



CHALMERS
UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

En kartläggning av bokningsgruppens arbete i NU-sjukvården

Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet Ekonomi och
produktionsteknik

Sophia Iaconelli
Emma Klacar

Institutionen för teknikens ekonomi och organisation
Avdelningen för supply and operations management
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2016
Examensarbete E2016:053

Examensarbete E2016:053

Kartläggning av bokningsgruppens arbete i NU-sjukvården

Sophia Iaconelli
Emma Klacar

Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet Ekonomi och Produktionsteknik
Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation
Avdelningen för Supply and Operations Management
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige, 2016

Kartläggning av bokningsgruppens arbete i NU-sjukvården

© Sophia Iaconelli, Emma Klacar, 2016

Examensarbete E2016:053

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Avdelningen Supply and Operations Management

Chalmers Tekniska Högskola

SE-412 96 Göteborg

Telefon: + 46 (0)31-772 1000

Chalmers Reposervice 2016

Göteborg, Sverige, 2016

Förord

Intresset för att göra ett examensarbete inom sjukvården uppkom i samband med kurserna *Lean Produktion* och *Integrerad Produktionsorganisation* under hösten 2015. En stor del av vår utbildning inom Ekonomi och produktionsteknik, 180 högskolepoäng, hade innan dess fokuserat på den traditionella tillverkningsindustrin. I dessa två kurser tillhandahölls kunskap om hur verktyg och metoder som härstammar från industrin även kan tillämpas i andra sektorer så som sjukvården.

De långa väntetiderna som råder inom sjukvården är högst aktuellt ämne och som vi själva har upplevt. Hur dessa kötider ska kunna reduceras och resurserna fördelas på ett effektivt sätt är därför av stor relevans. Med denna studie hoppas vi kunna hjälpa NU-sjukvården att förbättra sin bokningsprocess så att kötiderna minskar och därigenom öka patienters säkerhet.

Vi vill tacka alla som har hjälpt oss i att utforma och genomföra detta examensarbete. Vår handledare, Jan Lindér, för att inspiration och feedback under arbetets gång. Även ett stort tack till vår handledare Anna Lundgren på NU-sjukvården. Hennes vägledning och kunskap har betytt mycket för oss.

Slutligen ett tack till bokningsgruppen (Åsa, Agneta, Camilla, Berit, Monica och Carita) som har möjliggjort detta arbete med sin positiva inställning samt all personal på radiologin inom NU-sjukvården.

Abstract

The Swedish health care system is struggling with a variety of problem in the form of lack of resources, low capacity utilization and long waiting time. Studies have shown that the Swedish health care has dropped in the ranking due to the inability to reduce waiting times in health care. An important aspect in health care is communication and information transfer. When these two factors are inadequate, patients aswell as the staff in the hospital and healthcare in general suffer. This leads to delays in care and unutilized resources.

NU-sjukvården in Västra Götaland region consists of Norra Älvsborg Länssjukhus (NÄL) in Trollhättan and Uddevalla Sjukhus. About four years ago, a booking group was formed at the radiological department of NU-sjukvården with the aim of creating a common booking process for all medical examinations. This study was conducted to identify and evaluate the booking group's work and ensure the communication between the group and its surrounding.

Conclusions and recommendations are based on empirical data integrated with the theoretical framework. After completing the survey, it was found that many factors have an impact, but the main problems are lack of communication, leadership and absence of standardized work. Strengthening these factors requires time and commitment from both management and staff, and can be seen as a comprehensive and time-consuming project but will ultimately lead to a more efficient booking process.

The report is written in Swedish

Keywords: Health care, health care planning, communication, leadership, visual control, team work

Sammanfattning

Den svenska sjukvården brottas med en rad olika problemområden i form av resursbrist, lågt kapacitetsutnyttjande och långa väntetider. Undersökningar har visat att den svenska sjukvården har sjunkit i ranking på grund av oförmågan att reducera väntetider i sjukvården. En viktig aspekt inom sjukvården är kommunikation och informationsöverföring. När dessa två faktorer brister blir framför allt patienten lidande, men även personalen på sjukhuset och sjukvården i allmänhet. Detta leder till fördröjningar av vård och outnyttjade resurser.

NU-sjukvården i Västra Götalandsregionen består av Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus. För drygt fyra år sedan bildades en bokningsgrupp på den radiologiska avdelningen i NU-sjukvården med syftet att skapa en gemensam bokningsprocess för alla undersökningar. Denna studie genomfördes för att kartlägga och utvärdera bokningsgruppens arbete samt se över kommunikationsvägarna mellan gruppen och dess omgivning.

Slutsatser och rekommendationer är baserade på empirisk data integrerat med den teoretiska referensramen. Efter genomförd kartläggning kunde det konstateras att många faktorer har inverkan men de huvudsakliga problemen som påverkar bokningsgruppens arbete är bristande kommunikation, ledarskap och avsaknad av standardiserat arbetet. Att stärka dessa faktorer kräver tid och engagemang från både ledningen och personalen och kan ses som ett omfattande och tidskrävande projekt men kommer i slutändan leda till en effektivare bokningsprocess.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	8
1.1 Bakgrund.....	8
1.2 Syfte	8
1.3 Avgränsningar	9
2. Presentation av NU-sjukvården	10
2.1 NU-sjukvården	10
2.2 Radiologen	11
2.3 Bokningsgruppen	11
2.3.1 Arbetsgång	12
3. Teoretisk referensram.....	14
3.1 Ledarskap.....	14
3.1.1 Ledarstilar och egenskaper	14
3.1.2 Vårdkvalitet och ledarskap	16
3.1.3 Ledarskap och arbetsmiljö	16
3.2 Team	17
3.2.1 Stödjande faktorer i omgivningen	18
3.3 Kommunikation	18
3.4 Processer och flöden	19
3.5 Produktionsstyrning inom sjukvård.....	20
3.6 Styrning.....	21
3.6.1 Standardiserad arbetssätt.....	22
3.6.2 Visuellt styrning.....	22
4. Problemformulering och frågeställningen	25
4.1 Precisering av frågeställning.....	25
5. Metod	26
5.1 Initieringsfasen	26
5.2 Nulägesanalys	26
5.3 Studiebesök	27
5.3.1 Skaraborg sjukhus	27

5.3.2 Frölunda specialistsjukhus	27
5.4 Litteraturstudie	28
5.5 Kritisk granskning av resultat.....	28
6. Resultat.....	29
6.1 Bokningsgruppens arbete.....	29
6.2 Bokningsgruppen	33
6.2.1 Personal.....	34
6.2.2 Ledarskap	34
6.2.3 Kommunikation.....	35
7. Slutsats och rekommendation	36
7.1 Ledarskap.....	36
7.2 Kommunikation	37
7.3 Standardisering.....	38
7.4 Tekniska lösningar	39
7.4.1 Telefonservice	39
7.4.2 E-brev	39
7.4.3 Drop in - verksamhet	39
7.5 Slutsats.....	40
8. Fortsatta studier.....	41
9. Referenser	42
9.1 Böcker	42
9.2 Rapporter.....	42
9.3 Webbkällor	43
9.4 Övriga referenser.....	44
10. Bilagor.....	45
10.1 Bilaga 1.....	45

1. Inledning

I detta kapitel kommer bakgrunden till studien presenteras samt dess syfte och avgränsningar.

1.1 Bakgrund

Den svenska sjukvården brottas med en rad olika problemområden i form av resursbrist, lågt kapacitetsutnyttjande och långa väntetider. Enligt en undersökning av Euro Health Consumer Index (Björnberg, 2016) där europeiska sjukhus har jämförts utifrån väntetider, resultat och tillgänglighet visades att den svenska sjukvården har sjunkit i ranking. Den främsta anledningen till en sämre placering beror på oförmågan att reducera väntetider i sjukvården. Den svenska sjukvården anses idag ha de längsta väntetiderna i hela Europa (Björnberg & Hjertqvist, 2015).

Den bakåtgående utvecklingen inom den svenska sjukvården och oförmågan att korta ner kötiderna påverkar vårdkvaliteten i högsta grad och därmed även patientsäkerheten. Vårdgaranti är en del av hälso- och sjukvårdslagen och innebär att patienten är berättigad vård inom en viss tid (Sveriges kommun och landsting, 2016). Den maximala väntetiden för att träffa en läkare i primärvården i Sverige uppskattas idag till att vara sju dagar, vilket är en extrem lång tid i jämförelse med övriga europeiska länder (Björnberg, 2016).

NU-sjukvården i Västra Götalandsregionen består av Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus. För drygt fyra år sedan bildades en bokningsgrupp, för den radiologiska avdelningen på NU-sjukvården, i syftet att skapa en gemensam bokningsprocess för alla undersökningar. Målet med bokningsgruppen var att uppnå ett högre resursutnyttjande och garantera effektivare vård. Sedan gruppen bildades har ingen utvärdering gjorts men i dagsläget är det allmänt känt att gruppens arbete är stressigt och tidskrävande. Det finns inget standardiserat arbetssätt för hur remisserna ska behandlas i bokningsprocessen och en stor del av kommunikationen sker muntligt, vilket skapar otydligheter och tvetydigheter angående vad som har sagts och vad som gäller.

1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att kartlägga och utvärdera bokningsgruppens arbete inom radiologin i NU-sjukvården. Detta för att kunna effektivisera bokningsprocessen av remisser och på så vis säkerställa att patienterna kommer in inom rätt medicinskt prioritering. Kommunikationsvägarna mellan gruppen och omgivningen behöver ses över samt säkerställa att bokningsgruppen har ett hållbart arbetsklimat.

1.3 Avgränsningar

Projektet avgränsas till bokningsgruppens arbete på NÄL och Uddevalla sjukhus, som inkluderar tidbokning, telefonservice och övriga bokningsrelaterade arbetsuppgifter. Rapporten kommer inte beröra datasystemet bokningsgruppen använder sig utav i bokningsprocessen.

2. Presentation av NU-sjukvården

I följande kapitel presenteras NU-sjukvården och en inblick hur organisationen är uppbyggd. Vidare erhålls en introduktion av bokningsgruppen samt en redogörelse för remissens flöde genom bokningsprocessen.

2.1 NU-sjukvården

NU-sjukvården bildades 1995 och är en av fyra sjukhusgrupper inom Västra Götalandsregionen med upptagningsområde i norra Bohuslän, Dalsland och området runt Trollhättan - Uddevalla - Vänersborg. NU-sjukvården omfattar två sjukhus, Norra Älvsborg Länssjukhus (NÄL) och Uddevalla sjukhus (Västra Götalandsregionen, 2016a).

NU-sjukvården innefattar 5000 anställda, varav bland annat 1800 sjuksköterskor, 1300 undersköterskor och 700 läkare. NÄL ansvarar för den akuta vården och Uddevalla för den planerade vården, en uppdelning för att kunna utnyttja resurserna effektivare

NU-sjukvården är en politisk styrd organisation som är indelad i tre områden där varje område omfattar flera olika verksamheter (se fig. 1). Vidare innefattar varje område diverse kliniker där verksamhetschefer ansvarar för respektive klinik. Klinikerna i sin tur delas upp i avdelningar och mottagningar (Västra Götalandsregionen, 2016a).



Figur 1. NU-sjukvårdens uppbyggnad och struktur (Västra Götalandsregionen, 2016a)

2.2 Radiologen

NU-sjukvården genomför uppemot 150 000 - 160 000 undersökningar per år på radiologen, vilket innebär ett stort inflöde av remisser som ska hanteras.

Radiologen på NÄL utför skelett- och lungundersökningar, undersökningar av urinvägar och mag-tarmkanalen, kärldröntgen, intervention, ultraljud, datortomografi (CT) och magnetisk resonanstomografi (MR). På NÄL är avdelningen öppen dygnet runt för akuta undersökningar. Dagtid utförs akuta och en viss andel planerade undersökningar och kvälls- och nattetid utförs huvudsakligen akuta undersökningar.

I Uddevalla utförs skelett- och lungundersökningar, ultraljud, genomlysning, undersökningar av urinvägar och mag-tarmkanalen, magnetisk resonanstomografi (MR) samt datortomografi (CT). Röntgen i Uddevalla är öppen morgon till kväll och omfattar till största delen planerade undersökningar.

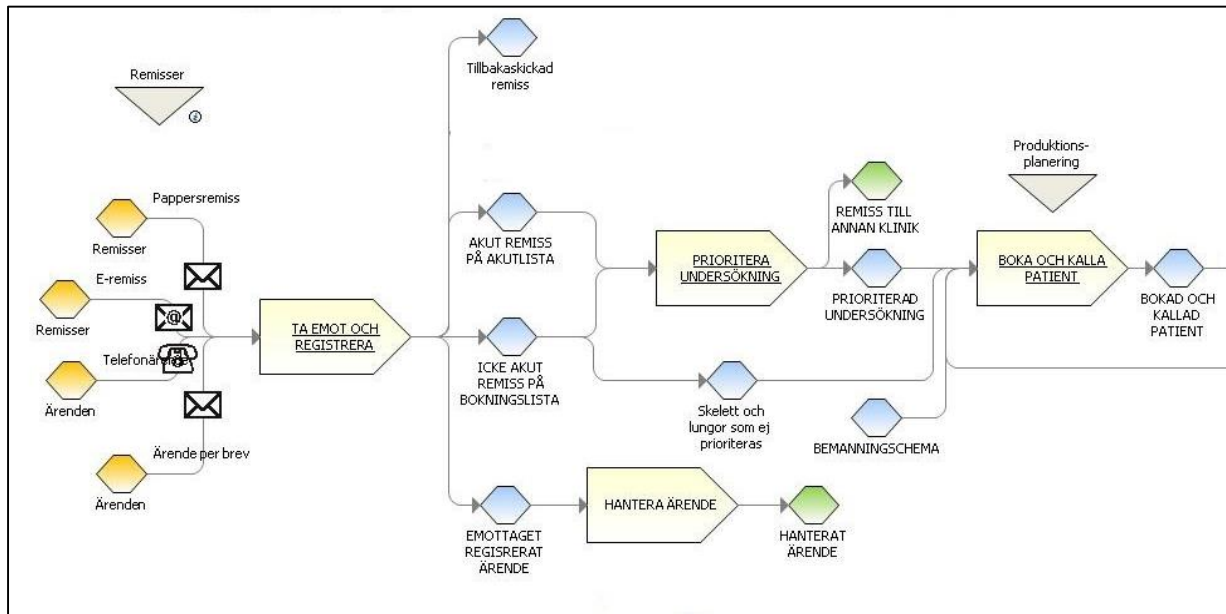
2.3 Bokningsgruppen

Innan bildandet av bokningsgruppen ansvarade varje avdelning på respektive sjukhus separat för sina egna bokningsprocesser. En grupp med representanter från MR och CT startade upp projektet för en bokningsgrupp hösten 2011. Under våren 2012 startades ytterligare en grupp med representanter från skelett, uro/gastro och ultraljudet. De olika grupperna slogs ihop och en projektorganisation bildades. Hösten 2012 startades bokningsgruppen och ett gemensamt tidbokningsarbete startades upp.

Syftet med gruppen var att skapa en gemensam bokningsprocess för undersökningar inom radiologin för att bättre kunna tillgodogöra patienternas intresse av tillgänglighet och högre service. Dessa mål skulle i sin tur leda till en minskning av den tid som läggs på administrativt arbete, minskad andel ombokningar, en högre utnyttjandegrad av utrustning och personal samt kortare ledtider för remisser.

Bokningsgruppen är uppdelad över de två sjukhusen, tre personer sitter på NÄL och fyra i Uddevalla. De typer av undersökningar som behandlas av bokningsgruppen är skelett- och lungundersökningar, undersökningar av urinvägar och mag-tarmkanalen, kärldröntgen, CT, MR samt ultraljud.

2.3.1 Arbetsgång



Figur 2. Remissens flöde genom radiologin inom NU-sjukvården. För att se hela flödet, se bilaga 1.

Alla remisser som kommer in tas emot och registreras av receptionen. Därefter prioriteras remisserna av läkarna med undantag skelett och lungor som går direkt till bokningsgruppens listor. Detta beror på att skelett och lungor är relativt enkla undersökningar med standardtider. De övriga remisserna kan ha karaktären akut eller icke akut men oavsett vilket måste de alltid prioriteras. Undersökningar som behöver genomföras inom loppet av 1-3 dagar klassificeras som akuta och bokas in direkt av sjuksköterskor. De övriga remisserna behandlas av bokningsgruppen.

Nästa steg i flödet är bokningsgruppen arbete. Remisser som har prioriterats till 1-3 veckor hamnar på priolistan och det är i första hand dessa gruppen bokar in i tidboken. Därefter går de över till väntelistan, det vill säga remisserna med prioritering över 3 veckors tid, och bokar in så många patienter som möjligt därifrån. Utöver prio- och väntelistan bokar gruppen även in patienter som ska återkallas för kontroll.

Vid sidan av inbokning av patienter från de olika listorna har gruppen även schemalagd telefontid. Detta är en av bokningsgruppens mest tidskrävande arbetsuppgift och sträcker sig från måndag till torsdag samt fredag förmiddag. Två till tre gruppledmedlemmar ansvarar för telefonservicen under dagen. Det är främst av- och ombokningar av undersökningar som behandlas, men även patientrådgivning.

Bokningsgruppen arbetar i samma datasystem, vilket innebär att personalen kan boka in tider för båda sjukhusen oavsett vilket sjukhus de sitter på. Som regel bokas alla akuta undersökningar som måste genomföras inom loppet av en vecka in på NÄL och resterande i Uddevalla.

Datasystemet som används heter Sectra RIS och är ett inrapporteringsystem som används av radiologin. I systemet matas remisser in och typ av undersökning, prioritering, status på undersökningen anges samt start och stopptider och svar på undersökningar. Utifrån systemet hämtas också all statistik som behövs för att sammanställa behovsprognoser etc.

3. Teoretisk referensram

Detta kapitel innefattar den teoretiska referensramen som ligger till grund för rapporten.

3.1 Ledarskap

Organisationer är sociala strukturer skapad av människor där verksamheten är samordnad mot gemensamma mål. Att styra en organisation handlar om att få alla organisationens enheter och medarbetare att genomföra sina arbetsuppgifter och på så sätt nå de uppsatta målen. Hur framgångsrik en organisation är beror helt på ledarskapet. Ledarens uppgift är att klargöra vilka mål som ska uppnås, bryta ner målen, och få alla att gemensamt sträva efter dem (Bruzelius & Skärvad, 2011).

3.1.1 Ledarstilar och egenskaper

Ledarskap innebär att ha förmågan att leda andra och en ledare är en person som kan påverka andra i en viss riktning. Det är viktigt att poängtera att en chef inte är samma sak som en ledare, då det är en formell position i organisationen som är högre än andras. Syftet är ändå att en chef ska kunna utöva ledarskap (Lindér, 2015b).

Ledarskap har under åren studerats ur många olika perspektiv. Forskning har genomförts för att identifiera vilka egenskaper hos en person som är bättre lämpade för att leda människor. Studier har visat att egenskaper så som bland annat ansvarstagande, social kompetens och resultatorientering gör ledarskapet mer gynnsamt. Den allra viktigaste egenskap som måste finnas från början är "viljan av att vilja leda". De övriga egenskaperna kan utvecklas och tränas upp med tiden (Bruzelius & Skärvad, 2011).

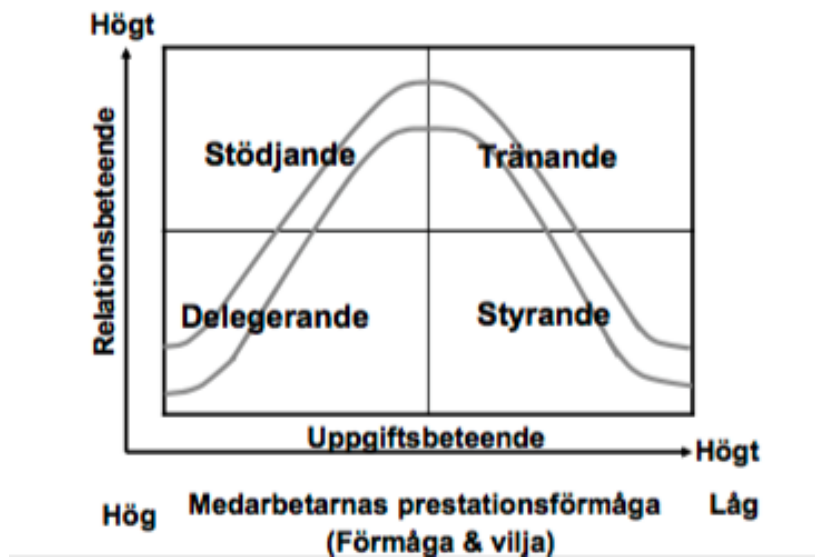
På senare år har intresset för egenskaper frångåtts en aning och ledares beteendemönster har börjat analyseras allt mer. Beteendemönster är med andra ord olika sätt som ledarskapet kan utövas på och brukar benämnas som "ledarstilar".

3.1.1.1 Individinriktat och uppgiftsinriktat ledarskap

Ledarstilen kan bestämmas utifrån hur individ- respektive uppgiftsinriktad ledaren är. En ledare som är individinriktad fokuserar i första hand på att skapa relationer och säkerställa att de anställda trivs och mår bra. Uppgiftsinriktat ledarskap däremot koncentrerar sig främst på själva uppgiften, utförandet och hur samspelet ska utformas mellan medarbetarna för att uppgiften utförs så effektivt som möjligt (Bruzelius & Skärvad, 2011).

3.1.1.2 Situationsanpassat ledarskap

Vilken ledarstil som är mest effektiv beror på situationen. Enligt fig. 3 bestäms ledarstilen utifrån bedömningen av medarbetarnas förmåga att själva kunna ta ansvar och utföra arbetsuppgifterna (Bruzelius & Skärvad, 2011).



Figur 3. Situationsanpassat ledarskap varierar beroende på gruppens förmåga och vilja att utföra en specifik uppgift (Lindér, 2015b).

Utifrån figur 3 kan fyra grundläggande ledarstilar urskiljas:

1. *Styrande* – Tillämpar sig bäst vid en ny organisation eller grupp. Här är det viktigt att ledaren har hög uppgiftsorientering och ger instruktioner för att styra arbetet framåt.
2. *Tränande* – När medarbetaren efter hand börjar växa in i arbetsrollen börjar den ta mer ansvar. Ledarens uppgift i detta skede är att ge direkta instruktioner om arbetet och finnas som stöd. Vidare måste ledaren förklara beslut och klargöra hur arbetet hänger ihop med andra verksamheter i organisationen.
3. *Stödjande* – Individorienteringen är hög och uppgiftsorienteringen har gradvis minskat. Beslut fattas gemensamt mellan ledaren och de anställda och fokus ligger på samarbete.
4. *Delegerande* – De anställda tar själva ansvar och fattar egna beslut som de även genomför själva. Ledarstilen i denna situation blir delegerande.

3.1.2 Vårdkvalitet och ledarskap

De långa väntetiderna inom vården är en indikation på resursbristen och hur dessa ska kunna användas mer effektivt är en fråga om ledning och styrning. Det är viktigt med ledarskap på alla nivåer inom verksamheten för att se till att rätt prioriteringar görs. Detta för att åstadkomma ett effektivt informationssystem och styrning av resurser (Sveriges Kommuner och Landsting, 2005).

Att ledarskap är den viktigaste faktorn till ett lyckat förändringsarbete är inget nytt men något som inte framgår lika tydligt är vad en ledare egentligen ska göra och vad som förväntas av den. Det är av största vikt att det löper en röd tråd genom hela organisationen, där ledarna på de olika nivåerna drar åt samma håll så en känsla av gemensamma riktlinjer erhålls. Ledarens specifika uppgift är att vara konkret med vad som behöver förbättras och att utveckla ett gemensamt arbetssätt för att nå målen. Arbetssättet måste vara anpassat efter de aktuella förutsättningarna så att gemensamma mål kan uppnås (Sachs & Øvretveit, 2010).

En ledare har som uppgift att skapa engagemang och motivation hos de anställda då det faktiskt är dessa människor som ska genomföra förändringar i organisationen. Klokkt ledarskap leder med andra ord till att förbättringsarbete blir av värde (Sachs & Øvretveit, 2010).

3.1.3 Ledarskap och arbetsmiljö

Sjukvårdssektorn är inget undantag gällande att ledarskapet är av största betydelse för att verksamheten ska fungera väl. Det har också visat sig att ledarskapet inte bara har betydelse för kvalitet och produktivitet utan även för arbetsklimatet och arbetstillfredsställelsen på arbetsplatsen (Molin et.al, 2012). Det finns därför stor drivkraft att utveckla och förbättra ledarskapet, inte minst ur ett ekonomiskt perspektiv (Bergman, 2012).

En psykosocial arbetsmiljö är "de anställdas upplevda arbetsmiljö, det vill säga individernas subjektiva upplevelse av den miljö där individerna verkar" (Lindér, 2015a). Arbetsmiljön påverkas av hur organisationen är formad och med vilka samordningsmekanismer och personligheter som existerar bland personalen. Det finns fem faktorer som visat sig vara av betydelse för upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön:

- *Egen kontroll av arbetet* - Möjligheten att i en viss utsträckning kunna påverka arbetstempot.
- *Positivt arbetsledningsklimat* - Samarbetet mellan över- och underordnad.
- *Stimulans från själva arbetet* - Kunna utvecklas och lära samtidigt som möjligheten att använda sina kunskaper ska givas.

- *God arbetsgemenskap* - Bra gemenskap mellan arbetskollegorna.
- *Optimal arbetsbelastning* - Att arbetsbelastningen är optimal såväl fysiskt som psykiskt.

I ju större utsträckning förhållandet mellan dessa fem faktorer upplevs positivt desto större personlig tillfredsställelse och engagemang och desto mindre stress och frånvaro existerar på arbetsplatsen (Rubenowitz, 2004).

Vidare är feedback något som påverkar alla psykologiska dimensioner. Feedback är när en individ får återkoppling av det arbete som individen utfört med avseende på de faktorer som är uppsatta för ett väl utfört arbete. Att få feedback från den sociala omgivningen så som från chefer leder till ökad kunskap om resultatet av arbete samtidigt som det är en motivationshöjare för personalen (Andersson & Regström, 2006).

3.2 Team

Teamarbete inom vården syftar i första hand till att ge en god och säker vård till patienten. Vidare bidrar teamarbete med en positiv arbetsmiljö och förbättring av prestationer. För att uppnå ett bra teamarbete fodras gemensamma möten, effektiv kommunikation och ett nära samarbete mellan individerna (Bergman, 2012).

Definitionen av begreppet team är "människor som arbetar tillsammans för att nå gemensamma mål" (Lind & Skärvd, 2009). Förutsättningarna för ett team är att det finns någon form av beroendeförhållande eller koppling till de andra medlemmarna som ingår i teamet. Gruppen styrs av en gemensam målbild och integrerande arbetsuppgifter där alla tar ansvar för gruppens prestation och resultat. Ju mer komplex uppgift desto större behov finns det av team på grund att medlemmarna besitter olika kunskaper och kompletterar varandra.

Team har blivit ett verktyg för verksamheter att bli mer kundfokuserade, kvalitets- och serviceorienterade samt mer kostnads- och tidseffektiva (Lind & Skärvd, 2009). För att ett team ska kunna utmärkas som ett högrepresterande team finns det åtta stycken typiska särdrag som utmärker dem:

1. *En tydlig och gemensam målbild* - Alla medlemmar måste vara överens om vad syftet och målet är med uppgiften de står inför.
2. *Gemensamt ansvarstagande* - Ansvar att ta sig till uppsatt mål är lika stort för samtliga medlemmar och de hjälps åt för att nå dit.
3. *Stödjande ledarskap* - En ledare ska stödja gruppens arbete och skapa delaktighet bland gruppmedlemmarna.

4. *Kommunikation* - Tydlig struktur över kommunikationskanalerna där kommunikationen är öppen, ärlig och intensiv
5. *Framtidsinriktning och förändringsvillighet* - Arbetet inom teamet ska vara förebyggande och framtidsänkande.
6. *Goda individuella prestationer* - Om någon i teamet utför arbetet väl ska personen lyftas fram.
7. *Uppgiftsfokusering* - Medlemmarna fokuserar på att lösa uppgifter och ständigt analysera resultatet.
8. *Snabbt agerande* - Kort tid mellan tanke och handling.

3.2.1 Stödande faktorer i omgivningen

När en verksamhet ska organiseras är det av betydelse att ha en gemensam systemsyn och att gruppen måste ingå som en del av verksamheten. För att lyckas uppnå en effektiv grupp krävs det att vissa stödande faktorer finns i omgivningen (Lindér, 2011). Det finns två variabler som är av extra vikt:

1. *Belöningsystem och målställande* - Målnedbrytningen som sker via ledarskapet måste vara relevanta för gruppens mål och resultat. När gruppsmål uppnås ska hela gruppen belönas för utförd prestation. Detta är viktigt för att stärka medlemmarnas motivation till att fortsätta jobba efter gemensamma mål
2. *Utbildningsstöd* - För att kompetensnivån ska upprätthållas och ständigt utvecklas krävs det stöd från organisationen. Möjlighet för utbildning och träningsprogram måste finnas. Detta är speciellt viktigt vid komplexa och inte så standardiserade uppgifter.

3.3 Kommunikation

Kommunikation kan beskrivas som en kontinuerlig process i en organisation och sker både internt och extern mellan individer och grupper (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Ett gott samarbete kräver effektivt informationsutbyte mellan gruppmedlemmar, ledare och anställda. Därför är kommunikationen en avgörande faktor för gott samarbete och med andra ord hur väl organisationen fungerar.

Kommunikationsproblem är dock en vanlig förekomst i organisationer och syftar oftast till bristen på kommunikation mellan ledning och anställda. Det kan till exempel handla om att de anställda upplever att ledningen inte lyssnar eller viktig information angående förändringar inte informeras ut. Detta leder i sin tur till att personer får ta del

av informationen på omvägar och ryktesspridning och osäkerhet skapas i organisationen (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Varje dag utbyts en stor mängd information av olika slag inom sjukvården. Vart som helst i vårdkedjan kan det uppstå brister i kommunikationen men vanligast är mellan de olika vårdenheterna eller inom team. Dålig kommunikation gällande remisshantering kan resultera i fel som leder till fördröjd vård och behandling för patienten (Socialstyrelsen, 2016).

Att sjukvården oftast lider av kommunikations- och samarbetssvårigheter är ett vedertaget problem och förklaringen till detta är att sjukvården beskrivs som fyra olika världar:

- *Community*: Ägare, förvaltare, styrelse
- *Cure*: Läkare
- *Control*: Styrning, chefer, administratörer
- *Care*: Vård, omvårdnad, sjuksköterskor

Denna tydliga indelning mellan de olika funktionerna gör att sjukvården är svår att styra och förändra då ett effektivt samarbete mellan processtegen oftast saknas. Så länge uppdelningen existerar kommer inget fundamentalt att förändras och det finns inget enkelt svar på frågan hur dessa funktioner ska kunna integreras. Dock möjliggör goda kommunikationskanaler mellan de olika nyckelaktörerna samarbeten och överlappning mellan de olika världarna (Jacobsson, 2015).

3.4 Processer och flöden

Processer består av en serie aktiviteter som i sin tur är handlingar som drivs framåt. Genom dessa aktiviteter flödar en produkt eller en kund. Aktiviteterna i sin tur förser flödet med värde. Vid kartläggningen av en process måste samtliga aktiviteter definieras för att få en tydlig bild över hur de integrerar med varandra och vilket värde de tillför flödet. För att processer ska kunna genomföras behövs resurser, både internt och externt (Västra Götalandsregionen, 2016b).

Utgångspunkten vid processkartläggning är kunden, då syftet med processen är att uppnå hög kundtillfredsställelse. Genom kartläggning kan aktiviteter som inte tillför kundvärde identifieras och förbättras, eller till och med elimineras. Inom sjukvården är det vanligt förekommande att återanvända processer, så som vid diagnostik. Därför är det av stort intresse för verksamheten att mäta processer och utvärdera dem. Exempel på mätvärden är väntetid eller behandlingstid.

Vidare kan processen ses som en cykel bestående av fyra delar: planering, genomföring, utvärdering och utveckling. Målet med cykeln är att ständigt förbättra processerna.

Planering och genomföring är de viktigaste delarna då verksamheter får direkt respons från kunderna i dessa steg, men för att vara framgångsrikt på lång sikt måste verksamheten även fokusera på utvärdering och utveckling (Västra Götalandsregionen, 2016b).

3.5 Produktionsstyrning inom sjukvård

Produktionsstyrning innebär planering, kontroll och uppföljning av resursanvändning för att uppnå optimal produktion (Eklund & Palmgren, 2014). Med andra ord är produktionsstyrning ett sätt för företag att påverka framtida resultat utifrån det de redan vet eller kan anta ske. Produktionsstyrning kan ses som en process och en process är som tidigare nämnt fler olika aktiviteter. För att uppnå en effektiv produktionsstyrning med gott resultat behöver företagen följa aktiviteterna nedan:

1. *Definiera uppdrag:* Uppdraget kartläggs och tydliggörs för att förstå dess roll i vårdförloppet. Vilken målgrupp är av intresse, vad önskas uppnås med uppdraget och tillvägagångssättet för lyckat resultat?
2. *Analysera behovet och ta fram en behovsprognos:* Behovet analyseras utifrån historik och statistisk data och en behovsprognos sammanställs. Det är viktigt att vara uppmärksam för avvikelser i data, så som variationer i efterfrågan.
3. *Skapa en produktionsplan:* Utifrån behovsprognosen samt patienter från väntelistan kan en produktionsplan tas fram. För en verksamhet med planerad vård innebär en produktionsplan oftast önskade antalet besök, behandlingar eller operationer under angiven period. Utjämningsprincipen är bäst tillämpad här, vilket innebär att verksamheten undviker stora variationer och har hand om lika många planerade patienter varje vecka exempelvis. Det är dock viktigt att verksamhetens produktionsplan synkar med andra delar av sjukhuset så att flaskhalsar inte uppstår.
4. *Planera resurserna:* Resursplanering leder till att det finns rätt resurser vid rätt tid och plats. Inom begreppet resurser räknas personal så som läkare, sjuksköterskor och undersköterskor samt maskiner och utrustningar.
5. *Anpassa medarbetarnas schema:* Detta steg sammanfaller med förgående. En av de viktigaste resurserna i produktionsstyrning är personalen och därför måste medarbetarnas schema anpassas till den nya produktionsplanen, annars fallerar planeringen.
6. *Daglig styrning:* Produktionsstyrning är komplext med många aspekter att ta hänsyn till, men med rätt verktyg kan den enkelt förmedlas till medarbetarna och driva verksamheten framåt. Det främsta verktygen är daglig styrning som innefattar:
 - a) Daglig produktionsplan
 - b) Daglig uppföljning genom mätning
 - c) Visualisering av resultaten för alla involverade
 - d) Ta upp och hantera avvikelser

3.6 Styrning

I organisationer är det ledningens uppdrag att se till att verksamhetens enheter och anställda genomför sitt arbete för att kunna nå visioner och mål. Detta kan uppnås genom att använda sig av styrning. Som ordet låter handlar det om att kontrollera och följa upp medarbetarnas arbete, men även påverka medarbetarnas beteende och agerande för att uppnå önskade mål och resultat (Bruzelius & Skärvad, 2011).

Styrning är en process med fyra olika steg som måste genomföras. De fyra stegen är målformulering, planering, beslut och kontroll.

- *Målformulering:* Tydligt formulerade mål tas fram. Måste upplevas meningsfulla för organisationen och medarbetarna.
- *Planering:* En plan om hur verksamheten ska uppnå målen tas fram och beslut inför mål och åtgärder förbereds.
- *Beslut:* På alla nivåer inom organisationen fattas beslut som involverar alla aktiviteter för att uppnå målen. Dessa beslut bestämmer organisationens yttre och inre effektivitet.
- *Kontroll:* Via kontrollen avgörs det om organisationen kommer uppnå eller efter en genomförd handling, har uppnått sitt mål eller resultatkrav.

Från det sista steget, kontrollprocessen kan information för utveckling och justering av mål återföras. Detta i syfte att kontrollera verksamheten efter passerad period och via tidigare erfarenheter effektivisera styrningen ytterligare.

Inom styrning finns det olika metoder att tillämpa för att få anställda och enheter att arbeta gentemot måluppfyllelse (Bruzelius & Skärvad, 2011). Val av metod beror på situation och organisation. De metoder som finns är:

- Ömsesidig anpassning
- Direktstyrning
- Standardisering av arbetsprocess
- Standardisering av output
- Standardisering av kunskaper och färdigheter
- Standardisering av normer

3.6.1 Standardiserad arbetsätt

Definitionen för standardiserat arbetsätt är “det just nu bästa dokumenterade arbetsättet ur kvalitets-, effektivitets- och säkerhetssynpunkt” (Olsson, 2015). Standardiserat arbetsätt används idag som ett verktyg för att ständigt utveckla och ta fram det bästa arbetsättet. Dessutom kan avvikelser identifieras och åtgärdas genom förbättringsarbete. Om alla utför samma arbete leder detta ett jämnare resultat för företaget sett ur effektivitet, kvalitet och säkerhet.

Första steget i att uppnå standardiserade arbetsätt är att kartlägga det nuvarande arbetsmomentet och dokumentera i manualer. Manualerna ska innehålla en beskrivning av arbetsmomentet, sekvenser av arbetet samt arbetstiden. På så vis har alla anställda möjlighet att ta del av bestämda instruktioner och därefter arbeta utifrån samma metoder (Liker & Meier, 2006). En stor del av variationer som upptäcks är oftast i grunden orsakade av den mänskliga faktorn, men det är omöjligt att alla utför exakt samma arbete ända in till detaljer. Standardiserat arbete medför att dessa variationer reduceras avsevärt. Det är viktigt att poängtera att standardiserade arbetsätt inte är till för att peka finger, utan enbart i syfte att hitta förbättringspotential i arbetsätt genom att identifiera problem och avvikelser. När avvikelserna upptäcks kan anställda kontrollera manualerna och arbetsgången och utifrån där åtgärda problemet.

Förbättringsarbetet av de standardiserade arbetsätten kommer huvudsakligen från de anställda, då de arbetar direkt med arbetsprocesserna och besitter störst kunskap om metoderna som används. Det är via dem som arbetsmetoderna fulländas samtidigt som möjligheten att påverka sina arbetsuppgifter motiverar anställda att fortsätta med det ständiga förbättringsarbetet.

De standardiserade arbetsätten uppfyller även en funktion ur ett större perspektiv. För att företag ska kunna uppnå sin vision och sina mål behöver dessa brytas ner till mer övergripande steg och slutligen till ett arbetsätt som resulterar och återspeglar det önskade resultatet. Anställda har den avgörande rollen för det ständiga förbättringsarbetet av standardiserade arbetsätt lokalt har ledare och ledningen den avgörande rollen ur ett större perspektiv. Via ledarna förmedlas ledningens mål och med den kunskap som ledarna besitter kan de styra förbättringsarbetet åt rätt håll (Liker & Meier, 2006).

3.6.2 Visuell styrning

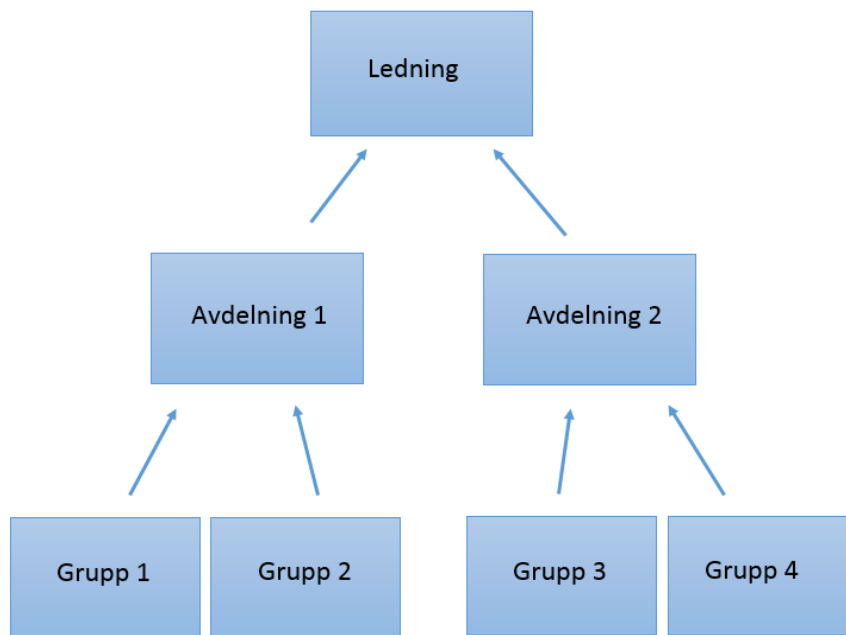
Syftet med visuell styrning är att upptäcka dolda fel i verksamheten. Genom att involvera medarbetarna i planeringen och utnyttja att all information som kommer fram kan problem detekteras innan ett projekt eller handling utförs samt under processen. Visuella styrning är också därför en viktig del i utveckling av standardiserat arbetsätt (Liker & Meier, 2006).

3.6.2.1 Daglig styrning

En stor del av visuell styrning är daglig styrning. Daglig styrning i korthet innebär att dagligen hålla korta möten på alla nivåer inom organisationen för att förmedla produktionsplanen och hantera avvikelser. Första steget är att ta fram en produktionsplan som är nedbruten till dagar. Därefter följs planen upp dagligen genom mätningar från tidigare dagar för att kolla hur läget ser ut. Resultatet ska visualiseras på en tavla för att ge anställda en klar bild över hur verksamheten ser ut. På den dagliga styrningen tas även avvikelser upp och genom att diskutera varför dessa har uppstått kan liknande problem förebyggas (Eklund & Palmgren, 2014). Vidare är daglig styrning ett effektivt kommunikationsverktyg då det tidigt klargörs om personal är sjuka eller maskiner ur bruk och på så vis uppnås högre kapacitetsutnyttjande (Lindlöf, 2014).

Daglig styrning har visat sig vara en av nyckelfaktorerna för att hantera osäkerhet och komplexitet inom produktutvecklande organisationer (Olausson & Berggren, 2010). Resultatet från en tidigare studie visade att daglig styrning ledde till att medarbetarna fick klar bild över förväntningar, jämnare arbetsflöde och det hjälpte vid prioritering av arbetsuppgifter.

I praktiken innebär denna metod att korta möten på ca tio minuter hålls där relevant data är visualiserad på tavlor (Olsson, 2015). Möten hålls först längst ner i organisationen, närmast verkligheten (se fig. 4). Från varje möte förs viktig information vidare och ledningen blir insatta i aktuella problem. Samtidigt som viktig information kommer upp till högsta nivån i organisationen informeras även de andra nivåerna om viktig information från ledningen. Här är ledaren som håller dessa möten då den ska vara motiverande, ha kunskap och kunna hantera problem när de dyker upp.



Figur 4. Förslag på mötestruktur för daglig styrning. Börjar på gruppnivå, därefter avdelningsnivå och slutligen ledningsnivå (Olsson, 2015).

4. Problemformulering och frågeställningen

I detta kapitel beskrivs frågeställningarna som ska undersökas under studiens gång och varför dessa områden är av betydelse att analysera.

En viktig aspekt inom sjukvården är kommunikation och informationsöverföring (Socialstyrelsen, 2016). När dessa två faktorer brister blir framför allt patienten lidande, men även personalen på sjukhuset och sjukvården i allmänhet. Ett mer konkret exempel är när remisser hamnar fel eller journalanteckningar inte fylls i korrekt. Detta leder till fördröjningar av vård och outnyttjade resurser (Socialstyrelsen, 2016).

Bokningsgruppens arbete inom radiologin i NU-sjukvården behöver kartläggas och analyseras. Det behövs en effektiv och tydlig arbetsgång för att säkerställa att patienterna kommer in inom rätt medicinsk prioritet och att det är hög utnyttjandegrad av resurser. Behovet av information, informationsstruktur och informationslogistik är stort just nu men åsidosatt på kliniken.

4.1 Precisering av frågeställning

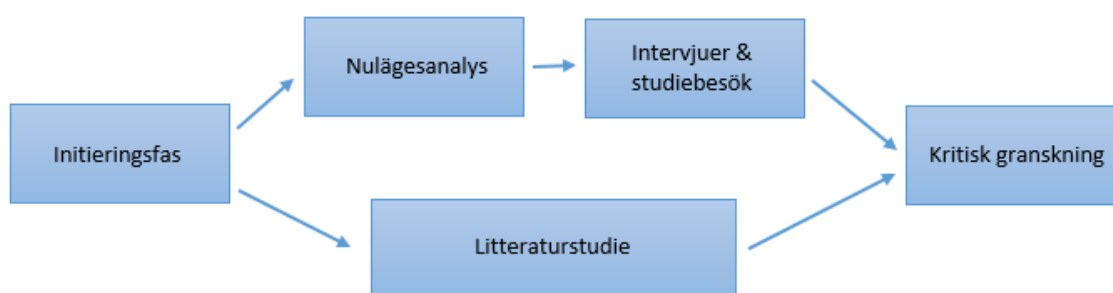
Följande frågeställningar är framtagna utifrån projektets syfte samt relevanta faktorer, utifrån egna observationer, som har inverkan på bokningsprocessen.

- *Hur ser bokningsprocessen ut idag?*
 - Vilka är de främsta arbetsuppgifterna för bokningsgruppen? Finns det "orelevanta" arbetsuppgifter? Detta undersöks för att kartlägga bokningsgruppens arbete samt undersöka möjligheten till förbättringspotential bokningsprocessen.
- *Vart i bokningsprocessen finns det mest förbättringspotential?*
 - Vilka är de huvudsakliga problemen och störningsmomenten för bokningsgruppens arbete och hur kan dessa åtgärdas? Genom att identifiera de största problemen samt förslag på åtgärda dessa, i den möjliga utsträckning som det går, kan en effektivare bokningsprocess uppnås.
- *Hur kan kommunikationsvägarna förbättras?*
 - Hur ser kommunikationsvägarna ut idag mellan bokningsgruppen och patienter respektive berörda parter på sjukhusen? Genom att förbättra kommunikationen och ha tydliga informationskanaler skapas förutsättningarna för en gemensam process som kan förbättras och ständigt utvecklas över tiden.

5. Metod

Följande kapitel kommer redogöra tillvägagångssättet som har använts vid genomförandet av studien samt hur insamling och analys av data har genomförts.

För att kunna besvara studiens frågeställning och ge läsaren en förståelse för hur projektet har utförts, beskrivs nedan arbetsgången och de moment som har innefattats för studiens genomförande. Arbetet genomfördes i fem steg som beskrivs i figur 5:



Figur 5. Arbetsgången för studien.

5.1 Initieringsfasen

I december 2015 kontaktades Marie Lundborg, utvecklingsledare för NU-sjukvården, och kort därefter hölls ett möte i Trollhättan för att diskutera lämpliga projekt som kunde genomföras som examensarbete inom NU-sjukvården. Ett uppslutningsmöte skedde sedan början av januari där det beslutades att examensarbete skulle innefatta en kartläggning och utvärdering av bkningsgruppens arbete på radiologen. Med på mötet var Liselott Engström, enhetschef på bild- och funktionsmedicin, och Anna Lundgren, controller, som även skulle komma att bli vår externa handledare i projektet.

Ytterligare ett möte hölls sedan i början av februari tillsammans med ansvariga för projektet samt handledaren på Chalmers tekniska högskola, Jan Lindér. Under mötet beslutades vilka riktlinjer projektet skulle följa samt syfte och mål. I samband med detta möte på NÄL gjordes även en rundvandring på radiologen och en första introduktion hos bkningsgruppen.

5.2 Nulägesanalys

För att kartlägga bkningsgruppens arbete och skapa systemkännedom ägnades sammanlagt cirka 25 h vid slumpmässigt utvalda tillfällen på NÄL och Uddevalla. Besöken var sporadiskt utspridda över olika tider under arbetsdagen samt olika arbetsveckor. Under

observationstillfällena fördes anteckningar över arbetsmetodiken och kommunikationskanalerna. Som ett komplement till observationerna genomfördes även intervjuer med personalen i bokningsgruppen, i syfte att skapa en fullständig förståelse över deras arbete. Intervjufrågorna följde ingen struktur, utan ställdes när funderingar och oklarheter uppstod beträffande bokningsgruppens arbete. Dessutom ställdes frågor om personalens uppfattning av arbetsmiljön och vad de uppfattade som kritiska arbetsmoment.

I samband med kartläggningen genomfördes även intervjuer med bokningsgruppens två chefer, Anette Kirtzell och Maria Stenmark, samt två läkare. Detta för att öka förståelsen för bokningsprocessen i sin helhet samt få ett annat perspektiv på bokningsgruppens arbete. Därefter kunde projektets problemformulering och frågeställning utvecklas och fastställas.

5.3 Studiebesök

I samband med detta projekt besöktes två sjukhus, Skaraborg sjukhus i Skövde och Frölunda Specialistsjukhus i Göteborg. Detta genomfördes i syfte att få inblick i andra verksamheter inom samma sektor och mer specifikt planeringsverksamheter inom radiologi. Studiebesöken medförde idéer och förslag på förbättringsåtgärder som kan införas för bokningsgruppen.

5.3.1 Skaraborg sjukhus

Skaraborg sjukhus har en väl fungerande bokningsprocess med en liknade bokningsgrupp. Därför genomfördes ett besök under projektets gång för att få en inblick i hur Skaraborg sjukhus arbetar med bokningsprocessen. Arbetet kring bokningsprocessen observerades och en gruppmedlem intervjuades. Under dagen erhöles även en presentation med bland annat Marie Frisell som var med i uppstarten av Skaraborgs bokningsgrupp. Mer ingående beskrevs vilka verktyg som används för att uppnå deras effektiva bokningsprocess samt vikten av kommunikation.

5.3.2 Frölunda specialistsjukhus

Under projektets gång blev tekniska lösningar till bokningsprocessen en aktuell fråga och därav besöktes Frölunda Specialistsjukhus som erbjuder drop-in verksamhet för sina patienter gällande skelett- och lungundersökningar. Ett möte med Anne-Marie Bernesjö, vårdenhetschefen för röntgen hölls för att få information om hur deras drop-in verksamhet funkar som en teknisk lösning för underlätta bokningsprocessen samt tillgodose patienternas behov.

5.4 Litteraturstudie

Teoretiska förkunskaper föreligger för detta projekt från tidigare kurser inom programmet "Ekonomi och produktionsteknik". Relevanta kurser som har legat till grunden är Lean produktion (TEK400), Arbetsorganisation (TEK330) och Integrerad Produktionsorganisation (TEK385).

Det teoretiska underlaget fokuserar främst på organisationslära med de tillhörande faktorerna ledarskap och kommunikation som utgöra viktiga byggstenar i organisationsstrukturen. Litteraturstudien görs i huvudsakliga syfte att öka kunskap och förståelse kring kommunikation och informationsöverföring samt planering inom sjukvården. Resultatet från litteraturstudien ligger som grund för rekommendationer och förbättringsförslag för projektet.

Den teoretiska referensramen är främst hämtad från Chalmers biblioteks sökmotor "Summon" och "Google Scholar" samt databasen "Proquest". Litteratursökningen har givit källor i form av e-böcker, webbkällor, rapporter, artiklar samt tidigare examensarbete. En kritisk granskning av faktainsamlingen har gjorts för att säkerställa att referenser är av vetenskaplig karaktär. Ytterligare litteraturunderlag har givits i form av dokument och sammanställningar från NU-sjukvårdens databas.

5.5 Kritisk granskning av resultat

En diskussion kring detta arbetes validitet kan föras då nästintill obefintliga mätvärden eller statistik av relevans för detta arbete förekommer. Detta försvårar analysen av arbetet då endast observationer och intervjuer ligger som grund för projektet. Orsaken till att statistik har uteblivit är på grund av att NU-sjukvården inte hade relevanta mätningar från föregående perioder för vårt arbete rörande bokningsprocessen.

Den typ av data som nämns ovan hade kunna bidra till en djupare och mer rättvis analys där de egna observationerna hade säkerställts av verklighetsbaserad fakta. Det bör dock tilläggas att även om viss datainsamling hade kunnat genomföras under projektets gång hade det inte givit en rättvis bild av bokningsprocessen, då statistiken bör sträcka sig över ett år.

6. Resultat

I följande kapitel analyseras det empiriska materialet och en kartläggning av bokningsgruppens arbetsgång presenteras. Detta kapitel kommer sedan vara utgångspunkten till förslag på förbättringsåtgärder.

Vid första anblicken över bokningsprocessen kan de huvudsakliga problemen tyckas bero på brist av resurser så som maskiner och personal samt för få tider i tidboken för att kunna boka in patienter. Dessa brister leder till långa kötider som i sin tur skapar en osäkerhet att patienterna kommer in inom rätt medicinsk prioritering

Efter närmare analys av bokningsprocessen och arbetsgången för bokningsgruppen anses orsakerna till bristerna grunda sig i mer grundläggande aspekter så som kommunikation, organisationsstruktur och avsaknaden av standardiserade arbetssätt. I följande kapitel kommer en kartläggning av bokningsgruppens arbete redovisas samt yttre faktorer och deras inverkan på bokningsgruppens arbete.

6.1 Bokningsgruppens arbete

Personalen i bokningsgruppen upplever att deras arbete är stressigt och att de inte hinner med sina arbetsuppgifter. I huvuddrag består deras arbete av att boka in patienter, skicka ut kallelser samt telefonservice. Även om största delen av tiden läggs på att boka in patienter, är arbetsmoment så som att skriva och skicka ut kallelser mer tidskrävande än vad beräknat. Dessutom kräver vissa undersökningar särskilda prover och värden vilket medför att fler papper och kontraster måste skickas med i kallelsen.

Tanken från början var att alla medlemmar i bokningsgruppen skulle kunna boka in för alla modaliteterna. På så vis hade personalen kunnat täcka upp för varandra vid sjukdom och långtidsfrånvaro och därigenom ändå garantera att patienter bokas in inom prioriterad tid. Däremot är inte läget så idag och detta beror delvis på att tid inte givits för utbildning och dels för att det är omfattande kunskapsmässigt att kunna besitta alla modaliteter.

I dagsläget har de olika labben mellan sjukhusen skilda rutiner gällande hur undersökningarna ska genomföras, även fast gemensamma protokoll existerar. De skilda rutinerna beror på vem som genomför undersökningen och att inget standardiserat arbetssätt existerar. Detta i sin tur påverkar bokningsgruppens arbete då de ständigt får göra undantagsfall. Det krävs också att den som bokar har tidigare erfarenhet och känner till vilka rutiner som gäller. Detta har naturligt lett till att uppdelningen av gruppmedlemmarnas ansvarsområde är baserad på vart de har arbetat tidigare och har mest kunskap om.

Tillgängligheten för inbokning av patienter är till stora delar styrt och reglerat av framförhållningen i tidboken. Enligt bokningsgruppen själva hade det optimala framförhållningen varit sex månader. Den korta framförhållningen i dagsläget gör att remisser som ligger i väntelistan inte kan bokas in i samma utsträckning då luckor hela tiden måste lämnas för akuttider, SVF (standardiserad vårdförlopp) och remisser med högre prioritering. Samtidigt hade en längre framförhållning möjliggjort fler preliminära inbokningar av patienter vilket hade lett till reducerade köer i bokningslistorna.

Som tidigare nämnt utgår bokningsgruppens arbete först och främst från att boka in från prio-listan, därefter väntelistan och vid tid över återkallningslistan. När remisserna inte hinner prioriteras kontinuerligt av läkarna skapas en kedjereaktion som resulterar att kötiderna i väntelistan ständigt ökar. Detta resulterar i att bokningsgruppens arbete blir lidande då de måste vänta in att fler remisser blir prioriterade.

6.1.1 Prioritering av remisser

En av de mest avgörande faktorerna för bokningsgruppens arbete är hur och när läkarna prioriterar remisserna. Idag genomförs inga mätningar på hur länge en remiss kan bli liggande utan att prioriteras av läkarna. Dock är målsättningen att alla remisser ska prioriteras inom loppet av tre dagar från att de har blivit registrerade i systemet. Inflödet av remisserna varierar över tiden vilket gör att läkarnas arbetsmängd vid prioritering förändras och stundvis blir väldigt hög. Det finns inte heller bestämda tider när prioriteringarna för de icke-akuta remisserna ska utföras utan detta görs när det finns tid över. I slutändan resulterar det i stora svårigheter i bokningen då det kan finnas patienter bland de oprioriterade som har behov av att få en bokad tid med kort framförhållning. Dessutom blir det problematiskt när en stor mängd oprioriterade remisser tillslut prioriteras och får samma prioriteringstid. Dessa blir svåra att få in i tidboken då det inte finns tillräckligt med tillgängliga tider.

Vidare finns inga gemensamma prioriteringskoder och standardiserad arbetsätt för hur läkarna ska prioritera remisserna. Erfarenhet spelar en avgörande roll vid bedömning och oerfarna läkare har en tendens att sätta kortare prioriteringstid för att vara på den säkra sidan. Detta resulterar också i att många remisser får samma prioriteringstid och behöver bokas in inom samma tidsintervall samtidigt som det finns inte tid för alla och patienter får vänta längre än bedömt.

Utifrån läkarnas perspektiv anses svårigheterna vid prioriteringar av remisser bero på brister i kommunikationen i form av avsaknad information från den ordinarie läkaren. Om läkaren som har skrivit remissen finns i samma hus är det enkelt att dubbelkolla informationen. Däremot om remisserna är från vårdcentraler är det svårt att få kontakt med ansvarig läkare och i slutändan får de själva göra en egen bedömning utifrån den information som finns.

Även om frågeställningarna i remisserna är detsamma är prioriteringsprocessen tidskrävande då alla patienter har olika förutsättningar.

För det akuta flödet sköts prioriteringen kontinuerligt av en ansvarig läkare och detta upplägg fungerar väl. I dagsläget existerar inga bestämda tider när prioriteringar av det elektiva flödet ska utföras utan sker om det finns tid över. Dessutom fördelas arbetet utifrån antalet läkare som är i tjänst. Inflödet av remisser varierar som tidigare nämnt och när inflödet är för stort är det svårt att hinna med att prioritera och reducera kölisten samtidigt som granskningar av undersökningar måste göras.

6.1.2 Inbokning av remisser i tidboken

Vid själva inbokningen av patient är det många aspekter som ska tas i beaktning. Först och främst utgår bokningsgruppen från vilken prioritering läkarna har satt på patienten. Reseavstånd och åldern är också av stor betydelse vid inbokningen. Det finns någorlunda standardiserade tider för de olika undersökningarna. Dock får bokningsgruppen ändå göra en egen uppskattning för undersökningstiden då alla patienter har olika förutsättningar.

I dagsläget anser bokningsgruppen att de måste läsa mellan raderna vid tolkning av remisserna. De måste ofta dubbelkolla informationen med läkare då den är otydlig eller ofullständig. Exempelvis kan det stå angivet i remissen att patienten ska ha kontrast vid undersökningstillfället trots att njurvärdet är för högt eller inte har noterats. I dessa fall måste bokningsgruppen kontakta läkaren för att kontrollera remissen. Dessutom kan inbokningen av patienten fördröjas ytterligare på grund av att den ansvariga läkaren inte är i tjänst och därmed inte går att få tag på. Denna typ av extraarbete är tidskrävande och påverkar både bokningsprocessen och gruppens arbete negativt.

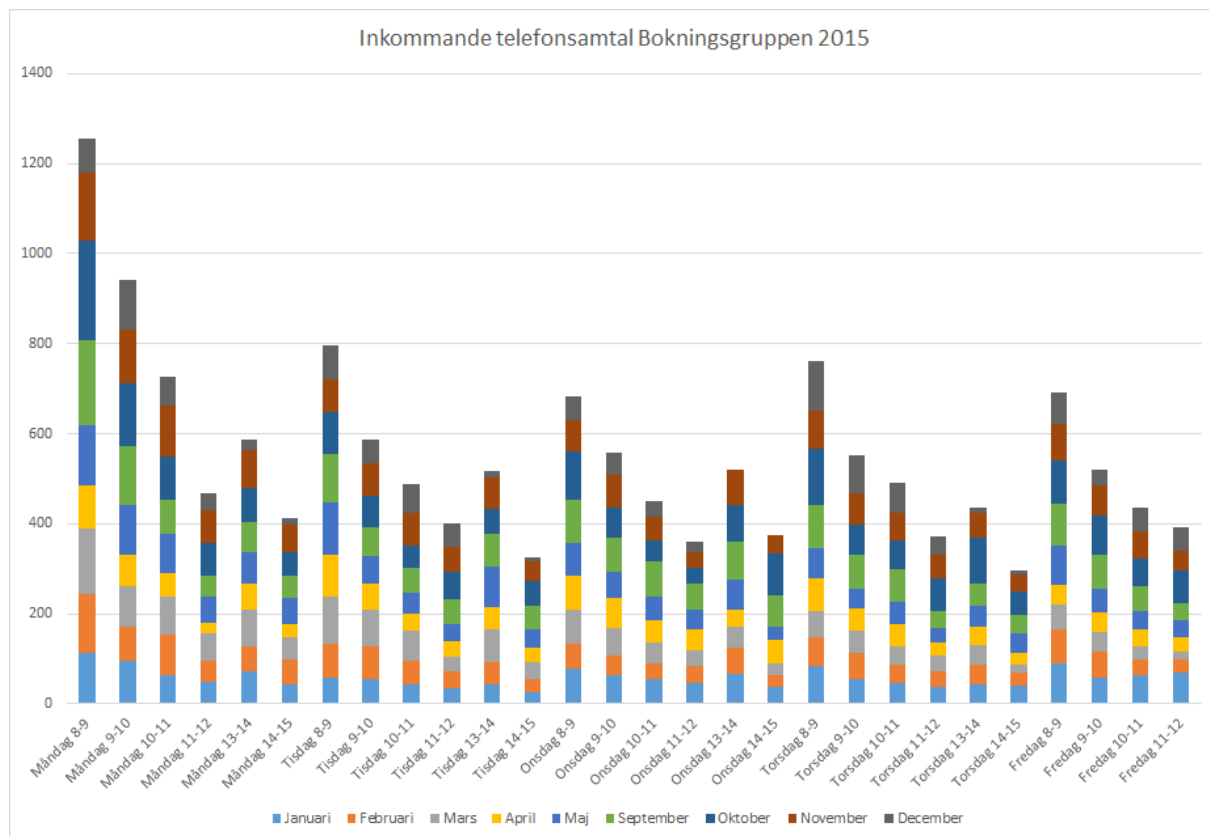
6.1.3 Kallelser

Varje dag skickas en stor mängd kallelser ut till patienter och i dagsläget måste bokningsgruppen skriva ut samtliga kallelser och skicka i kuvert. Under observationerna diskuterades hur kallelser för skelett- och lungor hade kunnat skickas som e-brev och på så sätt minska det administrativa arbetet. Antal kallelser för skelett-och lungundersökningar uppgår till cirka 500-550 stycken per månad. Ett införandet av detta kommer behandlas senare i arbetet.

Kallelserna som skickas ut innehåller mycket information och ibland missar patienterna viktig information så som vilket sjukhus de ska genomföra undersökningen på. För att förtydliga väsentlig information brukar bokningsgruppen själva understryka detta. Patienter som fått sin undersökning belagd under helgtid måste även en extra informationslapp skickas med där det står att det är korrekt att de ska infinna sig på sjukhuset den udda tiden. Detta

arbetsmoment är tidskrävande och det är överlag svårt att kommunicera ut viktig information till patienten så som till exempel att sjukhuset har öppet på helgerna.

6.1.4 Telefonservice



Figur 6. Statistik över inkommande telefonsamtal för bokningsgruppen under 2015

Telefonservicen är en stor del av bokningsgruppens arbete och är det mest stressfyllda arbetsmomentet. Under en vanlig arbetsdag uppskattar bokningsgruppen att antalet inkommande telefonsamtal från patienter uppgår till 70-100 samtal. Som kan urskiljas ur figur 6 ovan så varierar antal telefonsamtal under veckan och är omöjligt att förutse antalet samtal som kommer komma in under dagen. Dock är det känt att belastning är högre i början av veckan samt på förmiddagar. Som mest kan tre stycken patienter stå i telefonkö och programmet i datorn visar hur många som ringer och vem av personalen som är uppkopplad.

Utöver dessa telefonsamtal inkommer samtal från andra avdelningar för att samboka röntgen med till exempel återbesök eller att de undrar över förberedelser. Bokningsgruppen upplever samtal från andra avdelningar som ett störningsmoment i det redan stressiga arbetet.

Samtidigt som personalen ansvarar för att svara i telefon måste de parallellt boka in patienter från bokningslistorna. En vanlig förekommande situation är att personalen håller på att boka in en patient när telefonen ringer och pågående inbokning får avbrytas. Om personalen inte hann boka in patienten innan telefonen ringde måste hela proceduren upprepas.

Själva telefonsystemet anses fungera väl då det kan avläsas hur många patienter som ringer in och hur lång telefonkön är. Efter varje telefonsamtal finns handledningstid för att kunna utföra ändringar i tidboken gällande av- och ombokningar.

Som tidigare nämnt är inbokningar för de olika modaliteterna uppdelade inom gruppen. Detta blir ett hinder när patienter ringer in för att omboka sin tid. Om undersökningen inte faller inom gruppmedlemmens eget område kan tiden endast avbokas och en notering görs vidare till den ansvariga gruppmedlemmen som har kunskap för ombokningen. Detta är inget som hotar patientsäkerheten, dock ett onödigt arbetsmoment.

6.1.5 Avbokningar och luckor i tidboken

Patienter som uteblir från sin tid måste återigen läggas in på väntelistan. När patienten uteblir eller avbokar sin tid för tätt inpå eller inte infinner sig överhuvudtaget, lämnas luckor i schemat som är svåra att täcka igen. På NÄL är detta inget vedertaget problem då sjukhuset huvudsakligen ansvarar för akuta undersökningar och en lucka kan alltid fyllas med akuttider. På Uddevalla sjukhus blir detta däremot problematiskt då de flesta undersökningarna som genomförs är planerade. Att låta ett labb stå outnyttjad resulterar därför i stora kostnader i form av tid och pengar. Idag finns en så kallad kortvarsel-lista där patienter själva anmält sig och angett att de är tillgängliga när som. När en tid avbokas försöker bokningsgruppen få in en ny patient från denna kortvarsel-lista, dock är det ingen garanti för att tiden ska täckas upp. Även det faktum att olika undersökningar tar olika långt tid gör att det kan bli svårt att hitta en patient med liknande undersökningstid som finns tillgängligt i tidboken.

Ett aktuellt problem som uppstått i samband med införandet av SVF är att de låsta tiderna som måste finnas i tidboken inte alltid utnyttjas av ansvariga avdelningar. Som det ser ut idag får bokningsgruppen information sent på eftermiddagen om SVF tiderna kommer fyllas upp dagen därpå. Denna korta framförhållning resulterar i att det näst intill är omöjligt att få in nya patienter dessa tider då bokningsgruppens arbetsdag slutar klockan 16.

6.2 Bokningsgruppen

Sammanläggning mellan NÄL och Uddevalla skedde i syfte att uppnå ett högre resursutnyttjande av personal. Tanken var att skapa förutsättningar av rotation för all personal för att på sikt bilda en kultur och känsla av gemensam klinik med möjligheter att

bibehålla och utveckla ett arbetssätt som gäller för alla. Bokningsgruppen skulle binda sjukhusen samman till en organisation med gemensamt remissflöde och bokningsprocess.

6.2.1 Personal

I dagsläget är det god gemenskap inom bokningsgruppen även om personalen arbetar på olika sjukhus. Arbetsuppgifterna varierar och personalen förfogar mycket ansvar. Arbetsmiljön uppfattas dock av gruppen som stressande och psykiskt påfrestande. Väntelistorna är långa och det finns många patienter som behöver bokas inom rätt medicinsk prioritering.

Den elektiva vården är mer problematisk då många faktorer måste stämma överens för att verksamheten ska kunna bedrivas. Uppfattningen är att bokningsgruppen som sitter på Uddevalla sjukhus har en mer stressfylld arbetsmiljö. Ett exempel är om en undersökning tar längre tid än beräknat. På Uddevalla leder detta till förseningar som påverkar resten av dagen. Efterkommande patienter får vänta och personal måste stressa för att jobba ikapp förseningen. På NÄL däremot går det alltid åtgärda förseningen i schemat med hjälp av akuttider.

Bokningsgruppen är sista steget i bokningsprocessen och problem som uppkommer innan tenderar att skjutas vidare till dem. På grund av detta tar bokningsgruppen på sig mer ansvar utöver deras vanliga arbetsuppgifter då de känner ett stort ansvar för patienterna. Det kan till exempel vara att dubbelkolla att antalet öppna labb stämmer överens med personalstyrkan eller kontakta ansvarig läkare för att samboka undersökningar.

Utifrån ett större perspektiv benämns bokningsgruppen som en grupp i syfte att verka som ett gemensamt team. Det finns ett stort beroendeförhållande då olika gruppmedlemmar bokar in olika undersökningar och där alla tar ansvar för telefonservicen. Utformningen av gruppen har dock förändrats sedan start, idag sker bokningarna för ultraljudet separat med egen telefonservice. Detta då den som ansvarade för ultraljudet inte ansåg att själva idén med bokningsgruppen fungerade och drog sig ur. Det är även svårt att uppnå en känsla av en gemensam grupp då bokningsgruppen har två olika chefer, en på respektive sjukhus.

6.2.2 Ledarskap

Två chefer ansvarar idag för bokningsgruppen och så har situation sett ut sedan start även om tanken från början var att det skulle enbart vara en chef. Detta skapar en rad olika svårigheter och inte minst det oundvikliga att bokningsgruppen verkar som två grupper. Vision om två sjukhus under ett tak blir även svår att uppnå då cheferna sinsemellan inte kommunicerar med varandra och drar åt olika håll.

Vidare är uppfattningen bland personalen att det inte finns något tydligt eller närvarande ledarskap. Cheferna är dåligt insatta i bokningsgruppens arbete och gruppen löser oftast sina egna problem genom att vända sig till ansvarig person ifråga. Gruppen måste oftast fatta snabba beslut och är vana att agera på egen hand. Detta kan skapa osämja mellan personalen och cheferna då beslut fattas utan att båda parter är medvetna eller överens. Resultat blir även att cheferna blir sämre insatta i vilka svårigheter bokningsgruppen ställs inför i deras arbete.

Avsaknaden av närvarande ledarskap leder till dålig kommunikation och informationsöverföring. Ofta får bokningsgruppen höra på omvägar om beslut som ska tas och har fattats. Ännu mer påtagligt blir detta problem då bokningsgruppen sitter på två olika sjukhus.

6.2.3 Kommunikation

Mycket av kommunikationen på radiologin sker idag muntligt. Följden av detta blir utförandet av arbetsuppgifterna varierar och dessutom svårt att bevara viktig kunskap inom verksamheten. På grund av ingen standardiserat arbetssätt kan heller inte ständiga förbättringar av processerna i organisationen genomföras.

Kommunikationen mellan bokningsgruppen och läkare sköts främst via datasystemet som har en funktion med direktmeddelanden. En nackdel med denna funktion är dock att skickade meddelanden inte kan ses i efterhand och alla läkare använder inte sig utav denna funktion. Detta både försvårar och fördröjer arbetet med inbokning av patient när bokningsgruppen först behöver dubbelkolla information i remissen med ansvarig läkare.

En gång i månaden hålls ett APT-möte (Arbets-Plats-Träff) som är gemensamt för samtlig personal på röntgen för NÄL och Uddevalla. Vidare hålls även veckomöten på avdelningarna för respektive sjukhus där information som är aktuellt för stunden tas upp. Sjukvårdspersonal har även möjlighet att komma med åsikter och frågor som rör deras arbete. Även om möjligheten ges är uppfattningen att bokningsgruppen inte tar upp problem eller störningar som är kopplade till deras arbete då fokuset på dessa möten är mer på den övergripande organisationen.

Det är även tänkt att ha så kallade fyrklövermöten en gång i månaden. Under dessa möten ska bokningsprocessen behandlas mer specifikt och det som ska diskuteras är bland annat bokningen, störningar, maskiner/utrustning och kompetensutveckling. Närvarande på mötet ska vara två sektionsledare från varje sjukhus, läkare, sjuksköterskor, bokningspersonal och controller. Dock blir inte dessa möten av i dagsläget då annat prioriteras.

7. Slutsats och rekommendation

I följande kapitel presenteras de slutsatser och förbättringsförslag som framkommit under studiens gång. De empiriska materialet integreras med den teoretiska referensramen.

Syftet med studien var att kartlägga bokningsgruppens arbete och se över förbättringsmöjligheter i bokningsprocessen. Slutsats och rekommendation är baserade på studiens resultat utifrån observationer och den teoretiska referensramen. Efter genomförd kartläggning kan det konstateras att de huvudsakliga problemen som idag påverkar bokningsgruppens arbete negativt är bristande kommunikation, ledarskap och struktur i form av avsaknad av standardiserat arbetssätt. Att jobba för att stärka dessa faktorer kräver tid och engagemang från både ledningen och personalen och kan vid första anblick ses som ett omfattande och tidskrävande arbete. Tekniska lösningar kan därför kännas attraktivt då de ger snabba resultat och är relativt lätt att införa i verksamheten. Vid jämförelse med andra liknande verksamheter är det också till synes lätt att enbart se de tekniska lösningarna som problemåtgärder. Det måste finnas i åtanke att tekniska lösningar inte är svaret på en hållbar lösning. Även om lösningarna tillämpas och ger snabba resultat för stunden så kommer de ändå brista om inte organisationen fungerar i grunden.

7.1 Ledarskap

Under projektets gång har det framkommit att ledarskapet är en faktor med stor förbättringspotential. Den stora arbetsbelastningen leder till en stressig arbetsmiljö bland de anställda samtidigt som en dålig relation med cheferna skapas. Ledarna måste bli mer närvarande och faktiskt gå ut i organisationen, i detta fall till bokningsgruppen och få en bättre inblick i arbetet. Utan en förståelse för själva arbetsprocessen kan inget förbättringsuppgifte genomföras. Det behöver inte handla om långa möten utan snarare korta besök på arbetsplatsen. Denna typ av möten gör att gruppen känner sig sedda och får en chans att ventilerat små problem som annars inte hade yttrats.

Dessa möten skulle också kunna leda också till att cheferna blir bättre insatta och erhåller en ökad förståelse för gruppens arbete. Här är det viktigt att cheferna emellanåt lyfter fram gruppens arbetsinsats så de känner sig uppskattade. Det behöver inte vara kopplat till något belöningssystem utan räcker gott och väl att ibland få beröm och bekräftelse för sin arbetsinsats. Idag är uppfattningen att bokningsgruppen hamnar i skymundan trots att deras arbete har stor betydelse för bokningsprocessen. För att skapa en positiv cykel måste deras arbetsinsats uppmärksammas, vilket kommer leda till en ökad arbetstillfredsställelse och motivation för bokningsgruppen.

Bokningsgruppen är en självstyrande grupp som är vana att fatta snabba beslut på egen hand och vet till vem de ska vända sig om problem uppstår. Ledarskapet som hade passat bäst för bokningsgruppens situation är ett stöttande ledarskap. Bokningsgruppen tar mycket ansvar och vet vilka arbetsuppgifter som ska utföras, här behövs en ledare som bryr sig om sina medarbetares välmående och status. Gruppen behöver inte någon som styr dem och deras arbetsuppgifter då de sköter detta väl själva.

Det stödjande ledarskapet bidrar också med god kommunikation där gemensamma beslut ska fattas i samråd mellan gruppen och ledaren i större frågor. Tydligt och bra kommunikation leder till samarbete som i sin tur resulterar i effektivare processer. Kommunikationsproblem inom en organisation beror oftast på avsaknad kommunikation mellan ledningen och de anställda. I bokningsgruppens är detta fallet då beslut oftast fattas både från bokningsgruppen och cheferna utan att den andra parten involveras. Att sedan få höra om beslut ska införas eller gjorts från annat håll skapar en dålig relation.

Vidare råder stora otydligheter om vem som ansvarar för olika beslut som behöver fattas, uppfattningen av att cheferna och ledningen inte är tillgängliga och ändå inte lyssnar eller kommer ta tag och åtgärda problem/önskemål existerar. På grund av detta tar inte gruppen upp problem med sina chefer vilket resulterar till att ingen förbättring eller ändring sker.

7.2 Kommunikation

Kommunikation är en otroligt viktig del i bokningsgruppen arbete och är även starkt kopplat med ledarskapet. Dessa två grundläggande faktorer måste stärkas om en förbättring i verksamheten ska kunna ske och för att genomloppstiderna för remisserna ska kunna kortas ner. Ett verktyg som både ökar närvaron av ledarskapet och förbättrar kommunikationen samt uppnår en behovsanpassad verksamhet är att veckovis hålla möten.

I mer praktiska termer föreslås att produktionsstyrningsmöten ska genomföras veckovis där bokningsgruppen, läkare, schemaläggare, controller och avdelningschef träffas för att diskutera den kommande veckan, planera resurser efter behovet och ta fram en produktionsplan. Bokningsgruppen har en viktig roll vid dessa möten i och med att de har en uppfattning om antalet lediga tider i tidboken och hur väntelistorna ser ut, vilket underlättar uppskattningen av behovsprognosen. Vidare med siffror från tidigare perioder och information som förmedlas från alla involverade parter kan dessutom beslut tas angående framförhållningen i tidboken och se över möjligheten att öppna upp längre in i framtiden.

Bokningsgruppens arbete är sammankopplat till många andra parter inom radiologin och via veckomöten får alla parter då möjligheten att ventilera sina synpunkter samtidigt som beslut fattas i samråd. Detta kommer även stärka kommunikationen inom organisationen, både mellan ledning och medarbetare och medarbetare sinsemellan.

Vid sidan av veckomöten bör dagliga möten införas på olika nivåer inom radiologin. Den dagliga styrningen syftar till att förmedla produktionsplanen, som är nedbruten till veckor eller dagar samt för att identifiera avvikelser. Produktionsplanen anger exempelvis antalet besök eller undersökningar som ska genomföras under dagen. Vidare diskuteras avvikelserna för att få en förståelse varför de har uppstått och hur de kan förebyggas. Informationen bör visualiseras via tavlor så alla tydligt kan ta del av den. Kortfattat bidrar daglig styrning till att de anställda får en klar bild över förväntningar och information som hjälper till vid prioritering av arbetsuppgifter samt jämnare arbetsflöde över dagen.

7.3 Standardisering

Många aspekter i bokningsgruppens arbete behöver standardiseras för att underlätta bokningsprocessen i sin helhet. Bokningsgruppen utgår ifrån informationen som anges i remissen vid inbokning av patient, men informationen varierar beroende på hur den ansvariga läkaren har antecknat. Detta gäller både från remisser inom samma sjukhus och från vårdcentraler. För att underlätta det första steget i bokningsprocessen är förslaget att remisserna har en standardiserad mall där nödvändig information måste registreras för att remissen ska kunna skickas vidare till NU-sjukvården. Detta är en aspekt som involverar fler parter än bokningsgruppen och till synes omfattande arbete, men en viktig del som skulle behöva lösas.

Nästa steg i bokningsprocessen är att boka in patienten. Labben har olika rutiner och det förekommer undantagsfall utifrån vilken personal som är i tjänst. Det finns befintliga undersökningsprotokoll men då variationer uppstår tyder detta på att arbetsmetoderna behöver förbättras. Ett förbättringsarbete är nödvändigt för att identifiera bästa arbetsmetoden, eliminera avvikelser samt involvera personalen. Genom standardiserade arbetssätt ute på labben får bokningsgruppen lättare att boka in patienter. Dessutom möjliggör en standardisering att gruppledammarna kan boka in på andra modaliteter än sitt eget huvudområde.

En aspekt som påverkar bokningsgruppens arbete men inte involverar själva gruppen är prioritering av remisserna som utförs av läkarna. Prioriteringen av remisserna utförs när det finns tid över. Förslagsvis är att införa bestämda tider när detta arbetsmoment ska utföras så variationen inte blir så stor. Ytterligare ett förslag för att underlätta prioritering är att läkarna inför standardiserad mall vid prioritering. Det finns givetvis patienter som hamnar utanför dessa mallar, men en standardisering borde per automatik innebära att arbetet vid prioriteringarna går smidigare och underlättar läkarnas arbetsmängd vid högre tryck samtidigt som patienternas säkerhet inte riskeras. Särskilt för läkare med mindre erfarenhet som har tendens att prioritera fel. Vidare bör det tilläggas att även läkarna anser att det förekommer remisser med ofullständig information för rätt bedömning.

7.4 Tekniska lösningar

7.4.1 Telefonservice

Tanken från början var att alla gruppmedlemmar skulle kunna boka in på alla modaliteter fast ändå med ett huvudområde. Detta fungerar dock inte i praktiken på grund av att tid för utbildning inte givits samt avsaknaden av standardiserat arbetssätt gör det svårt att hålla reda på alla oskrivna regler som gäller. Som nämnts tidigare har gruppmedlemmarna därför varit tvungna att lämna över en ombokning om det var utanför deras område till ansvarig. Ett förslag som hade underlättat telefonservicen samt gynnat patientservicen är en knappvalsfunktion när patienten ringer bokningsgruppen. Då hade patienten direkt välja typ av undersökning samt ärendet med samtalet. Detta hade sparat både tid och arbete för bokningsgruppen samtidigt som patienten får snabbare service.

Vidare hade också denna tekniska lösning möjliggjort att andra sekreterare hade kunnat hjälpa till och underlätta belastningen för telefonservicen de dagar trycket är högt. De hade kunnat besvara samtal så som allmän rådgivning och avbokningar i systemet.

7.4.2 E-brev

Bokningsgruppens arbete utgörs till större delen av administrativt arbete varav skriva ut och skicka kallelser är en stor del. Andra avdelningar så som mammografin och klinfys som verkar inom samma verksamhet som radiologen använder e-brev för att underlätta det administrativa arbetet. Ett förslag som kom upp under projektets gång var då att inför detta som en lösning för att underlätta bokningsgruppens arbetsmängd. Många undersökningar kräver bland annat att kontraster som måste skickas med i kallelsen. Dock krävs inte detta för skelett- och lungundersökningar och därav är dessa kallelser lämpliga att skicka ut som e-remisser till patienterna. E-brev är en tjänst som kan köpas in från företaget PostNord och ju större kvantiteter som skickas desto billigare blir priset. I dagsläget använder mammografin och klinfys denna tjänst separat. Förslaget är att införa detta på radiologin och att samarbeta med de andra klinikerna så priserna kan reduceras.

7.4.3 Drop in – verksamhet

Drop in verksamhet riktar sig till undersökningar där ingen förberedelse krävs. Vidare underlättar denna lösning själva bokningsprocessen då inga kallelser behöver skickas ut. Förslaget är att införa drop in på Uddevalla sjukhus under helgerna. Att införa drop in passar ett elektivt sjukhus där det inte finns något akut flöde som stör och labben kan utnyttjas med högre belägningsgrad. Det riskerar inte heller att outnyttjade tider uppstår i schemat på grund av att patienter inte dyker upp då det finns patienter i väntrummet. En problematik med drop in är att inflödet av patienter kan variera och kan därför uppfattas svårt att

tillgodose behovet med rätt mängd resurser. Detta kan dock kringås genom produktionsstyrning där resurserna anpassas efter behovsprognos.

7.5 Slutsats

Efter kartläggning av bokningsgruppens arbete kan sammanfattningsvis följande slutsatser dras:

- Bokningsgruppen gör ett bra arbete och sköter sina arbetsuppgifter väl utifrån det förutsättningar de har. Att ha en gemensam bokningsgrupp tror vi är den bästa lösningen för bokningsprocessen utifrån fördelning av resurser.
- Många problem som uppstår för bokningsgruppen är på grund av utomstående faktorer som påverkar deras arbete.
- Ledarskapssituationen med två chefer är ohållbart och måste åtgärdas. Ett fungerande ledarskap med endast en ledare kommer resultera i effektivare kommunikation och starkare samarbete mellan berörda parter i bokningsprocessen.
- Standardiserat arbetssätt bör införas för att underlätta bokningsgruppens arbete samt säkerställa hög vårdkvalitet för patienterna. Bokningsgruppen ska inte behöva läsa mellan raderna och göra egna uppskattningar baserat på tidigare erfarenheter för att boka in en patient.
- Tid för utbildning måste ges så gruppmedlemmarna kan få övergripande kunskap om inbokning av de andra modaliteterna så alla kan sköta enklare inbokningar och täcka upp vid sjukdom.

8. Fortsatta studier

I detta kapitel diskuteras förslag på framtida studier med utgångspunkt från den genomförda studien av bokningsgruppens arbete inom NU-sjukvården.

Syftet med denna rapport var att utvärdera bokningsgruppens arbete och vid analys av resultat framkom det tydligt att deras arbete och därmed bokningsprocessen är beroende av många andra externa faktorer. Exempelvis tillgängligheten i tidboken eller läkarnas prioritering av remisserna. Bokningsgruppen är bara en del av bokningsprocessen.

Att få effektivare arbetsflöde och därmed säkerställa att patienterna bokas in inom rätt medicinskt prioritering handlar mer om att integrera alla berörda parter runt bokningsprocessen med varandra. Bokningsgruppens arbete kan ses som en aktivitet av många i bokningsprocessen och att förbättra enbart en aktivitet kommer inte förbättra processen i sin helhet.

Förslaget för fortsatta studier är att istället fokusera på remissens flöde genom bokningsprocessen. På så vis kan alla flaskhalsar identifieras, variationer elimineras och på så vis uppnå mer värdeskapande aktiviteter för patienten. Med andra ord hade en sådan studie lett till snabbare genomloppstid av remisser och högre resursutnyttjande.

Avslutningsvis behövs mer mätdata föras gällande själva bokningsprocessen. Både för det dagliga arbete och för framtida studier.

9. Referenser

9.1 Böcker

Andersson, S & Regström, M. (2006). *Faktorer som påverkar inlärning i ett komplext monteringsystem*, Kompendium - Integrerad produktionsorganisation. Göteborg: Operations Management, Chalmers Tekniska Högskola

Bruzelius, L. H., & Skärvad, P.-H. (2011). *Integrerad organisationslära*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Liker, J. K., & Meier, D. (2006). *The Toyota Way - Fieldbook*. United States of America: The McGraw-Hill Companies.

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

Lindér, J. (2011). *Team som organisationsform*. Kompendium - Integrerad produktionsorganisation. Göteborg: Operations Management, Chalmers Tekniska Högskola

Rubenowitz, R. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap*, s. 97-107. Kompendium - Integrerad produktionsorganisation. Göteborg: Operations Management, Chalmers Tekniska Högskola

9.2 Rapporter

Björnberg, A. (2016). *Euro Health Consumer Index 2015*. Stockholm: Health Consumer Powerhouse Ltd.

Eklund, F. & Palmgren, M. (2014) *Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård*. Stockholm. Sveriges Kommuner och Landsting & RKA

Lindlöf, L. (2014). *Visual Management – on Communication in Product Development Organizations*. Göteborg: Department of Technology Management and Economics - Chalmers University of Technology.

Olausson, D. & Berggren, C. (2010). *Managing uncertain, complex product development in high-tech firms: in search of controlled flexibility*. R&D Management.

9.3 Webbkällor

Ackerby, S, Bylund, J, Emriksdotter, B, Johansson, P, Legerius, B, Hjortsberg Sandgren, Å, Tjernström, J & Wallin, G (2005) *Hälso- och sjukvården till 2030 - Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*. Stockholm. Sveriges Kommuner och Landsting. http://nordic-ictfore.vtt.fi/materiaali/ruotsi/hlso_och_sjukvrden_till_2030.pdf (2016-03-07)

Bergman, D & von Thiele Schwarz, U. (2012) *Ledarskap och teamkompetens i hälso- och sjukvården*. Forum för Health Policy. http://www.healthpolicy.se/index.php/download_file/view/153/147/ (2016-03-17)

Björnberg, A & Hjertqvist, J. (2015). *Kötiderna sänker svensk sjukvård*. Svenska dagbladet, 27 januari. <http://www.svd.se/kotiderna-sanker-svensk-sjukvard/om/debatt> (2016-04-15)

Molin, J, Åkerström, L, Baraldi, S & Hansen, N. (2012) *Kompetensflykt i sjukvården: En fråga om ledarskap eller medarbetartrivsel?* Arbetsmarknad & Arbetsliv, årg 18, nr 3. <http://kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:614545/FULLTEXT01.pdf> (2016-05-20)

Sachs, M.A. & Øvretveit, J. (2010) *Med klokt ledarskap kan förbättringsarbete bli värdeskapande*. Läkartidningen, 16 mars. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=13977> (2016-04-10)

Socialstyrelsen (2016) *Informationsöverföring och kommunikation* <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation> (2016-03-28)

Socialstyrelsen (2016) *Säker kommunikation i vården* <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/sakerkommunikation> (2016-04-25)

Sveriges Kommuner och Landsting (2016) *Vårdgarantin*. <http://www.vantetider.se/sv/veta-mer/vardgaranti/> (2016-03-27)

Västra Götalandsregionen (2016a) *Så här styrs NU-sjukvården*. <http://www.nusjukvarden.se/sv/NU-sjukvarden/Om-nusjukvarden/Sa-har-styrs-NU-sjukvarden/> (2016-04-13)

Västra Götalandsregionen (2016b) *Vad kännetecknar en process*. <http://www.vgregion.se/upload/regionkanslierna/cvu/kap4.pdf> (2016-04-26)

9.4 Övriga referenser

Jacobsson, Torbjörn (2015). *Organisation inom sjukvården*, föreläsning i "Integrerad Produktionsorganisation" (TEK385) på Chalmers Tekniska Högskola, 2015-11-09

Lindér, Jan (2015a). *Feedback betydelsefullt för alla psykologiska dimensionerna*, föreläsning i "Integrerad Produktionsorganisation" (TEK385) på Chalmers Tekniska Högskola, 2015-11-10

Lindér, Jan (2015b). *Ledarskap*, föreläsning i "Integrerad Produktionsorganisation" (TEK385) på Chalmers Tekniska Högskola, 2015-11-25

Olsson, Peter (2015). *5S, Standardiserat arbetssätt, Visuellt styrning, Daglig styrning*, föreläsning i "Lean Produktion" (TEK400) på Chalmers Tekniska Högskola, 2015-09-16

10. Bilagor

10.1 Bilaga 1

