Region Jönköpings läns intranät (2016) står det att ett framgångsrikt arbete med KPS kan skapa nytta ur många olika perspektiv:

1. Ge tydlighet och struktur i planerings-, styrnings- och uppföljningsarbetet
2. Möjlighet att bryta ner strategiska mål till operativa mål
3. Öka transparens och samordning mellan yrkesgrupper och verksamheter
4. Bättre arbetsmiljö med klarare uttalade förväntningar
5. Ökat resursutnyttjande
6. Patienterna får rätt vård i rätt tid

Modellen som regionen beskriver bygger på att historiska data om genomförd produktion analyseras. Frågor ställs om huruvida behovet antas se ut som tidigare eller om eventuell justering behöver ske till exempel beroende på omvärldspåverkan (verksamheter förändrar sina utbud, lägger ner, ny medicinsk teknik som kan ge förändringar, nya vårdprogram skrivs). Verksamheten tar även ställning till om

vårdkonsumtion som verksamheten kan ha köpt från annan huvudman ska ”tas hem”, i så fall kompletteras med dessa tal. En prognos skapas när känd data bryts ner i för verksamheten hanterbara perioder så att resurser kan planeras (Region Jönköpings län 2016).

Enligt Palmgren och Eklund (2014, s. 5) har KPS på senare år uppmärksammats som ett verktyg för att bidra till effektivare användning av sjukvårdens resurser, andra verktyg som finns beskrivna med samma syfte är främst Lean och Six Sigma.

Lean

Begreppet Lean kommer ursprungligen från tillverkningsindustrin och är ett förhållningssätt till sitt arbete som påverkar kulturen på arbetsplatsen. Enligt Bruzelius och Skärvad (2011, s. 266) kan organisationsformen ”Lean production” kallas för en ”resurssnål arbetsorganisation”. Genom Lean är det vanligt att personalen får delta i utvecklingsarbetet, på så vis får organisationen tillgång till en större kunskapsbank. Det är viktigt att personalen regelbundet får den information som krävs för att kunna utföra ett bra arbete. Bruzelius och Skärvad (2011, s. 267) menar att det är till exempel bra att ha resultattavlor där personalen kan se aktuell produktion, kvalitet, kostnadsutveckling just för att uppdatera om hur de ligger till i förhållande till plan samt vad som måste förbättras.

Bruzelius och Skärvad (2011, s. 267) påpekar också att ledningen har en betydande roll, genom att de är tillgängliga ”ute på golvet” kan problem upptäckas och lösas i ett tidigt stadie vilket kan leda till att hålla nere kostnader för förändringar och förbättringar. Ett av ledorden för denna organisation är ”mindre av allting”. Detta kan ge sig i uttryck att organisationen arbetar med så små buffertar som möjligt med målsättningen att aldrig ha mer än vad som behövs. För att få en organisation resurssnål krävs ett friktionsfritt flöde i processerna det vill säga att arbeta bort så kallade ”flaskhalsar”. Detta är ett sätt att minimera väntetider, ett annat sätt att påverka dessa är att minska ytan där verksamheten och produktionsprocessen utförs för att skapa överblickbarhet.

Bruzelius och Skärvad (2011, s. 266) menar att genom att använda färre resurser för att producera samma volym går även detta att kalla för resurssnålt – vilket också kan bidra till ökad patientsäkerhet med färre överlämningar i vårdflödet. Förhållningssättet kan till exempel innebära att personal behöver vara flexibla och kunna flytta på sig dit där de just då behövs som mest. Lean innebär inom hälso- och sjukvård att väntetider förkortas. Väntetider/vårdköer ses som ett falskt behov som förbrukar resurser i form av att patienter ringer och frågar om besökstid eller hur lång väntetid det är till besök/behandling. Begreppet ”rätt från början” är ett ledord och innebär till exempel att minimera reklamationer såsom omoperationer/omgipsningar eller av- och ombokning på grund av att ”fel” patient väntar då bekymret inte längre existerar.

Six sigma

Six sigma är en modell som liksom Lean strävar efter att uppnå effektivitet. Fokus ligger här på att mäta, analysera samt att minska processernas variationer för att uppnå bättre varor och tjänster med färre fel och fler nöjda kunder. I rapporten ”Six Sigma i hälso- och sjukvård” utgiven av Sveriges kommuner och landsting står det om vad som kännetecknar denna metod, nämligen att stor vikt läggs redan i analysfasen. Här

fokuseras på att mäta, analysera samt att minska processernas variationer, just för att uppnå bättre varor och tjänster med färre fel och fler nöjda kunder. Det har visats sig att Six Sigma har haft stor framgång i både tillverkningsindustrin och i tjänstesektorn. En av orsakerna till det tros vara på grund av att metoden är starkt resultatorienterad och anses ge bestående resultat. Detta eftersom metoden innefattar stegen genomförande och säkring av resultat (Lifvergren et al, 2008, s. 9).

Ursprungligen kommer Six Sigma från industrin, modellen kan även fungera som en generell metod inom offentlig verksamhet. Ibland kan den uppfattas som främmande just för den starka resultatorienteringen där resultaten oftast översätts i ekonomiska termer. Vanligt är då att modellen tolkas som en önskan om att ”skära ner” verksamheten. Ett annat sätt att se på modellen är ”hur kan mer vård för pengarna åstadkommas”. Att använda Six Sigma som förbättringsmodell inom sjukvården fungerar bra då grundkompetensen är hög och organisationen är van vid vetenskapliga analyser och utredningar. Syftet med Six Sigma som förbättringsmodell är att reducera önskad variation (Lifvergren et al, ss. 16-17).

PROBLEMFORMULERING

För närvarande läggs stor vikt på styrmodeller för kostnadseffektivitet och produktion inom svensk hälso- och sjukvård. Hälso- sjukvårdspersonal är starkt präglade och styrs av etiska och professionella värden. En konsekvens av detta kan vara att hälso- och sjukvårdspersonal upplever en konflikt mellan dessa olika perspektiv: kostnadseffektivitet och produktion kontra etiska och professionella värden.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskor och undersköterskor i mikrosystemet i öppen respektive sluten sjukhusvård upplever delaktighet i KPS.

METOD

I detta avsnitt presenteras studiens design, hur informanter identifierats, hur datainsamling gått till, hur materialet bearbetats och analyserats, författarnas förförståelse samt vilka etiska övervägande som gjorts.

Vid sökning i databaserna PubMed och Cinahl fann författarna till denna studie ingen lämplig litteratur som beskriver hur sjuksköterskor och undersköterskor på ett sjukhus (öppen/sluten vård) upplever att de påverkas/kan påverka KPS.

Vi valde att använda intervjustudie som metod då den av Denscombe (2009, ss. 59-60) beskrivits kunna tillhandahålla djupgående redogörelse för händelser, erfarenheter eller processer vid ett fåtal enheter tillskillnad från masstudie som innefattar en större mångfald. Målsättningen med intervjustudie var att belysa det generella genom att titta på det specifika.

Det objekt vi valde att hitta informanter vid var en klinik på ett mellanstort sjukhus i södra Sverige som sedan cirka ett år använt modellen KPS för att styra och planera sin verksamhet. Då det är en relativt ny styrmodell inom hälso- och sjukvården är det relevant att ta reda på hur sjuksköterskor och undersköterskor uppfattar sig som delaktiga i detta arbete. Deltagarna, åtta stycken med anställningstid på kliniken mellan 2 - 40 år. Den första intervjun genomfördes som testpilot (undantogs sedan vid analys). Testintervjun ledde till att strukturen i intervjun styrdes upp, frågorna kunde dock vara desamma fortsättningsvis, sju informanter återstod. Både män och kvinnor fanns representerade i gruppen, fyra sjuksköterskor och fyra undersköterskor. Vår bedömning var att vi lyckades få en variation representativ för arbetsplatsen. Tre undersköterskor, fyra sjuksköterskor varav två män och fem kvinnor, med spridning i antal anställningsår 2 - 40 , en fördelning som stämde överens med fördelning i verksamheten i stort. Fyra av deltagarna var från mottagning (öppen vård) och tre från vårdavdelning (sluten vård).

Vid bearbetning av intervjuutskrifter finns det enligt Graneheim och Lundman (2004, s. 106) alltid en risk att författarnas förkunskaper och bakgrund präglar tolkningen. För att undvika detta deltog båda författarna vid intervjutillfällena, läste igenom samtliga intervjuutskrifter var för sig och kondenserade förutsättningslöst texterna oberoende av varandra. I nästa steg satt författarna ner tillsammans för att komma till konsensus.

Design

Genom forskning med kvalitativ karaktär kan personers uppfattningar, erfarenheter och upplevelser i förhållande till ett visst område fångas. Denna metod kan även användas för att få förståelse för vilka faktorer som påverkar systemförändringar samt personers angelägenhet att förändra sig. Det som är en gemensam nämnare för kvalitativ forskning beskrivs som att forskaren söker förståelse och har en vilja att skapa en generell bild av det som har undersökts (SBU, 2014, s. 3).

Denna intervjustudie med kvalitativ ansats genomfördes med intervjuer och induktiv innehållsanalys. Semistrukturerade intervjuer genomfördes utifrån öppna frågor vars svar gav oss nya frågeställningar. Intervjuerna genomfördes med sjuksköterskor och undersköterskor, en och en, i både öppen och slutna hälso- och sjukvård, vid en opererande klinik i södra Sverige som sedan en tid tillbaka använde en modell för KPS. Metoden valdes för att fånga olikheter i upplevelse bland dessa båda yrkesgrupper som arbetar nära patienter i det kliniska mikrosystemet, inom öppen respektive slutenvård på ett sjukhus. I och med semistrukturerade intervjufrågor gavs möjlighet till mer ingående dialog. Semistrukturerade intervjuer benämns ibland också halvstrukturerade. Intervjuerna bygger på att forskaren utgår från teman, där intervjupersonen har stor frihet att berätta och utforma svaren (Patel och Davidsson, 2011, s. 82).

Ett skriftligt underlag om studiens syfte togs fram och lämnades till verksamhetschef för påskrift av samtycke till genomförande i aktuell verksamhet. Underlaget skickades också till första linjens chefer för information om studiens syfte och genomförande.

Informanterna valdes ut i två steg: först via ett klusterurval då vi identifierat grupper vi var intresserade att intervjua, sedan via ett så kallat bekvämlighetsurval – det vill säga att hela arbetsgruppen tillfrågades av sin närmsta chef om frivilligt deltagande. Denna urvalsprocess var den som lämpade sig för vårt tidsbegränsade arbete (Denscombe, 2009, ss. 35-39).

För att informanterna skulle kunna komma väl förberedda till intervjutillfället skapades en skriftlig information om studiens syfte, genomförande och möjlighet till eget samtycke. Denna skickades till första linjens chefer med uppmaning om att överlämna till utvalda informanter innan intervjutillfället. Inledningsvis vid intervjutillfällena fick informanterna ännu en gång både skriftlig och muntlig information om frivilligt deltagande samt studiens syfte och hur materialet var tänkt att användas vid analys. Informanter fick också information om möjligheten att dra sig ur under intervjutillfället, även möjlighet att dra sig ur upp till en vecka efter att intervjun transkriberats och översänts till aktuell informant för godkännande inom samma tidsintervall. Därefter analyserades och bearbetades materialet. Samtliga informanter godkände de transkriberade intervjuerna inom tidsramen, ingen komplettering gjordes.

Författarna började fältarbetet med en dialog med biträdande verksamhetschef som har ansvar för verksamhetens nuvarande modell för produktionsplanering.

Lokal bokades av första linjens chef, i närheten av enheten eftersom personalen skulle kunna lämna ordinarie arbetsuppgifter för att kunna delta i respektive intervju. Slutenvårdsintervjuerna utfördes i konferensrum strax utanför avdelningen och intervjuerna med personal från öppenvården i konferensrum på mottagningen. Båda författarna deltog under samtliga intervjuer. Dock delades uppgifterna mellan

författarna. Författare 1, med bakgrund inom kommunal verksamhet, ledde intervjuerna, medan författare 2, med bakgrund inom hälso- och sjukvård, hade till uppdrag att observera och fylla på med frågor om något framkom som kunde bidra till intressanta svängningar under intervjuernas gång.

Datainsamling

En intervjuguide togs fram med semistrukturerade frågor kopplade till frågeområden för att få svar på: om informanterna upplever sig delaktiga i arbetet med planering, om de medverkar i planeringen av det dagliga arbetet samt om de utvärderar, följer upp och drar slutsatser av det genomförda arbetet. För intervjuguide se bilaga 3.

Intervjuguiden testades innan genomförande tillsammans med tekniken för inspelning. Författarna genomförde intervjuer under två dagar inom en vecka.

Intervjuerna spelades in, de pågick i 15 - 30 minuter beroende på hur mycket informanterna haft att säga om ämnet och sina upplevelser.

Därefter påbörjades bearbetning av materialet för sammanställning och resultat. Materialet sammanställdes helt avidentifierat och sekretessbelagt.

Dataanalys

Intervjuerna har transkriberats ordagrant av författarna. Transkriberingen har skickats till informanterna för godkännande. Efter godkännande har författarna återigen läst igenom materialet och genomfört en kvalitativ innehållsanalys. Vid bearbetning av texterna identifierades meningsenheter, dessa hängde samman genom sitt innehåll. Genom så kallad kondensering förkortades meningsenheterna, vilket innebar att materialet blev mer lätthanterligt eftersom det mest betydelsefulla innehållet bevarats och abstraherats, det vill säga stämts av mot meningsenhet och kondenserad text. Exempel på analysprocessen visas i tabell 1, bilaga 4, sammanställning av arbetsmaterial vid analys finns i bilaga 5a-c. De abstraherade begreppen grupperades i olika underkategorier, dessa slogs samman i kategorier. (Graneheim & Lundman, 2004, ss. 166-167).

Förförståelse

En av författarna i denna studie arbetar som undersköterska inom kommunal verksamhet, hemtjänst (författare 1) medan den andra arbetar med utvecklingsfrågor inom hälso- och sjukvård (författare 2).

Författare 2's koppling till vården har hjälpt oss att få kontakt med verksamhet och informanter – författaren har i sitt arbete ingen direkt koppling till studerad verksamhet, dock präglas regionen där denna författare har sin anställning av ett inriktningsbeslut om att börja arbeta med modellen KPS med inslag av Lean.

Etiska överväganden

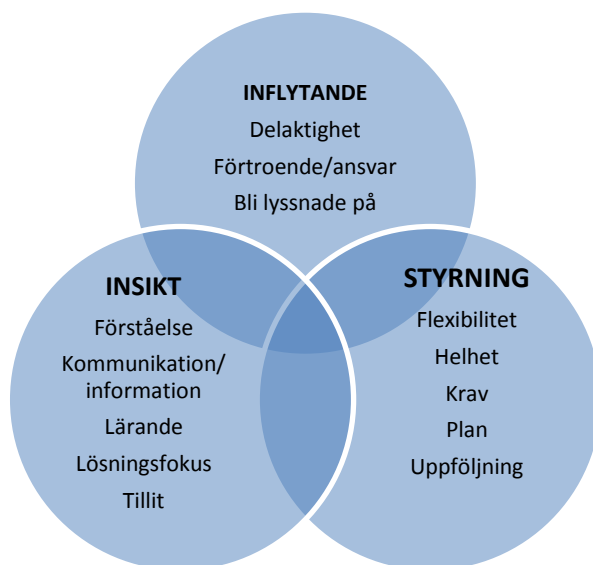
Som författare till detta arbete har det varit viktigt att vara medveten om vilka intressenter som kan påverka genomförandet, till exempel vilka som kan styra

författarnas frågeställningar, deltagarnas svar eller som kan påverkas av resultatet exempelvis genom att ”hänga ut” samarbetspartner, andra medarbetare, verksamhetsledning.

Vid sammanställning var det viktigt att säkerställa att utlovad sekretess/integritet för informanterna upprätthölls.

RESULTAT

Sammanfattningsvis kan nedanstående bild illustrera viktiga delar som bidrar till delaktighet och engagerade medarbetare när modellen KPS tillämpas i en verksamhet med öppen och sluten vård på ett sjukhus.



Figur 1. Illustration över viktiga delar som bidrar till delaktiga och engagerade medarbetare

Bearbetningen av materialet gav tre kategorier centrala för upplevelse av delaktighet i arbetet runt KPS hos sjuksköterskor och undersköterskor i öppen och sluten sjukhusvård vid nämnd verksamhet. Kategorierna vi fann ge yrkesgrupperna en känsla av möjlighet till påverkan respektive känsla av att påverkas var följande:

- Insikt
- Inflytande
- Styrning

Insikt

Kategorin Insikt, innehåller underkategorierna: förståelse, kommunikation/information, lärande, lösningsfokus och tillit.

Förståelse

Under intervjuerna framkommer vikten av att samtliga medarbetare behöver förstå helheten samt vad som påverkar den. Till exempel ger informanterna uttryck för nedanstående punkter:

- vikten av att se all verksamhet när plan läggs
- synkronisera denna för en jämn arbetsbelastning
- ökat antal besök på mottagning ger effekt på behovet av antal operationstider

- behov av att samverka med varandra i processen för att patientflödet ska fungera, även när ekonomin tryter – för att ekonomi ska gå ihop krävs en förändrad planeringsprocess där helheten är synlig för minimerat dubbelarbete.

Informanter uttrycker acceptans och förståelse för extramottagningar för att minska vårdköer. Det finns en arbetsgrupp som har kontroll på inflödet av vårdbegäran, denna har mandat att sätta in extramottagningar. Enhetschefen balanserar mottagningspassen utifrån tidigare planering för en jämn arbetsbelastning på mottagning.

”Vid extramottagningar har vi vår enhetschef som kan styra upp det så att det blir på de dagar när man har lite mindre mottagningar – så att vi får plats på mottagningen, kopplat till max åtta mottagningar samtidigt.”

Informant 6

Kommunikation/information

Genom kommunikation och information skapas förståelse. Informanterna beskriver att information levereras regelbundet både skriftligt och muntligt till personalen, som exempel nämns att enhetschefer skriver veckobrev och att arbetsplatsträffar genomförs regelbundet. Informanterna uttrycker också ett värde av att information finns lättillgänglig och är lättförståelig, detta skapar trygghet och underlättar kommunikation med patienter. Vidare uttrycker deltagarna att trygga patienter påverkar arbetsbelastning och arbetsmiljö då behovet av extrabesök eller telefonkontakter minskar liksom andelen inställda operationer på grund av bristande information till patienter.

Vidare uttrycker informanterna att det är viktigt att ha tillgång till korrekt information till exempel hos sjuksköterskorna i telefonrådgivningen där aktuella väntetider eller status på remisser kan efterfrågas av patienter. Denna typ av information möjliggör också för personalen att reflektera runt utveckling av sina arbetssätt.

Genom kommunikation och information har personalen kunskap om planerings- och bemanningsprocessen vilket medför att medarbetarna kan ta ett större ansvar för mottagningsprocessen.

”... det är hon (författarnas anmärkning: enhetens samordnare) som främst har personalansvaret för att ringa in folk i alla fall och byta turer, hon (författarnas anmärkning: enhetens samordnare) är en av schemaläggarna också, så hon har koll på det med att byta turer och hjälper till där och ringer in folk. Men sen har vi samordnare som undersköterskor, det är nog fyra/fem undersköterskor som turas om, fyra stycken kanske det är som har rullande ansvar på samordnarrollen från dag till dag eller vecka till vecka kanske det är...”

Informant 3

Lärande

Informanterna ger uttryck för att de har ett lösningsfokuserat synsätt och att förändring sker efter verksamhetens behov. Till exempel används ”Gröna korset” som verktyg för att identifiera brister inom patientsäkerhetsarbetet, vid möten reflekterar arbetsgruppen

gemensamt över brister och diskuterar lämpliga åtgärder. Detta dokumenteras så att de som inte fanns representerade vid mötet har möjlighet att ta del av minnesanteckningarna.

”...vi införde ett verktyg, det ”gröna korset” som det heter som är en industriell tanke från början som var på en industri att se över vårdrisken egentligen...”

Informant 3

I intervjuer fångas att statistik över produktionsdata finns och visualiseras, statistiken beskriver variationer i arbetsbelastning över året. Produktionsdata innefattar här exempelvis antal besök, antal vårdtillfällen, antal operationer. Vidare beskriver informanterna att det finns en ”60-dagarsgrupp” som aktivt arbetar med att jämna ut arbetsbelastning med strävan efter att ingen patient ska vänta på besök eller behandling längre än 60 dagar.

Lösningsfokus

Intervjudeltagarna beskriver att de arbetar lösningsfokuserat utifrån verksamhetens och sina respektive rollers uppdrag för att nå optimal kapacitet. Deltagarna uttrycker också att de ser vad som behöver göras och genomför det t.ex. vid återbud arbetar med för att ”fylla luckan” i mottagningen.

”Då försöker de ju ringa in en annan patient som kan komma in med kort varsel.”

Informant 2

Vid analys framkommer att deltagarna är villiga att vid behov, även på kort varsel, täcka för annan medarbetares frånvaro, detta uttrycks som en möjlighet till ett mer omväxlande arbete.

Tillit

Kategorin Tillit innefattar trygghet hos informanterna som visar tilltro till att planeringsprocessen fungerar, det vill säga att de utgår från att operationsplaneraren på mottagningen bokar operationsdatum som efterföljs av inskrivningssamtal med sjuksköterska på avdelning, inför inläggning och planerad operation. Informanterna visar också högt förtroende till koordineringsfunktion i operationsflödet.

”... patienterna vill ju hinna opereras inom den här vårdgarantin, så är det ju. Sen kanske inte det alltid går att uppfylla men visst det är ju någonting de jobbar för och mycket nere på mottagningen, det gör vi ju här också naturligtvis men visst jobbar de med det. Men det är ju ingenting som jag är involverad i eller någonting sådant...”

Informant 2

Informanterna belyser att ledningen har tillit till deras lojalitet genom att arbetsgruppen själva primärt lägger sitt schema och får ta ansvar för att kalla och boka patienter enligt medicinsk prioritering.

Inflytande

Kategorin Inflytande innehöll underkategorierna: delaktighet, förtroende/ansvar, bli lyssnad på.

Delaktighet

Informanterna beskriver att läkarschemat är en förutsättning som de påverkas av och som när den finns tillgänglig ger möjlighet till självständighet i det dagliga arbetet. När läkarschemat är klart och godkänt finns möjlighet för personalen att kalla/boka patienter jämt fördelat enligt de överenskommelser för jämn arbetsbelastning som finns framtagna.

Samtliga informanter belyste vikten av att tidigt få information som de kan påverkas av, detta gör att de känner delaktighet och att risken för frustration och missförstånd på arbetsplatsen minskar. Exempel på information som är viktig för dem är förändring av arbetsinnehåll och förändringar i schema – under intervjuer framkom frustration på grund av sen information.

”... vi fick reda på strax efter sommaren egentligen att det var något i görningen men vi fick aldrig veta vad det var i görningen. Ehh, de informerade ingenting om vad som var i görningen, vi fick bara höra rykten, alltså från medarbetare egentligen..., vi fick höra från kirurgen och från hela sjukhuset att de ”hört att alla de här fast-track-patienterna ska komma till er...”

Informant 3

Förtroende/Ansvar

Informanterna upplevde sig ha stora möjligheter att själva styra sitt arbete inom givna ramar. Vidare beskrevs att personalen har fått ansvar genom fördelning av roller, arbetsuppgifter och deltagande i olika arbetsgrupper, t.ex. nämndes ombud inom olika områden, justerare för att säkerställa att den schemaläggning personalen gör själva stämmer överens med beskrivet behov, samordnare för bemanning, boka och kalla patienter inom team.

”... sen har jag ju hand om förrådsbeställning, så det är ju också en del av planeringen på mottagningen, att det ska fungera.”

Informant 7

Även andra områden pekades ut, till exempel pågick en omorganisering där en av informanterna hade ett projektledaruppdrag vilket sågs som ett förtroendeuppdrag.

Bli lyssnad på

Under intervjuerna framkommer att informanterna upplever att de blir lyssnade på av chefer, läkare och andra medarbetare, de nämner också att de ser sig som ett team.

”Jag är delaktig för dels så ingår jag i ett av teamen, knä-teamet och har en läkare som jag kallar patienterna till, sköter hans väntelista. Så jag har ju bra kommunikation med den läkaren också då, sen har vi ju jätte bra kommunikation i hela teamet.”

Informant 7

Informanterna uttalar även att det är viktigt att lyssna på patienter så att de känner sig nöjda vilket skapar förtroende för verksamheten.

Styrning

Kategorin Styrning innefattar underkategorierna: flexibilitet, helhet, krav, plan, och uppföljning.

Flexibilitet

De som medverkat i intervjuerna beskriver att det finns en daglig planering för sjuksköterskor och att denna justeras efter behov. Vid sjukdom är personal flexibel, försöker täcka för varandra så långt det är möjligt, vilket inte alltid går men ambitionen finns oavsett yrkeskategori, det händer också att medarbetare går över enhetsgränser för att hjälpa varandra och underlätta vid hög arbetsbelastning.

”Vi försöker göra allt för patienterna och sen blir ju allt annat lidande men man försöker göra så att patienterna har det bra. Att den ska få det som den ska ha.”

Informant 2

Personalplanering och aktiviteter visualiserades på white-board-tavla som är tillgänglig för all personal.

Helhet

Deltagarna uttryckte att olika arbetsuppgifter krävde planering på olika nivåer, konkret i mikrosystemet nämndes förrådsbeställning och hantering av tvätt, samtliga dessa arbetsuppgifter sågs som delar för en fungerande helhet.

”... sen har jag ju hand om förrådsbeställning, så det är ju också en del av planeringen på mottagningen, att det ska fungera.”

Informant 7

Informanterna uttryckte också att det var viktigt att få fram scheman i tid, till exempel nämns läkarschemat vara avgörande för planering av verksamheten. Vårdpersonalens scheman var synkade med varandra, allas förutom läkarnas.

Krav

Deltagarna använde vårdgarantin som en beskrivning av lagstadgad styrning som påverkar verksamhet och arbetsbelastning, inflödet behövde ibland fördelas till annat sjukhus för att vård skulle kunna ges till patienter inom ramen vårdgarantin. De belyste också att planerad verksamhet påverkades av oplanerat inflöde.

”... vi kan inte planera det som kommer från läkarmottagningarna, det måste vi hela tiden klara av och det som vi inte heller kan planera är om de ringer från operation, akutmottagningen.”

Informant 5

Deltagarna belyste att de kände till krav, både yttre och inre styrning. Exempel på den yttre styrningen gavs i form av vårdgarantin och den inre genom koppling mellan nybesök i verksamheten som genererar återbesök i den egna verksamheten.

Plan

Flera informanter uttrycker att planering sker och också behöver ske i organisationen på olika systemnivåer för att få helheten att fungera. Dock nämner de att planer behöver kommuniceras initialt och tidigt med berörda medarbetare *innan* dessa blir kända i andra delar av organisationen. Informanterna ger uttryck för att när detta händer kan förändring upplevas som toppstyrd.

”... beslut togs där uppe..., vi här nere har fått det på oss...”

Informant 3

Under intervjuerna framkom att det fanns rutiner som beskriver *vad* och *hur* arbetsuppgifter/processer ska genomföras samt att personalen i många fall vet hur de ska agera när oplanerade förändringar sker i daglig verksamhet. Det framkom också att det fanns en prioriteringsordning över vad som behövde bemannas först, till exempel att det akuta flödet alltid går före det planerade arbetet.

Uppföljning

Visualisering av data och planering framkom som en viktig del för att styra och justera flödet. Det möjliggjorde även för medarbetare att reflektera och ställa frågor utifrån de data de såg.

”de har koll på om de behöver sätta in, eller kan sätta in extra operationspass eller om de behöver ta bort ett. Då kan de gå igång med aktiviteter/åtgärder lite snabbare.”

Informant 6

Informanterna belyste att arbetsgruppen genom resultatåterkoppling kunde minska arbetsbelastning, det innefattar här att de fick ”koll på läget” och kunde ge korrekt information som ledde till nöjda patienter.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Tillförlighet i metod med kvalitativ ansats med semistrukturerad intervju innebär alltid subjektiva tolkningar där forskarnas preferenser kan påverka/leda berättandet. Som forskare var det viktigt att kunna växla mellan närhet och distans i samtalet. På grund av författarnas preferenser bestämdes att författare 1 ledde intervjuerna och författare 2 höll sig i bakgrunden för att undvika bias (subjektiv tolkning) på grund av förkunskaper.

Enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2011) är processen för urval viktig då detta ses kunna påverka studiens giltighet. Vi använde oss av ett så kallat klusterurval, två yrkesgrupper på olika enheter inom samma verksamhet var aktuella att intervjuas. Inom dessa har sedan ett så kallat bekvämlighetsurval tillämpats vilket byggde på deltagande genom att chefer informerade medarbetare om studien och uppmanade till deltagande. Informationen om studien från chefer till medarbetare lämnades under en så kallad arbetsplatsträff där de flesta medarbetarna var samlade. Chefer uppmanade medarbetarna till frivilligt deltagande. När urvalet var klart genomfördes semistrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide.

Att cheferna uppmanade sina medarbetare till frivilligt deltagande kunde innebära att personalen kände sig tvungna att delta för att vara chefer till lags, detta var dock inget vi märkte av under intervjuerna då informanterna uttryckte att det var självklart att delta då de kan ha nytta av resultatet vid utveckling av sin verksamhet. Det frivilliga deltagande kunde också innebära en risk för att enbart de personer som ville dela med sig av information anslöt medan de tysta individerna (kanske med andra uppfattningar) inte fanns representerade. Vid denna typ av urval bör forskare ta ställning till om deltagarna är representativa för hela gruppen eller inte. Vid jämförelse med statistik över personalgruppernas sammansättning ser vi att representationen bland våra informanter stämmer väl överens med den mix av sjuksköterskor och undersköterskor som finns i aktuell verksamhet.

Granskär och Höglund-Nielsen (2011) menar att för att få en så tillförlitlig bild som möjligt bör intervjuerna genomföras på en neutral plats (utanför arbetsplatsen) vilket inte var möjligt i vårt fall. Vår bild var ändå att informanterna berättade fritt och ohämmat trots att vi befann oss i ett av verksamhetens konferensrum.

Intervjufrågorna kunde lämnats ut till informanterna i förväg för att de skulle kunna komma väl förberedda till intervjun men eftersom vi ville få svar präglade av respektive informant valde vi att inte göra det. Enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012, s 189) är fokus vid kvalitativ innehållsanalys att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter. Om vi lämnat ut frågorna hade risken varit att samtliga svar varit liknande efter diskussion med andra medarbetare, syftet var att få en så nyanserad bild som möjligt. Vi skickade en skriftlig information till arbetsplatsen för att personalen skulle kunna ta ställning till deltagande eller inte, i och med det finns en risk att informanterna diskuterat underlaget bland medarbetarna inför intervjutillfället, detta en risk vi inte kunna eliminera inom rådande tidsram.

Metoden med öppna frågeställningar och fritt berättande svar kunde innebära att innehållet i intervjuerna blev olika utifrån informanternas svar men vår bild var att när

vi kom till de sista av informanterna återkom i princip samma svar varför vi tolkade det som att intervjumättnad nåtts (Granskär & Höglund-Nielsen, 2011, ss. 160 – 161).

Ett flertal av våra informanter uttalade att de har tillgång till information om väntetidsläget, när flera personer uttalar liknande information kan det enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012, ss.197-198) ses som ett tecken på att resultatet är giltigt. Granskär och Höglund-Nielsen skriver vidare att det finns de som menar att bristande överensstämmelse inte behöver innebära att resultaten inte kan ses som giltiga då en upplevelse av verklighet alltid präglas av subjektiva tolkningar.

Enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012, s. 196) kan forskares förförståelse påverka resultatet både positivt och negativt. Negativt på så sätt att frågeställningarna i intervjuerna till exempel kunde anpassas efter vilket svar som söktes, positivt på så sätt att till exempel svaren som grundar sig på igenkänning i de semistrukturerade intervjufrågorna kunde förtydligas. Granskär och Höglund-Nielsen (2012) skriver att förkunskapen leder till att intervjuerna kan få ett djupare innehåll. Författare 2 hade en förförståelse för KPS men eftersom författare 1, utan samma förförståelse, ställde frågorna i intervjuerna och författare 2 föll in bara när något svar blev otydligt eller om levererat svar uppfattades som extra intressant ser vi att risken för påverkan på resultatet minimerats.

Vid bearbetning av intervjuutskrifter finns det enligt Graneheim och Lundman (2004, s. 106) alltid en risk att författarnas förkunskaper och bakgrund präglar tolkningen. Ett sätt för att ytterligare öka trovärdighet och giltighet av resultatet enligt Granskär och Nielsen (2011, s. 169) kan vara att annan forskare med kunskap inom området läst igenom materialet, och bearbetat enligt beskriven metod för att se om de kom till samma slutsatser som vi. Detta var dock inte möjligt inom tidsramen för detta arbete vilket bör beaktas när det gäller generaliserbarhet av resultaten vi kommit fram till.

Resultatdiskussion

I Sverige sätts för närvarande stort fokus på bland annat demografins utveckling kopplat till de begränsade resurser som råder, detta är en utmaning på flera områden men främst inom ekonomi, kompetens och personella resurser. Det blir därför viktigt att arbeta med strategier för att vara en attraktiv arbetsgivare. Vår studie kan bidra till kunskap som stöd för att skapa dessa strategier.

Det är viktigt att ledarskapet skapar en attraktiv arbetsplats eftersom personalen är en av de största tillgångarna i organisationen. Det finns ett antal modeller och verktyg som används för att uppnå en kostnadseffektivare vård och beskrivna mål för hälso- och sjukvården. Ett konkurrensmedel är att kunna erbjuda en jämn och hanterbar arbetsbelastning, där kunskap om systemet och kontroll på behov/utfall kan skapa förutsättningar för att tidigt kunna agera på signaler vid avvikelser från plan. Detta ger möjligheter att kunna arbeta för att utjämna belastning samt med att utveckla/förändra verksamhetens innehåll.

Enligt biträdande verksamhetschef hade verksamhetsledningen sedan cirka ett år tillbaka arbetat utifrån identifierat behov (historik, ökning av inflöde⁴ och kö). De jobbade medvetet med sina resultat kopplat till vårdgarantin. Beslut om att försöka arbeta med produktionsplanering utifrån en framtagna plan togs i verksamhetens ledningsgrupp. All personal fick information om syftet. Mikrosystem som begrepp användes inte.

De resultat vi kom fram till var att den studerade verksamhet har medarbetare med förståelse för delar av verksamheten, de kan se att det finns faktorer som påverkar *vad* och *hur* arbetsuppgifter utförs. Dock framkommer det att person som arbetar i öppen vård tydligare kan se att de har möjlighet att påverka inflödet och att det finns yttre faktorer, till exempel vårdgarantin och patientlagen, som påverkar arbetsbelastningen. Det var dock inte lika tydligt för personalen på vårdavdelning att de kan påverka arbetsbelastningen.

Sjuksköterskor har en högskoleutbildning efter gymnasieutbildningen medan undersköterskor har en gymnasieutbildning. Vår bild är att sjuksköterskorna i studien uttryckte mer kritiska reflektioner i större omfattning än undersköterskorna. Aronsson och Bejerot (2004, s.1) menar att högskoleutbildade personer är tränade att granska kritiskt och därmed förväntas få använda sig denna kunskap, studiens resultat kan vara en effekt av detta.

Godfrey et al (2008, ss. 591 – 603) belyser vikten av att få mål och styrning att genomsyra verksamheten uppifrån och ner liksom nerifrån och upp. Vi ser det som viktigt att ledningen inte enbart bryter ner och levererar färdiga målbeskrivningar till medarbetarna utan att medarbetarna och ledningen tillsammans tar fram statistik, som används för KPS, och arbetar med att omsätta målen så att sammanhanget blir begripligt, hanterbart och därmed också meningsfullt något som Hansson (2010, ss. 63-94) skriver om i sin bok ”Salutogent ledarskap för hälsosam framgång”. En gemensam målbild möjliggör egenmakt i arbetsgruppen. Det framkommer under våra intervjuer att

⁴ Inflödet = remisser från andra vårdgivare utanför egen verksamhet men det kan även ske genom vårdgivare inom sin egen verksamhet (till exempel läkare som beslutar om återbesök)

den aktuella kliniken har ett ledarskap som kommunicerar väl vilket lett till att informanterna till viss del har insikt i ledning och styrning. Verksamheten arbetade hela tiden för att utveckla modellen och målbilden var att sektionerna/processerna framöver skulle ta övergripande ansvar för sina respektive resultat och att dessa tillsammans med verksamhetsledning skulle ta fram gemensamma mål att sträva efter.

Denna insikt ger medarbetare en djupare förståelse för verksamheten vilket möjliggjort för dem att delta och på så sätt uppleva att de har inflytande. Vi upplevde även att informanterna tack vare detta också blev motiverade och delaktiga i verksamheten.

Något som också blev tydligt under intervjuerna var vikten av förståelse mellan koppling av aktiviteter i patientflödet och hur dessa påverkar varandra vilket möjliggör för medarbetare att se och förstå helheten. Utan denna förståelse försvåras situationsanpassning och därmed KPS. Den modell verksamheten tillämpade för att planera och styra sin verksamhet kallade de för produktionsplanering. Vi upplevde även att informanterna vi intervjuade var flexibla vilket gjorde att samverkan med andra fungerade bra vilket i sin tur var en förutsättning för en hållbar planering. Vi fick också intryck av att arbetsmoralen mellan medarbetare var hög och att ge-och-ta var helt naturligt inom verksamheten.

Palmgren och Eklund (2014, s. 8) menar att ett sätt att förhålla sig till variationerna är att anpassa kapaciteten efter den. Detta är något som ställer höga krav på flexibiliteten i verksamheten. Något som kännetecknas av detta skulle kunna vara arbetstidsmodeller som tillåter att arbetstiderna varierar med behovet. Palmgren och Eklund menar att vården skulle kunna ta efter andra branscher som har ett fungerande system för att låta kapaciteten variera från en dag till en annan. Redan nu finns modeller som bland annat hotell använder sig av där syftet är att de snabbt kan öka eller minska sin bemanning utifrån efterfrågan. Det finns idag även verksamheter inom hälso- och sjukvård som använder sig av liknande modeller dock är det inget vi undersökt närmare inom ramen för detta arbete – den verksamhet vi undersökt använder sig av en variant som dock bygger på kalkylerade och fastställda bemanningsmål.

Vårt intryck var att samtliga informanter visade ett stort engagemang i sitt arbete och ville patienternas bästa men ibland när stressen blev påtaglig förstod de inte kopplingarna i hela flödet. Det framgick att de arbetade lösningsfokuserat när svårigheter uppstår. ”Balanserat styrkort” (BSC) nämndes av informant, detta visade att verksamheten använder BSC för att samla data/mått i olika perspektiv vilket möjliggör tidiga signaler att agera på. Informanterna pratade om att de lägger sina egna scheman själva via ett datasystem där de hade ett definierat bemanningskrav. Detta anser vi vara en hög grad av egenmakt. Dock föreföll personalens scheman främst vara synkade med varandra och inte efter behov utifrån inflöde.

I denna studie beskrivs och tolkas uppfattningar om KPS från två yrkesgrupper, sjuksköterskor och undersköterskor, som arbetar inom undersökt verksamhet, fler yrkesgrupper finns som inte intervjuats. Vården är komplex och för att få en komplett bild behöver den kompletteras även med deras synpunkter. Vi reserverar oss beträffande generaliserbarheten av resultaten vid användning i annan organisation än sjukvård, inom annan region/landsting med annan ledning och kontext.

Delar av resultatet, till exempel beträffande vikten av lärandet och kommunikation/information, kan tillämpas i organisationer generellt vid framtagande av strategier för implementering av nya modeller och verktyg.

SLUTSATSER

Resultatet av vår studie ger oss nedanstående slutsaster:

- Utveckling av ideal för styrning av hälso- och sjukvård över tid vilket ger en förståelse och bakgrund till nuvarande system och modeller för styrning.
- Komplexiteten i chefsuppdraget som handlar om att kunna hantera konkurrensen mellan den professionella och den administrativa styrningen parallellt med att upprätthålla en hälsofrämjande arbetsplats.
- Förutsättningar för att få ihop hälso- och sjukvårdens samtliga delar på ett begripbart sätt för medarbetarna och för att skapa en känsla av sammanhang som leder till följsamhet och motivation till den styrning som tillämpas.

REFERENSER

- Aronsson, G. & Bejerot, E. (2014). Brist på kollegialt inflytande urholkar lojalitet med chef och organisation... men inte med patienterna, *Läkartidningen*, ss. 1 - 5
- Berlin, J. & Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. 1:1 red. Malmö: Liber.
- Brandt, J. & Palmgren, M. (2015). *Produktionsstyrning i sjukvård*. Stockholm: Lean i Lund.
- Bruzelius, L H. & Skärvard, P-H. (2011). *Integrerad organisationslära*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskapen*. 2:1 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Elvnäs, S. & Edgar, N. (2013). Det spelar roll vad arbetsledare gör. *Socialmedicinsk tidskrift*, (6), ss. 821-829
- Eriksson, H., Bergbrant, I.-M., Berrum, I., & Mörck, B. (2011). Reducin queues: demand and capacity variations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Volym 24, ss. 592-600.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Volym 24, ss. 105 - 112.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2011). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Grönlund, A. & Stenbock-Hult, B. (2014). Vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap. *Vård i Norden*, Volym 34. ss. 36 – 41
- Godfrey, M., Melin, C., Muething, S., Batalden, P. & Nelson, E. (2008). Clinical Microsystems, Part 3. Transformation of Two Hospitals Using Microsystem, Mesosystem, and Macrosystem Strategies. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volym 34, ss. 591 – 603.
- Hansson, A. (2010). *Salutogent ledarskap: för hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbildning i Stockholm AB
- Lifvergren, S., Edin, M., Rentzhog, O., Klintberg, B., Olsson, J. & Tullberg, S. (2008). *Six Sigma i hälso- och sjukvården*, Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. <http://www.vgregion.se/Pages/98293/B%C3%B6cker/Sex%20Sigma%20i%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rden%20SkaS.pdf> [2016-04-28]

Liker, J. (2009). *The Toyota Way*. Malmö: Liber AB.

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

Orvik, A. Dellve, L. & Eriksson, A. (2013). Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap - Behovet av systemperspektiv för en hållbar styrning och ledning av hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*, 06, ss. 848 - 856.

Patel R. & Davidsson B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder : att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Palmgren, M. & Eklund, F. (2014). *Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård*, Stockholm: Sveriges kommuner och landsting / Rådet för främjande av kommunala analyser.

Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363;26.

Region Jönköpings län (2016). Kapacitets- och produktionsstyrning KPS, Region Jönköpings län/Varför kapacitets- och produktionsstyrning?
<http://intra.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=91804&childId=90083> [2016-04-08].

SBU (2014). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*.
http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf
[2016-05-14]

Sveriges kommuner och landsting. *Väntetider i vården*
<http://www.vantetider.se/sv/veta-mer/vardgaranti/> [2016-05-08]

SOU (2002:31). *Vinst för vården*, Stockholm, Regeringskansliet,
<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2002/04/sou-200231/>

SOU (2013:2). *Delbetänkande av Patientmaktsutredningen*, Stockholm, Regeringskansliet,
<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2013/01/sou-20132/>

Bilaga 1

Bilaga ”Verksamhetschefens godkännande av datainsamling”

Charlotte Carlsson och Lina Björklund är studenter som studerar på högskolan i Borås med inriktning mot vård- och omsorgsadministration. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på 15 högskolepoäng.

Syfte med examensarbetet är att undersöka frågan ”Hur upplever sjuksköterskor och undersköterskor i mikrosystemet att de påverkas av eller kan påverka kapacitets- och produktionsstyrning.”

Metoden i examensarbetet är intervjustudie med öppna frågor. 8 personer tillfrågas, 2 sjuksköterskor + 2 undersköterskor på avdelning respektive mottagning. Frivilligt deltagande, vi vänder oss till chefer som tillfrågar lämpliga kandidater. Intervjuerna kommer att spelas in. Deltagare kan under intervjun välja att inte delta/avbryta och då raderas inspelat material. Materialet sammanställs och skickas till deltagare innan det används i uppsats. Uppgifter som i efterhand kan identifiera deltagare tas bort. Deltagare kan inom en vecka efter att vi mailat ut materialet be om justering/komplettering (rättning). Här efter används materialet om ingen annan överenskommelse görs. Ingen obehörig har tillgång till materialet. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

Vi träffas i lokal på Ryhov – ni bokar lokal (överenskommelse med Lotti Morales, vårdenhetschef, ort mott)

Kontaktuppgifter till studenter och handledare i examensarbetet finns nedan.

Studenter	Charlotte Carlsson charlotte.carlsson@rjl.se	Lina Björklund fireblade_lina@hotmail.com
-----------	--	--

Handledare	Per-Åke Karlsson, Universitetslektor, Högskolan i Borås / Sektionen för arbetsliv och välfärd, e-post: per-ake.karlsson@hb.se
------------	--

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att **namn** och **namn** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Jönköping/2016

NN, verksamhetschef

Bilaga ”Information till deltagare (sjuksköterskor och undersköterskor) i intervjustudie om tillämpning av produktionsplanering”

Vi är studenter vid högskolan i Borås och ska i vårt examensarbete genomföra en kvalitativ studie som omfattar 15 högskolepoäng inom vård- och omsorgsadministration. Metoden vi använder oss av är att intervjua och analysera svar från informanter/deltagare. Vi kommer ställa öppna frågor och utifrån svar ställa följdfrågor.

Vi kommer att intervjua sjuksköterskor + och undersköterskor på vårdavdelning (sluten vård) respektive mottagning (öppen vård). Deltagande bygger på frivilligt deltagande efter kontakt och godkännande av verksamhetschef och vårdenhetschef. Intervjuerna kommer att spelas in. Deltagare kan under intervjun välja att inte delta/avbryta och då raderas inspelat material. Insamlat material kommer sammanställas och skickas till deltagare innan det används i uppsats, detta för att säkerställa att vår tolkning av informationen är korrekt. Uppgifter som i efterhand kan identifiera deltagare tas bort. Deltagare kan inom en vecka efter att vi mailat ut materialet be om justering/komplettering (rättning). Här efter används materialet om ingen annan överenskommelse görs. Ingen obehörig har tillgång till inspelat material. Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

I Hälso- och sjukvårdslagen står att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. I delbetänkandet inför patientlagen (SOU 2013:2, S. 80) beskrivs den demografiska utvecklingen i samhället, det innebär bl.a. att andelen äldre förväntas öka med 30 procent fram till 2050. Därför finns det anledning att bygga system i hälso- och sjukvården och omsorgen som på ett effektivt sätt utnyttjar alla befintliga resurser.

Ett sätt att arbeta för att uppnå målen i sin verksamhet är att arbeta med planering av sin produktion som sedan matchas med kompetens/resurser på ett så optimalt sätt som möjligt.

Det vi vill undersöka är ”hur upplever sjuksköterskor och undersköterskor sina möjligheter att påverka och vara delaktiga i produktionsplaneringen samt hur dessa upplever att de påverkas i sitt dagliga arbete”.

Bilaga ”Intervjuunderlag – KPS”

Namn

Kön

Ålder

Anställningsår

Underlag – frågor

Planering

1. Här vill vi fånga dels hur de deltar i planering, påverkas av planering och anpassar sig till planering?
2. Känner du att du är delaktighet i planeringsprocessen?
3. På vilket sätt (och använda svar...)
4. I Sverige finns vårdgarantin, på vilket sätt märker ni av detta? Kö-situation – väntetider till er verksamhet?

Genomförande

1. Vilken framförhållning har ni vid förändring?
2. Kan du ge exempel på vad som skulle kunna ge en förändring av planeringen?

3. Finns det överenskommelser om hur det ska gå till? (ansvar gentemot kollegor...)
4. Händer det att ni behöver ställa in mottagningar?
Hur hanterar ni det då – kan du beskriva på vilket sätt det påverkar ert dagliga arbete?
5. Hur arbetar ni med återbud?
6. Hur hanterar ni planerad och oplanerad frånvaro/ledighet?
7. Hur ser ni på ansvar runt förändring utifrån plan?
8. Får ni vikarier – läk, ssk, usk?

Uppföljning och utveckling

1. Uppföljning, hur arbetat ni med resultatet?
2. Struktur?
3. Vilka mått följer ni?

Information

1. Vilka forum delar ni information i sektion/process – kontra arbetsplats?

2. Vilken information ger ni till samverkanspartner?

3. Har du sett andra system – i andra verksamheter....

Bilaga Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Under-kategori	Kategori
<p>”Om det var förra eller för två veckor sedan så var det en patient som hade ett sår på knät och då blir operationen inställd och så och så får vi vänta tills nästa patient kommer och så får vi ta de två som blir då. Men patienterna är ju inte så jättebra på att ringa innan och säga att, ”du jag har ett sår på knät, kan jag operera ändå”, utan vi ser det den dagen de ska opereras, det kan även vara att de varit förkylda i två veckor och så är fortfarande inte pigga den dag då de ska opereras. Lite tråkigt är det, det hade varit bättre om de ringt någon dag innan, då hade vi ju kunnat få in någon annan.”</p>	<p>Patienten meddelar inte om de har sår (motsvarande) som påverkar om operationen kan genomföras</p>	Kunskap	Insikt
<p>”... i med den nya organisationen ... utifrån den första synen på hur mycket personal som vi behöver vara så... det är ju spännande och se hur det blir. Men rent patientsäkerhet och personalsäkerhet kan det bli ökade sjukskrivningar hos oss och det kan bli så att vi inte hinner med alla patienter.”</p>	<p>Ny organisation kan påverka både patienter och personal.</p>	Oro	
<ol style="list-style-type: none"> 1. "patienterna vill ju hinna att opereras inom den här vårdgarantin, så är det ju..." 2. "...vi har ju bevakningslistor var och en av oss här på mottagningen och sedan är det ju upp till oss att se till att vi ligger i fas så att patienterna kommer in inom vårdgarantin..." 3. "...vi styrs av läkarbesök och 14 dagar efter det så ska vi gipsa igen". 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vårdgarantin finns... 2. Patient vill opereras... 3. Styrs av besöksplanering till läkare 	Regelverk	Styrning
<ol style="list-style-type: none"> 1. " Alltså, vi kan planera våra egna mottagningslistor..., ...vi kan planera de som ringer och styra det" 2. "...innetiggande patienter kan vi planera om de ringer på förmiddagen, om de ska gå hem så måste vi göra det samma dag. Är det inte superakut kan vi skjuta det en dag, det kan vi planera, men vi kan inte planera det som kommer från läkarmottagningarna, det måste vi hela tiden klara av och det som vi inte heller kan planera är om de ringer från operation, akutmottagningen." 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi kan planera egen mottagning. 2. Planera visst internt flöde under dagen. Läkarmottagningarna måste vi hela tiden klara av, direkt hantera från operation eller akutmottagningen." 	Egenmakt	

Bilaga ”Arbetsmaterial - underlag vid analys”

ARBETSMATERIAL

Bilaga 5a

Kategori: Insikt

Kondenserad mening/enhet	Underkategori
Ser kopplingar till läkarscheman som en förutsättning för att kalla patienter inom vårdgarantin. Ansvaret är nedbrutet på olika personer.	förståelse
Viktigt med gemensamt språk då kan alla jobba för samma mål. Det är egenansvar möjligt.	förståelse
Ser vikten av lösningsfokus utifrån uppdrag.	Lösningsfokuserad
Information levereras regelbundet både skriftligt och muntligt. Kunskapsförmedling.	Kommunikation/ informatoin
Tillgängliga data behövs för att underlätta kommunikation med patient, effektiviserar arbetet för personalen.	Kommunikation/ informatoin
Korrekt information till patient viktig för att inte störa flödet.	Kommunikation/ informatoin
Verksamheten har balanserat styrkort med balanserade mått som visas för personalen, regelbundet. Sjukskrivning lyfts som ett mått viktigt för medarbetarna i verksamheten.	förståelse
Datum för beslut om operation styr flödet.	Tillit
Informanterna ser vad som behöver göras och genomför det t.ex. vid återbud arbetar med för att ”fylla luckan” i mottagningen.	Lösningsfokuserad
Har kunskap om planerings- och bemanningsprocessen.	Kommunikation/inform atoin
”Second-opinion” har blivit vanligare sedan patientlagen trädde i kraft vilket påverkar resurserna.	förståelse
Arbetsgrupp finns som har kontroll på inflödet. Gruppen har mandat att sätta in extramottagningar. Enhetschefen balanserar mottagningspassen efter tidigare plan för en jämn arbetsbelastning.	förståelse
Risk finns att personalen inte kan se helheten, kanske ska de inte heller behöva se helheten beroende på systemnivå.	förståelse
Ökat antal besök på mottagning ger effekt på behovet av antal operationstider.	förståelse
Viktigt att se all verksamhet när plan läggs, synkronisera för en jämn arbetsbelastning.	förståelse
Känner stress för att de opererar mer - förstår inte kopplingar i hela flödet.	förståelse
Medveten om koordineringsfunktion i operatörsflödet men känner sig trygg med processen.	Tillit
Samverka med andra viktigt för hållbar planering.	förståelse
Vi behöver planera annorlunda för att ekonomin ska gå inop.	förståelse
Behov av varandra i samverkan för att patientprocessen ska fungera även när ekonomin tryter.	förståelse
Struktur i arbets sätt underlättar regelbunden förändring.	Lärande
Kritisk granskning - använder verktyg för att identifiera brister. (Gröna korset)	Lärande
Har statistik - är också medveten om variationer över året. Medarbetare ser inte hur de kan påverka inflöde.	Lärande
Informatoin i ”rätt” tid påverkar både patient- och personalsäkerhet vid omorganisation. Rutiner behöver anpassas efter förändring.	förståelse

Kategori: Inflytande

Kondenserad meningenshet	Underkategori
Ser kopplingar till läkarscheman som en förutsättning för att kalla patienter inom vårdgarantin. Ansvaret är nedbrutet på olika personer.	Delaktighet
God kommunikation med läkare i team då hon kallar patienter. Ser sig som en del i ett team.	Bli lyssnad på
Tagit fram grundschema tillsammans.	Delaktighet
Möjlighet att delta i arbetsgrupper.	Delaktighet
Omorganisatoinen har pågått relativt länge men bidjuss i slutet.	Delaktighet
Personliga uppdrag har tilldelats till personal som ger olika perspektiv och inblick i verksamhet.	Förtroende
Personalen upplever att det blir lyssnade på och att chefer gör så gott de kan för att vara tillmötesgående.	Bli lyssnad på
Vi får göra allt - bara det inte kostar något!	Förtroende
Risk och händelseanalys genomförs vid större förändring.	Delaktighet
"Förstahands-information" skapar känsla av delaktighet, och skapar motiverade medarbetare.	Delaktighet
Utan förståelse för samband och vad som påverkar försvåras situationsanpassning.	Delaktighet
Tydligt uttalat mandat till särskilda roller underlättar lösningar.	Förtroende
Visualisering möjliggör delaktighet, känner sig uppdaterade med "stenkoll".	Delaktighet

Kategori: Styrning

Kondenserad meningsenhet	Underkategori
Daglig plan för sjuksköterskor, justeras efter behov, visualiseras på tavla.	Flexibilitet
Viktigt att få fram schema i tid, läkarschema styr.	helhet
Vårdpersonalens (ej läkare) scheman synkade med varandra, ej efter inflödet.	helhet
Planering på olika nivåer, konkret i mikrosystemet nämns förråd, tvätt...	helhet
Vid sjukdom är personal flexibel, försöker täcka för varandra. Går dock inte alltid men ambitionen finns oavsett yrkeskategori...	Flexibilitet
Fördelar inflödet till annat sjukhus för att nå vårdgaranti.	Krav
Personalen har rutiner och vet hur de ska agera när oplanerade förändringar i daglig verksamhet sker. Även prioriteringsordning finns över vad som måste bemannas först.	Plan
Har bemanningsmål/-krav och får själva bemanna, vid eventuella problem tar justerare över. Möjliggör hög grad av egenmakt.	Plan
Medarbetare går över enhetsgränser för att hjälpa varandra, underlätta arbetsbelastning.	Flexibilitet
Patienter ringer om tider - använder vårdgarantin. Angelägna om svar.	Krav
Resultatåterkoppling minskar arbetsbelastning - man får koll på läget - kan ge korrekt information, ger nöjda patienter.	Uppföljning
Planerad mottaning påverkas av oplanerat inflöde.	Krav
Akut flödet går alltid före planering - prioriteringsordning finns.	Plan
Visualisering av data möjliggör för medarbetare att reflektera och ställa frågor - de får också överblick av köer.	Uppföljning