

CHALMERS



En studie för att korta kötiderna på barn- och ungdomspsykiatrin med läkarresursen i fokus

A Study of the Physician Resource to Reduce Waiting Times at the Child and Adolescent Psychiatry in Gothenburg

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

Sofie Aggestam
Jonatan Aronsson
Nicole Ascard
Emelie Fredrikson
Christopher Lenning
Erik Rosell-Ågård

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation
Avdelningen för Supply and Operations Management
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2017
Kandidatarbete TEKX04-17-24

Förord

Denna kandidatuppsats är den avslutande examinationen av en kandidatexamen inom Industriell Ekonomi. Rapporten är resultatet av en studie som pågått på Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) i Göteborg under våren 2017. Uppsatsen är skriven vid avdelningen Supply and Operations Management på Institutionen för Teknikens Ekonomi och Organisation på Chalmers tekniska högskola. Under studiens gång har arbetets handledare varit Mats Johansson, professor i Logistik och Supply Chain Management. Ett stort tack riktas till Mats som har bidragit med stor akademisk kompetens och synpunkter på studiens tillvägagångssätt och rapportstruktur under hela våren. Vi vill även rikta ett tack till Per Medbo som med kort varsel hade möjligheten att rycka in som ersättare under projektets sista vecka och erbjuda värdefull handledning.

Vi vill även rikta ett stort tack till chefsöverläkare Suzanne Ågård, verksamhetsutvecklare Madeleine Eriksson och verksamhetschef Marie Carlsson som under studiens gång har varit våra kontaktpersoner på BUP. Vi upplever att vi haft bra kontakt och att ni varit väldigt hjälpsamma med att assistera oss med information och faktagranskning. Till personal på BUP som ställt upp på intervjuer vill vi också säga tack, utan er hade inte detta arbete varit möjligt. Er förmåga att på ett öppet och ärligt sätt dela med er av eran syn på verksamheten har varit en förutsättning för kvaliteten i rapportens resultat, tack!

Avslutningsvis vill vi också rikta ett stort tack till övriga gruppmedlemmar för ett engagemang och bidragande med olika kompetenser!

Sofie Aggestam, Jonatan Aronsson, Nicole Ascard, Emelie Fredrikson, Christopher Lenning och Erik Rosell-Ågård

Göteborg
2017-05-11

Sammandrag

Svensk hälso- och sjukvård har idag stora problem med långa kötider och att patienter får vänta längre än vad som anses acceptabelt enligt lag. Denna studie har utförts på Barn- och Ungdomspsykiatrins (BUP) öppenvårdsmottagningar inom Göteborg där även dem lider av långa kötider. Efter samtal med kontaktpersoner på BUP och i samråd med studiens handledare formulerades studiens syfte till:

Syftet med studien är att bidra till att BUP ska kunna korta kötiderna för patienter.

BUP upplever stora externa påtryckningar att minska köerna, samtidigt som de har svårigheter kring att rekrytera och behålla personal med rätt kompetens. Detta är fallet gällande främst läkarresursen, som också en central resurs för att patientflödet ska kunna flyta på smidigt då det är läkaren som är medicinskt ansvarig för patienterna. Därför är läkarbristen en stor bidragande orsak till de långa kötiderna. Därför formuleras frågeställningar som berör läkarresursen och hur denna kan användas på ett smartare sätt. Frågeställningarna är uppdelade i tre delar, en som behandlar nuläget, en som berör problemområden och en som behandlar möjliga förbättringsförslag och deras effekter.

Metodansatsen som använts för denna studie är abduktiv, vilket innebär att det varit en iterativ arbetsgång sett till litteraturstudier, datainsamling och analys. Detta arbetssätt har resulterat i att det teoretiska ramverkets utformning förändrats under studiens gång, för att matcha områden som identifierats under datainsamlingen. Materialet som finns i det teoretiska ramverket är det teoretiska underlag som krävs för att följa och förstå problemområdena och lösningarnas potential. Datainsamlingsmetoderna som använts är primärt intervjuer, vilka har kompletterats med mindre observationer, en enkätstudie, möten med kontaktpersoner på BUP och registerdata.

Kartläggningen av nuläget handlade framförallt om att kartlägga läkarresursens arbetstid. För att få en så tillförlitlig bild som möjligt intervjuades även andra yrkesprofessioner som på ett eller annat sätt kommer i kontakt med läkarna. Utifrån nulägesbilden har observationer jämförts med teori inom områdena informationskvalitet, önskade variationer, kapacitetsbehov och arbetsmiljö. Detta har lett till att ett flertal problemområden har kunnat identifieras. Utifrån att problemområdena jämfördes med lämplig teori kunde flera förbättringsförslag utformas. Förbättringsförslagen som tagits fram berör områdena informationskvalitet, standardisering, kapacitetsplanering, centralisering och arbetsmiljö. Förbättringsförslagen har delats in i tre olika typer av effekter, ökad läkartillgänglighet, snabbare patientflöde, samt lägre personalomsättning, vilka alla bidrar till att korta kötiderna.

Abstract

The Swedish healthcare system is currently struggling with long waiting times which make patients waiting times longer than what is acceptable according to Swedish law. This study has been conducted at the *child and adolescent psychiatry (BUP)* clinics in Gothenburg, which are also suffering from long waiting queues. After discussion with contact persons at BUP and the study's supervisor, the purpose of the study was phrased to the following:

The purpose of this study is to help BUP reduce the waiting time for their patients.

BUP is experiencing high external pressure to reduce waiting times. At the same time, they are having difficulties in recruiting and keeping personnel with the right set of skills. This is primarily the case regarding the physician resource, which is central for the patient flow to run smoothly since the physicians are ultimately responsible for the patients. Consequently the lack of physicians is a big reason for the long queues. Hence, this study's research questions were formulated with regards to the physician resource and how this resource could be used in a smarter way. The research questions are divided into three parts; the first part is regarding the present situation, the second about problematic areas and a final part that contains improvement proposals and the effects they could bring.

The methodology that has been used in this study is inductive which means that the working procedure has been iterative regarding literature studies, collecting data and analysis. The iterative procedure resulted in a continuous change in literature during the study to match identified problem areas during the data collection periods. The material in the presented literature is the theoretical support that is necessary to understand problematic areas and the potential of the solutions. The methods used for collecting data are first and foremost through interviews, which has been backed up with observations, surveys, statistics from BUP and meetings with BUP's management.

Collecting data about the present situation was primarily focused towards mapping out the physician resource. In order to receive a trustworthy picture of the present situation, other professionals that worked with the physicians were also interviewed. Observations from the present situation was compared with the literature within the following areas: information quality, unwanted variation, capacity requirements and working environment. Afterwards several problematic areas could be identified which were compared to appropriate literature. This enabled several improvement proposals with great potential to take form.

All presented improvement proposals each affect one or more of the following areas: information quality, standardization, capacity planning, centralization and working environment. The identified suggestions has been categorized into three effects, increased physician availability, faster patient flow and lower personnel turnover. All of which contribute to reducing the waiting time.

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
1.1 SYFTE	2
1.2 PROBLEMBESKRIVNING	2
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR	5
1.4 OMFATTNING OCH AVGRÄNSNINGAR	6
1.5 RAPPORTENS DISPOSITION	6
2 TEORETISKT RAMVERK	9
2.1 SLÖSERIER	9
2.2 INFORMATIONSKVALITET	10
2.3 VARIATION.....	11
2.4 KAPACITETSBEHOV.....	11
2.5 VISUALISERING	11
2.5.1 <i>Visual management</i>	12
2.5.2 <i>Whiteboard management</i>	12
2.5.3 <i>Tvärfunktionella team</i>	12
2.6 STANDARDISERING	13
2.7 KAPACITETSPLANERING	13
2.8 CENTRALISERING	14
2.9 ARBETSMILJÖ.....	14
2.9.1 <i>Social hållbarhet</i>	15
2.9.2 <i>Psykosocial arbetsmiljö och KASAM</i>	15
2.9.3 <i>Arbetsmiljö inom sjukvård</i>	16
2.9.4 <i>Introduktion på ny arbetsplats</i>	17
2.9.5 <i>Ledarskap</i>	17
2.10 SLUTLIG MODELL	18
3 METOD	19
3.1 STUDIENS UPPLÄGG	19
3.2 LITTERATURSÖKNING TILL TEORETISKT RAMVERK	21
3.3 DATAINSAMLING	21
3.3.1 <i>Möten</i>	22
3.3.2 <i>Observation av VPM</i>	22
3.3.3 <i>Intervjuer och fältstudie</i>	22
3.3.3.1 Val av intervjumetod.....	22
3.3.3.2 Intervjumallar.....	23
3.3.3.3 Tillvägagångssätt	24
3.3.3.4 Intervjuobjekt.....	25
3.3.4 <i>Enkäter</i>	25
3.3.5 <i>Registerdata</i>	26
3.4 ANALYS.....	26
3.4.1 <i>Kartläggning av patientflöde</i>	26
3.4.2 <i>Kartläggning av nuläge</i>	27
3.4.3 <i>Problemanalys och framtagning av förbättringsförslag</i>	27
3.5 METODKRITIK	28
3.5.1 <i>Intervjuer</i>	28

3.5.2 Enkäter	29
3.6 VALIDITET OCH RELIABILITET	29
4 BESKRIVNING AV NULÄGE	31
4.1 PATIENTFLÖDET	31
4.2 LÄKARNAS ARBETSUPPGIFTER	32
4.2.1 Typer av läkare och schemalagda uppgifter	32
4.2.2 Administrativt arbete	33
4.3 KOMMUNIKATIONSKANALER	34
4.3.1 Kommunikation mellan läkare och patienter	34
4.3.2 Kommunikation mellan läkare och övriga professioner	34
4.4 ARBETSMILJÖ	35
4.4.1 Meningsfullhet	35
4.4.2 Begriplighet	35
4.4.3 Hanterbarhet	37
5 PROBLEMANALYS	41
5.1 BRISTANDE INFORMATIONSKVALITET	41
5.1.1 Kommunikation mellan läkare och patienter	41
5.1.2 Brister i kommunikation mellan läkare och övriga professioner	41
5.1.2.1 Bevakningarnas funktion är bristfällig	41
5.1.2.2 Bristfällig kommunikation leder till omarbete och osäkerhet	42
5.1.3 Kommunikation inom organisationen	42
5.2 VARIATION	43
5.2.1 Patientinflöde	43
5.2.2 Remisser och intyg	43
5.3 KAPACITETSBEHOV	44
5.3.1 Obalans mellan efterfråga och kapacitet	44
5.3.2 Läkarnas arbetsuppgifter	44
5.3.3 Koordinering mellan professioner	44
5.3.4 Vårdplaneringsmöten	45
5.4 BRISTANDE ARBETSMILJÖ	45
5.4.1 Bristfällig introduktion	45
5.4.2 Brister i arbetsledningsklimatet	46
5.4.2.1 Ingen återkoppling	46
5.4.2.2 Överblick och delaktighet saknas	46
5.4.2.3 Arbetsmiljöansvar	46
5.4.3 Inget socialt stöd	47
5.4.4 För få handledningar	47
5.4.5 Hög arbetsbelastning	47
5.4.6 Okunskap i bemötande	47
5.5 SAMMANSTÄLLNING AV IDENTIFIERADE PROBLEMOMRÅDEN	48
6. FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAG	49
6.1 FÖRBÄTTRAD INFORMATIONSKVALITET	49
6.1.1 Utökat användande av Mina vårdkontakter	49
6.1.2 Införande av nytt system	50
6.1.3. Införande av SMS-påminnelse	51

6.1.4 Utökad tillämpning av visual och whiteboard management.....	51
6.1.5 Utökade tvärfunktionella team.....	52
6.1.6 Kortare, men mer frekventa, vårdplaneringsmöten.....	53
6.2 STANDARDISERING.....	53
6.2.1 Standardiserade mallar för intyg.....	53
6.2.2 Standardiserade mallar och checklistor för remisser.....	54
6.2.3 Standardiserade och skriftliga arbetsinstruktioner.....	54
6.2.4 Rutiner vid introduktion.....	54
6.2.5 Rutiner för inbokning av läkartid till fördjupad utredning.....	55
6.2.6 Standardisering av schemat.....	55
6.3 KAPACITETSPLANERING.....	55
6.3.1 Anpassade patientmöten.....	55
6.3.2 Omfördelning av arbetsuppgifter.....	56
6.4 CENTRALISERING.....	56
6.4.1 Centralisera dagsjouren.....	57
6.5 FÖRBÄTTRAD ARBETSMILJÖ.....	57
6.5.1 Ledarskapets inverkan på arbetsmiljön.....	57
6.5.2 Fler möjligheter till återhämtning exempelvis genom socialt stöd.....	58
6.5.3 Ökade möjligheter till utbildning.....	59
6.5.4 Personliga sekreterare.....	59
6.6 SAMMANSTÄLLNING AV FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAGEN.....	59
7 DISKUSSION.....	63
7.1 METODENS LÄMPLIGHET.....	63
7.1.1 Läkarresursen som fokusområde.....	63
7.1.2 Frågeställningarnas relevans.....	63
7.1.3 Alternativa datainsamlingsmetoder.....	64
7.1.4 Valet av den abduktiva metodansatsen.....	65
7.1.5 Det teoretiska ramverkets utformning och innehåll.....	65
7.2 PROBLEMENS GENERALITET.....	66
7.3 FÖRBÄTTRINGSFÖRSLAGEN PÅ KORT, MEDEL OCH LÅNG SIKT.....	67
7.4 EFFEKTER AV STUDIENS SYFTE.....	69
7.4.1 Förbättrad social hållbarhet.....	69
7.4.2 Reducerade slöserier.....	70
7.5 ALLMÄN DISKUSSION OCH VIDARE STUDIER.....	70
8 SLUTSATSER.....	73
LITTERATURFÖRTECKNING.....	75
APPENDIX 1: STATISTIK FRÅN BUP GÄLLANDE INKOMMANDE REMISSER.....	I
APPENDIX 2: STATISTIK FRÅN BUP GÄLLANDE UPPRÄTTHÅLLANDE VÅRDGARANTI.....	III
APPENDIX 3: INTERVJUMALL FÖR LÄKARE.....	VII
APPENDIX 4: INTERVJUMALL FÖR ENHETSCHEFER.....	IX
APPENDIX 5: INTERVJUMALL FÖR ÖVRIGA PROFESSIONER.....	XI

APPENDIX 6: ENKÄT TILL PATIENTER	XIII
APPENDIX 7: RESULTAT AV ENKÄTUNDERSÖKNINGEN	XV

1 Inledning

Denna rapport är resultatet av ett kandidatarbete utfört på öppenvårdsmottagningarna på Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Göteborg. BUP är en del av Sahlgrenska universitetssjukhuset som erbjuder specialiserad vård till barn och unga under 18 år som lider av psykisk ohälsa. BUP i Göteborg är idag decentraliserad med fem öppenvårdsmottagningar och en mottagning för slutenvård. Öppenvårdsmottagningarna är lokaliserade i Frölunda, Gamlestaden, Hisingen, Kungshöjd, samt i Södra Bohuslän. I nedanstående delkapitel presenteras *Syfte*, *Problembeskrivning*, *Frågeställningar*, *Avgränsningar* och *Rapportens disposition*.

Vårdkrisen är ett begrepp som ofta förekommer i svensk media. För att påvisa begreppets frekventa förekomst kan artiklar i tidningen Dagens Medicin nämnas. Tidningen har en webbplats där de samlar alla publicerade artiklar om platsbrist, resursbrist och kompetensbrist inom vården. Dagens Medicin (2017) skriver att vårdkrisen primärt beror på resursbrist som resulterat i brist på vårdplatser. På samma sätt har även SVT Nyheter (2017) samlat alla artiklar om vårdkrisen på en och samma webbplats. Artiklar som i dagsläget (2017-04-22) ligger på förstasidan på denna webbplats är exempelvis *Sahlgrenska ställer in 100 operationer* och *Nytt larm om överbeläggningar*.

Kötider inom vården är ett annat ständigt återkommande och hett debatterat ämne i media. Wan och Wang (2017) konstaterar att väntetider inom vården är ett globalt förekommande problem, oberoende av landets ekonomiska resurser. Författarna menar att det finns utrymme att förbättra välfärden i landet genom att korta ner patienternas väntetider och därmed korta tiden för deras alternativkostnad. Det visar att köer inom sjukvården är ett problem för samhället då det kostar mycket pengar men har stor potential att bli mycket mindre kostsamt genom att bearbeta problemet. I en debattartikel, publicerad i Dagens Nyheter (Widegren, 2016), menar skribenten att "Väntetiderna inom svensk hälso- och sjukvård är Europas längsta". Vidare förklarar skribenten att väntetiderna i den svenska sjukvården varierar kraftigt. I ledartikeln *Vårdköerna dödar* betonar Nordlund (2017) riskerna som uppstår vid väntetider. Ledaren beskriver fall som Lex-Maria-anmälts och Nordlund konstaterar att "En patient i månaden dör på grund av platsbristen på svenska sjukhus". Utifrån dessa artiklar kan kötidernas förödande konsekvenser för patienter konstateras oacceptabla och det är av stor vikt att komma till bukt med köerna i den svenska sjukvården.

Folkhälsomyndigheten (2016) har rapporterat att andelen barn och unga med psykiska och somatiska besvär har ökat under de senaste 30 åren. Detta, kombinerat med den ökade befolkningens mängden och den ökade medvetenheten i samhället om psykisk vård, ökar antalet personer som söker vård för psykiska besvär. BUP klarar inte av att tillfredsställa den konstant växande efterfrågan och det bildas långa köer. Det bekräftas av det stadigt ökade inflödet av remisser till BUP under de senaste åren (se appendix 1). Samtidigt som BUPs vårdköer ökar upplever de dessutom svårigheter med att rekrytera rätt kompetenser, framförallt med avseende på specialistläkare.

Widegren (2016) beskriver att de stora och alltjämt växande köerna gör det svårt för mottagningar att hålla de angivna vårdgarantierna. I hälso- och sjukvårdslagen (SFS:

1982:763) är det bestämt att patienter har rätt till specifika vårdkontakter inom givna tidsfrister. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2017) har uppfyllnadsgraden av vårdgarantin för specialiserad vård haft en negativ utveckling sedan 2013.

Vårdgarantin som BUP måste förhålla sig till är uppdelad i två olika delar, där båda delarna har en tidsfrist på 30 dagar. Antalet dagar för BUPs vårdgaranti är satt förhållandevis lågt, jämfört med exempelvis annan specialiserad vård där vårdgarantin är 90 dagar. Det är resultatet av en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, efter en satsning för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2012). Enligt registerdata från BUP framgår det att de två vårdgarantierna endast uppfylls i 56,5% respektive 65% av fallen (se appendix 2), vilket visar på att många patienter inte får vård inom den tidsram de har rätt till.

En effekt av de dåligt uppfyllda vårdgarantierna är enligt BUPs ledning¹ att patientens tillstånd riskerar att förändras under patientens väntetid. Ett förändrat patienttillstånd kan innebära att den inplanerade vården inte längre är den som anses lämplig, således behöver patienten bedömas vid ett extra nybesök som resulterar i onödigt extraarbete. För att upprätthålla en fungerande och välmående miljö för alla involverade måste vårdköerna minska, både för att hjälpa barn och ungdomar i tid men även för att skapa en mer trivsamt arbetsmiljö för de anställda.

1.1 Syfte

Det kan alltså konstateras att väntetider i vården och vårdköer är ett hett debatterat ämne och ett centralt problem inom den svenska hälso- och sjukvården generellt. Något som visar på den negativa utvecklingen är uppfyllnadsgraden av vårdgarantin sett till specialiserad vård de senaste åren. För BUP så kan det också konstateras att antalet remisser ökat de senaste åren. Detta har lett fram till att det idag finns stora brister sett i form av att det idag är lång kö till att få vård. Om kön inte blir kortare utan fortsätter att växa kan detta få stora konsekvenser för framförallt patienter som drabbas, men också för anhöriga och inte minst anställda. Utifrån denna bakgrund där vikten av kortare vårdköer och att vårdgarantin upprätthålls poängteras, har följande syfte formulerats:

Syftet med studien är att bidra till att BUP ska kunna korta kötiderna för patienter.

1.2 Problembeskrivning

Studiens syfte är brett till sin natur och därför krävs det att studien fokuseras kring ett område som kan konstateras bidra till syftet. I detta avsnitt kommer det fokusområdet avgränsas till läkarresursen. Avsnittet kommer behandla de knappa resurser och rekryteringssvårigheter som BUP idag upplever, samt konstatera läkarens centrala roll i verksamheten och därigenom läkarens relevans som fokusområde.

Som nämndes i inledningen kan långa kötider inom vården få förödande konsekvenser för patienter och i värsta fall kosta patienten livet. De långa kötiderna påverkar alla inblandade, inklusive personal som arbetar på BUP. I en intervju i P4 Göteborg (2017)

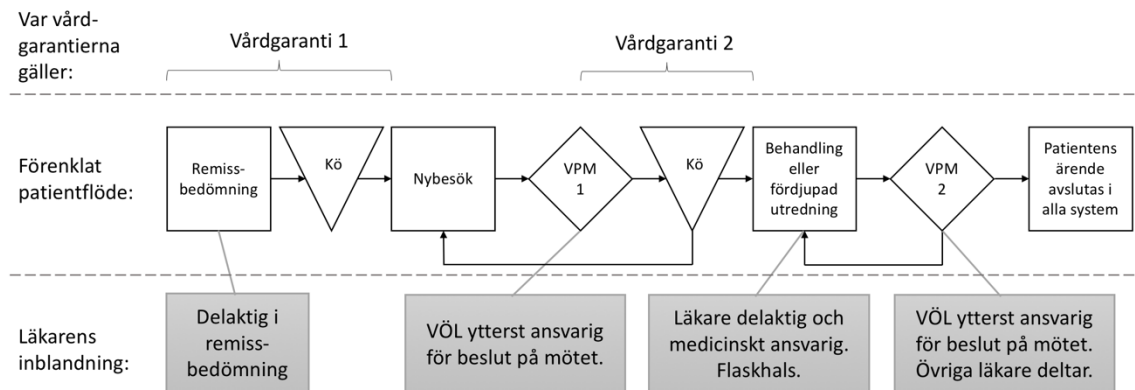
¹ Ledning (Barn- och ungdomspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuade av författarna den 27 februari 2017.

förklaras hur BUPs långa kötider påverkar hela familjer och att patienter hamnar efter i skolan. De långa köerna kostar samhället mycket pengar och är ett problem där det framförallt är barn som blir lidande. Behovet av den vård som BUP erbjuder ökar, samtidigt som utbudet av personal är begränsat. Den personal som är på plats arbetar aktivt för att försöka hjälpa de som väntar i kön men upplever en uppgivenhet då kötiderna ständigt växer. Resursbristen gör det svårt för BUP att hantera de långa kötiderna och situationen försvåras ytterligare av rekryteringssvårigheter.

Enligt information från BUP så har de svårigheter med att rekrytera specialist- och utbildningsläkare vilket, i takt med att antalet remisser ökat, har lett till att verksamheten har brist på läkare med rätt kompetens. Ledningen² finner det också svårt att behålla personal då många byter vårdinstans till exempelvis primärvården eller vidareutbildar sig. Enligt Modig och Åhlström (2014), kan processer där det uppstår köer eller där genomflödet begränsas vara en flaskhals. Flaskhalsar kännetecknas antingen av att det uppstår en kö framför aktiviteten, eller att aktiviteterna efter flaskhalsen får vänta på flödet vilket bidrar till längre genomloppstider. Bristen på läkare med rätt kompetens upplevs av BUP begränsa flödet och skapa väntetider för patienter och ses därför som en flaskhals i systemet. Negativa effekter av läkarbristen upplevs av BUP vara kvalitetsbristkostnader, väntetid för patient och brister i patientsäkerhet. Läkare är den profession på BUP som har det yttersta medicinska ansvaret för patienten, vilket medför att läkare är involverade i flertalet processer i patientflödet. Läkares delaktighet i patientflödet visas nedan i figur 1.

Inledningsvis är läkaren med och beslutar om vilka remisser som är aktuella för BUP att acceptera. Vidare i patientflödet så förekommer det att läkare tar nybesök, men detta är väldigt sällan, varför det valts att uteslutas från figuren. På vårdplaneringsmöte ett (VPM 1) fattas alla beslut gällande patienters vårdplaner. De slutliga besluten på mötet fattas av mottagningens vårdenhetsöverläkare (VÖL). Vad gäller behandling eller fördjupad utredning så är läkarna delaktiga vid vissa möten, samt som medicinskt ansvariga. Slutligen är det också VÖL som är ytterst ansvarig för alla beslut som fattas på vårdplaneringsmöte två (VPM 2), där också övriga läkare och professioner på mottagningen medverkar. Utöver läkares arbetsuppgifter som är direkt kopplade till patientflödet så förekommer en hel del administrativt arbete före och under alla delar av läkarnas inblandning.

² Ledning (Barn- och ungdomspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuade av författarna den 23 januari 2017.



Figur 1 Ett förenklat patientflöde där läkarnas delaktighet är utmarkerat.

Det faktum att läkare upplevs vara en flaskhals som begränsar flödet, men som ändå har huvudansvaret för patienterna, gör läkare till en nyckelfaktor för att underlätta patienternas genomflöde. För att hantera flaskhalsar och snabba upp flöden är det enligt Breen (2002) av stor vikt att se över aktiviteterna flaskhalsen utgör och utforma en strategi för omkringliggande processer. Läkarresursen har därför en stor inverkan på kötiderna och kan således konstateras som ett relevant fokusområde för denna studie.

Frigörandet av resurser är en viktig del för att skapa bättre möjligheter att korta vårdköerna. Om läkarnas arbete genomförs korrekt från början kan omarbete minimeras och därmed kan resurser frigöras och öka läkarnas tillgänglighet. Ytterligare ett sätt att uppnå ökad läkartillgänglighet är att identifiera uppgifter som inte är yrkesspecifika för läkaren och som någon annan profession skulle kunna genomföra för att frigöra läkartid. Med ökad läkartillgänglighet menas alltså läkarens frigjorda tid, det vill säga tid som tidigare upptagits av arbetsuppgifter som läkaren inte nödvändigtvis måste genomföra. Ökar läkartillgängligheten ges möjligheten för läkarna att behandla fler patienter än tidigare och fokusera mer av sin arbetstid på de delarna i processen som idag begränsar patientflödet. På så sätt ger en ökad läkartillgänglighet ett bidrag till att korta kötiderna för patienterna.

För att BUP ska kunna bemöta den rådande läkarbristen och de konstaterade rekryteringssvårigheterna, och genom detta snabba upp patientflödet, är det centralt att komma till bukt med den höga personalomsättningen. Rubenowitz (2004) menar att en otillfredsställande arbetsmiljö kan föra med sig problem i form av att personal säger upp sig eller byter jobb vilket medför att företaget riskerar att förlora bra medarbetare. En viktig faktor för att minska personalomsättningen är enligt Rubenowitz (2004) en förbättrad arbetsmiljö. En lägre personalomsättning innebär att det inte är lika många som slutar arbeta på BUP, vilket motverkar den rådande läkarbristen och resulterar i att behovet av nyrekryteringar inte blir lika stort. Då skulle patientflödet kunna snabbas upp och kötiderna minska. Därför är det viktigt att undersöka hur förbättringar i arbetsmiljön kan minska personalomsättningen.

I bakgrund från inledningen och problembeskrivningen finns det både ett samhällsligt intresse och ett akademiskt intresse av att fördjupa sig inom köproblemet i sjukvården. Då läkarresursen upplevs vara en flaskhals på BUP, i och med att läkarna ofta är väldigt centrala i patienters väg till att bli friska, så är läkarna en intressant faktor att studera.

Därför kommer denna studie omfattas av ett fokus på läkarresursen och dess kringliggande processer och miljöer, då dessa anses vara betydande för att minska kötiderna.

1.3 Frågeställningar

I detta avsnitt kommer studiens syfte brytas ner till tre frågeställningar som rapportens resultatdel ämnar att besvara.

Då frigörandet av läkarresurser kan bidra till att korta ned kötiderna kommer studien fokusera på faktorer och arbetsmoment som påverkar läkarresurserna. För att förstå vilka förbättringar som kan frigöra läkarresurser krävs en kartläggning av hur nuläget ser ut för läkarresursen och hur läkarna använder sin arbetstid. Därför koncentreras fråga 1 kring nuläget:

1 Hur ser läkarens arbete ut i dagsläget och hur är arbetssituationen ?

För att kunna förstå vad läkaren har för funktion i verksamheten och vad arbetsuppgifterna fyller för syfte så krävs en förståelse av patientflödet. Därför är en kartläggning av patientflödet av intresse för studien, och med det i åtanke har fråga 1.a formulerats:

1.a Hur ser BUPs patientflöde ut?

För att tydliggöra den första frågan ställs nedan fyra delfrågor. Genom att fokusera på de moment som kan ge störst förändring och resultera i att frigöra mest tid för läkarna, undviks att lägga tid åt sysslor som bara ger en marginell förbättring. Det är därför av stor vikt att undersöka, genom delfråga 1.b, vilka arbetsuppgifter läkarna utför idag och hur tidskrävande dessa är:

1.b Vilka huvudsakliga arbetsuppgifter upptar läkarnas tid?

Genom att undersöka hur mycket arbetet bromsas på grund av sekventiella beroenden, eller av väntan på professionsenlig information (exempelvis medicinerings), så kan förbättringsförslag utformas för att frigöra tid för både läkare och andra professioner. Ifall det finns onödigt arbete gömt, som exempelvis dubbelarbete, som gör att behandlingen tar längre tid kan det åtgärdas och bidra till en reducerad kötid. Därför syftar delfråga 1.c till att undersöka hur samarbetet mellan läkare och andra professioner utförs:

1.c Vid vilka arbetsmoment arbetar läkaren tillsammans med andra professioner och hur sker kommunikationen anställda emellan?

För att minimera administrativt arbete som idag, enligt BUPs ledning³ tar mycket tid för läkarna, bör kommunikationen mellan läkare och patient undersökas. Om exempelvis en patient inte kommer på utsatt tid skapas merarbete i form av flera moment och resurser

³ Ledning (Barn- och ungdomspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuade av författarna den 23 januari 2017.

för att ta reda på var patienten är, vad som har hänt, samt ombokning av mötet. I den här studien avser delfråga c inte dialogen när läkare träffar patient och behandlas/utvärderas, utan istället innan och efter besöken. Delfråga 1.d mynnar således ut i:

1.d Vilka kommunikationskanaler finns mellan läkare och patient och hur fungerar denna kommunikation i dagsläget?

Personalomsättningen på BUP är hög och det är svårt att rekrytera och behålla personal på mottagningarna. Ny personal är oftast inte lika effektiva eller duktiga på arbetsuppgifterna som personal med erfarenhet. Personalen tenderar också att ha en högre produktivitet och jobba bättre om deras arbetsmiljö är tillfredsställande (Rubenowitz, 2004). Därför undersöks arbetsmiljön på arbetsplatsen för att se hur den påverkar personalomsättningen och vilka förbättringsområden som finns, vilket formulerar delfråga e:

1.e Hur är den rådande arbetsmiljön för läkarna på BUP?

Nästa steg är att undersöka inom vilka områden det finns utrymme för förändringar och vilka områden som har potential att förbättras. Detta för att kunna hitta problem som påverkar patienternas kötid. Således formuleras den andra frågeställningen kring vad det finns för problem idag till:

2 Vilka problemområden kan identifieras i läkarnas arbetsuppgifter och den rådande arbetssituationen?

Identifiering av problemen i fråga 2 leder till att fråga 3 syftar till att hitta lämpliga förbättringsförslag. Förbättringsförslag till de identifierade problemen ska frigöra tid för läkarresursen så läkartillgängligheten kan öka och skapa potential att minska kötiden för patienterna. Fråga 3 utfaller därför till:

3 Vad finns det för konkreta förbättringsåtgärder, sett till läkarnas arbetssituation, som kan bidra till att minska kötiderna?

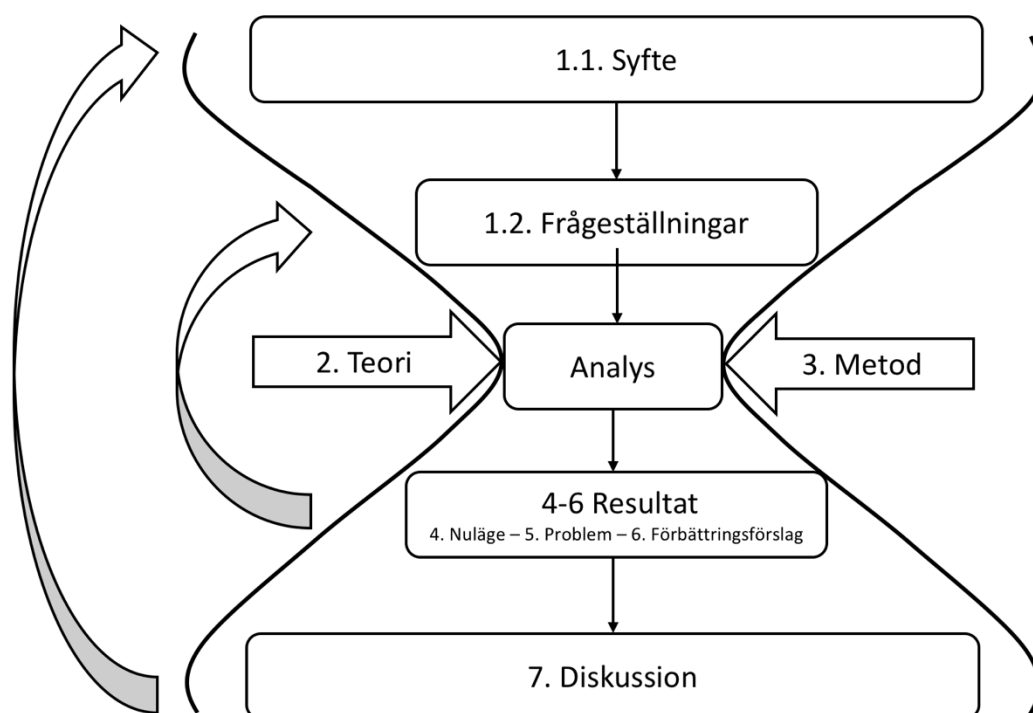
1.4 Omfattning och avgränsningar

Arbetet har avgränsats till att fokusera på läkarnas roll i processen. Detta eftersom läkarna är en kritisk resurs i processen och därför en bidragande orsak till de långa väntetiderna. Vidare kommer studien bedrivas på öppenvårdsmottagningarna på BUP där det framförallt förekommer planerad vård, men även jour och akutvård. Inom ramen för detta arbete behandlas BUPs befintliga resurser och hur de kan utnyttjas på ett bättre sätt för att hjälpa fler personer. Slutligen kommer detta arbete resultera i möjliga åtgärder samt diskussion av dessa. Framställning av en genomförandeplan för implementation ingår inte i detta projekt.

1.5 Rapportens disposition

Rapportens innehåll är fördelat på åtta olika kapitel med rubrikerna: 1. Inledning, 2. Teoretiskt Ramverk, 3. Metod, 4. Beskrivning av nuläge, 5. Problemanalys, 6.

Förbättringsförslag, 7. Diskussion samt 8. Slutsatser. I figur 2 presenteras en schematisk bild av denna rapports struktur.



Figur 2 Metodmodellen för studiens upplägg. Timglasformen visar på bredden av fokusområde i de olika delarna där syfte och diskussion är ämnade att ha ett relativt stort scope jämfört med frågeställningar och resultat. De böjda pilarna visa på att resultatet besvarar frågeställningarna, medan diskussionen knyter an till syftet. De metoder som finns presenterade i metodavsnittet har analyserats i kombination med den teori som finns presenterad i det teoretiska ramverket. Det är genom denna analys har resultatet framtagits. Siffrorna som står är för att representera vilket kapitel som berör respektive del.

Inledningen börjar med att presentera en allmän problembild kring vårdköer i den svenska sjukvården, för att därefter fokuseras kring den växande kösituationen på BUP i Göteborg. Inledningen mynnar ut i rapportens syfte. Syftet är brett till sin natur, då många faktorer påverkar syftet medan problembeskrivningen som följer ämnar att smalna av till ett fokusområde. I problembeskrivningen konstateras läkarnas betydelse i vårdprocessen för BUPs verksamhet, och därefter formuleras tre frågeställningar gällande läkarnas arbetsrutiner, potentiella problem gällande läkarresursen samt förbättringsförslag till problemen.

För att kunna svara på frågeställningarna som formulerades i inledningen presenteras i kapitel 2 *Teoretisk ramverk* relevant teori som krävs för att kunna besvara frågorna i frågeställningen. De teoriområden som berörs är: *Slöserier, Informationskvalitet, Variation, Kapacitetsbehov, Visualisering, Standardisering, Kapacitetsplanering, Centralisering* och *Arbetsmiljö*. Kapitlet resulterar i en teoretisk modell, vilken har legat till grund för datainsamlingen. I kapitel 3 presenteras vilka metoder som använts under studiens gång. I kapitel 3 behandlas litteratursökning, datainsamling, analys av insamlad data och avslutas med evaluering av de metoder som använts.

De delar som presenterats i teori- och metodavsnittet nyttjas för att analysera den data som samlats in vilket genererar rapportens resultat. Resultatdelen är uppdelad i tre kapitel (*Beskrivning av nuläge, Problemanalys och förbättringsförslag*) där respektive kapitel besvarar en frågeställning. Mer specifikt besvarar kapitel 4. *Beskrivning av nuläge* den första frågeställningen som berör just kartläggning av nuläget. Kapitel 5. *Problemanalys* besvarar den andra frågeställningen och kapitel 6. *Förbättringsförslag* besvarar den tredje och sista frågeställningen.

Därefter följer kapitel 7. *Diskussion* som kopplar resultatet till arbetets syfte; bidra till att korta kötider. I detta kapitel diskuteras studiens resultat, förbättringsförslagens genomförbarhet och hur de kan implementeras på antingen lång eller kort sikt. Vidare diskuteras även resultatets generalitet. Rapporten avslutas med slutsatser från diskussionen och råd om fortsatta studier.

2 Teoretiskt ramverk

För att möjliggöra svar på frågeställningarna krävs att empiriskt inhämtad data analyseras med stöd från teori. Detta kapitel är ämnat att presentera den teori som krävs för att läsaren ska kunna följa och förstå problemens och förbättringsförslagets konsekvenser, potential och relevans. Kapitlet är även till för att förstå vilken data som krävs för att besvara studiens frågeställningar samt vilka potentiella problem- och förbättringsområden som finns för BUPs verksamhet och vilka verktyg som kan vara viktiga vid reducering av köer. De teoretiska dimensioner som kommer behandlas i detta kapitel är *Slöserier*, *Informationskvalitet*, *Variation*, *Kapacitetsbehov*, *Visualisering*, *Standardisering*, *Kapacitetsplanering*, *Centralisering* och *Arbetsmiljö*. Ramverket mynnar ut i en modell som inkluderar dessa dimensioner och visar hur de hänger ihop och hur de kan påverka läkarresursen för att möjliggöra kortare kötider.

2.1 Slöserier

I detta avsnitt kommer begreppet slöserier definieras. Vidare kommer begreppen värde och kund definieras och sättas i sitt sammanhang. Slutligen kommer olika huvudtyper av slöserier att presenteras.

Sörqvist (2013) definierar slöserier som ”det som varken tillför värde eller är nödvändigt på något annat sätt”. Värdeadderande aktiviteter skulle i BUPs fall vara att läkarna utför kliniska bedömningar i större utsträckning samt utföra nödvändiga moment som endast läkare kan göra. Målet bör alltid vara att eliminera eller reducera slöserier (t.ex. Sörqvist 2013, Shingo 1984). Inom denna rapport är det Sörqvists (2013) definition som kommer åsyftas när begreppet slöserier används då det passar till att beskriva slöserier för läkarresursen.

Värdet definieras utifrån kundens behov och vad denne önskar få ut av processen (Modig och Åhlström, 2014; Liker, 2009). Bergman och Klefsjö (2010, s. 29) definierar kunden som ”De som vi som organisation vill skapa värde för kallar vi kunder”. Denna definition är den som kommer användas i denna rapport. Det är också viktigt att uppmärksamma att BUP enligt definitionen har flera olika kunder. Patienten är således en kund för BUP, men det är också föräldrar, anställda på BUP och samhället i stort. Att någon aktivitet eller process ger ett kundvärde kommer i denna rapport likställas med att det finns ett kundbehov för aktiviteten.

Inom ramen för slöserier beskrivs ofta åtta olika huvudtyper. Dessa benämns som Ohnos 7+1 slöserier och är de som listas nedan (Liker, 2009; Sörqvist, 2013):

1. Överproduktion
2. Väntan
3. Lager
4. Felarbete och omarbete
5. Överarbete
6. Rörelser
7. Transporter
8. Outnyttjad kreativitet

Även om dessa åtta slöserier ursprungligen är utvecklade för att analysera industriarbete är de även aktuella för servicebranscher som vårdsektorn. I BUPs fall kan exempelvis omarbete, överproduktion och väntan finnas närvarande som slöserier i deras arbete. Genom att identifiera slöserier kopplat till läkarens arbetsuppgifter så kan läkarens tid frigöras och användas för att svara på frågeställning 2 och 3 kopplade till problemområden och förbättringsförslag. Den frigjorda tiden kan, i enlighet med argumentationen i avsnitt 1.2 *Problembeskrivning*, användas till att i större utsträckning träffa patienter och kan på så sätt i förlängningen bidra till syftet; att korta ner kötiderna.

2.2 Informationskvalitet

För att förbättra kommunikationen på BUPs mottagningar mellan kollegor och mot patienter är det viktigt att ha fungerande informations- och kommunikationskanaler. I och med att samarbete behövs kollegor emellan gynnas även arbetsgången av hög informationskvalitet. Detta har anknytning till delfrågorna i frågeställning 1, angående läkarnas arbetssituation. Inledningsvis i detta avsnitt tydliggörs informationskvalitet som teoriområde för studien. Begreppet kvalitet definieras och utifrån detta beskrivs fenomenet informationskvalitet mer ingående. Slutligen lyfts ett antal vanliga kommunikationskanaler fram, såsom exempelvis telefonsamtal.

Kvalitet är ett begrepp som definieras på olika sätt av olika personer. Bergman och Klefsjö (2010, s. 26) har i sin bok lyft flera olika definitioner och sedan presenterat en egen: "Kvaliteten på en produkt är dess förmåga att tillfredsställa, och helst överträffa, kundernas behov och förväntningar". En naturlig fråga, kopplat till den valda definitionen av kvalitet, är vad kundernas behov och förväntningar innebär. Svaret på detta är inte entydigt då kvalitet kan finnas på olika nivåer. Produkten som kommer diskuteras i detta avsnitt består av information. Gustavsson (2005) skriver att kvalitet på information kan bedömas utifrån olika dimensioner, där de som lyfts som exempel är huruvida informationen är korrekt, finns tillgänglig i tid, att den inte behöver omarbetas när den blir tillgänglig och slutligen att informationen är, för uppgiften sett, presenterad på ett lämpligt sätt. Vidare skriver Gustavsson (2005) att ett informationsgap kan skapa osäkerheter som försämrar resursutnyttjande och leveransförmåga.

För att hålla en god nivå på BUPs externa informationskvalitet krävs det att den är i enlighet med patienternas och föräldrarnas behov och krav. Det är viktigt att den interna kommunikationen håller rätt nivå av informationskvalitet för att BUP ska ha en fungerande verksamhet utan misskommunikation där informationen går förlorad. En för låg nivå kan ge upphov till merarbete av olika slag, såsom dubbel- eller omarbeten. Bristande informationskvalitet kan alltså resultera i slöserier.

Telefonsamtal är idag ett av de vanligare sätten att ta kontakt med sjukvården. Även om telefonsamtal är en förhållandevis lättillgänglig kommunikationskanal med möjlighet till snabba informationsutbyten används det även ibland när det inte behövs. I BUPs fall kan det vara så att telefonsamtal är nödvändigt vid en utvärdering men inte lika nödvändigt vid exempelvis receptförnyelse. Telefonsamtal är en kommunikationskanal som tar fupp tid och binder resurser i ett företag (Korn 2012). Wong et al. (2010) beskriver i deras artikel *Here's My Phone Number, Don't Call Me: Physician Accessibility in the Cell Phone and E-mail Era* hur viktigt det är att kunna erbjuda telefonsamtal till sina patienter, men också att erbjuda andra kommunikationskanaler

som exempelvis email eller via en internetportal. På det sättet behålls informationskvaliteten när det behövs men mer tid än nödvändigt läggs inte ner på informationsfyllda, tidskrävande kanaler.

2.3 Variation

Modig och Åhlström (2014) förklarar att variationer är ett vanligt förekommande problem inom vården som kan leda till slöserier. Exempelvis kan ärenden ta olika lång tid beroende på typ av behandling, eller att yttre faktorer påverkar så att patienten kommer sent. Därför är det av stor vikt för BUP att undersöka vilka variationer som påverkar patientflödet samt hur de kan minimeras, vilket kommer behandlas i detta avsnitt.

Silvester et al. (2004) belyser behovet av att skapa en förståelse för orsakerna till variation i systemet för att förbättra genomflödet av patienter. Det är också viktigt att skapa en förståelse för hur olika flöden påverkar varandra, till exempel flödet för de patienter på BUP som behandlas och flödet för de som utreds, för att snabba upp patientflödet. Genom att identifiera patienter med behov av liknande utrednings- och behandlingsprocess kan patientflödet separeras på lämpliga ställen och skapa möjligheter till att kontrollera variationen. Kötiden för patienter kan också minska om hänsyn till variationen tas vid fördelning och koordinering av personal. En minimering av variationer i informationsgrad kan minska slöserier i form av omarbeten som uppstår vid exempelvis inkommande remisser.

2.4 Kapacitetsbehov

I detta avsnitt presenteras vad kapacitetsbehov i vården innebär, hur begränsade resurser kan ge upphov till en flaskhals, samt hur flaskhalsar i processer kan hanteras.

Kapacitetsbehov i vården har länge setts som antalet patientplatser som behövs på sjukhuset. Rechel et al. (2010) förklarar istället kapacitet i vården ur ett patientcentrerat perspektiv där fokus bör finnas på de processer eller resurser som begränsar patientflödet, istället för antalet tillgängliga patientplatser. Modig och Åhlström (2014) förklarar att begränsande processer kan vara en flaskhals ifall det uppstår en kö framför processen eller om aktiviteter efter processen får vänta på flödet. Allt som kan frigöra kapacitet i en flaskhals är av värde för att snabba upp flödet och minska väntetider (Rechel et al., (2010). Enligt Silvester et al. (2004) kan detta ske genom att förenkla processer och minska antalet inblandade moment.

För BUP, som identifierat läkarresursen som en flaskhals, kan det innebära att en minskning i läkarnas antal arbetsmoment och bättre planerad kapacitet, kan minska kötiderna. Arbetsmoment som inte behöver utföras av personal med läkarkompetens bör ses över och, om möjligt, omfördelas till annan profession som inte utgör en flaskhals för att minska slöserier.

2.5 Visualisering

För ett bra samarbete är det visualisering och transparens viktigt, för att skapa en medvetenhet och förståelse hos de inblandade. För BUP är visualisering relevant då samarbete är en naturlig del av arbetet då varje mottagning jobbar tillsammans för att

behandla och möta patienter. Avsnittet förklarar fenomenen visual management, whiteboard management och tvärfunktionella team, och vad detta innebär för BUP.

2.5.1 Visual management

Visual management är ett synsätt som går ut på att uppnå en hög informationskvalitet, vilket innebär att information ska vara tillgänglig, i tid och lätt att förstå (Bevilacqua et al., 2013). Vidare benämner Galsworth (2011, s. 1) begreppet *synlig arbetsplats* som beskrivs: “A visual workplace is a self-ordering, self-explaining self-regulating, and self-improving work environment—where what is supposed to happen does happen, on time, every time, day or night—because of visual solutions”. Både Bevilacqua et al. (2013) och Galsworth (2011) poängterar vikten av att tydlig och transparent information.

Bevilacqua et al. (2013) beskriver visual management som en triangulär modell kallad The visual management triangle, bestående av posterna *seeing as a group*, *knowing as a group* och *acting as a group*. Dessa tre poster går ut på att information som rör gruppen ska komma fram till hela gruppen, insikten i gruppens arbeten och aktiviteter ska vara hög samt att arbetet ska genomföras koordinerat och medvetet gentemot varandra. Fördelarna med den triangulära modellen är att den är lätt att implementera, kostnadseffektiv och flexibel. Även om modellen utvecklats för bilbranschen menar Bevilacqua et al. (2013) att den är lika tillämpbar i servicebranschen.

2.5.2 Whiteboard management

Whiteboard management är en beprövad metod där strukturerade möten sker med hjälp av en informativ, strukturerad whiteboardtavla. Komponenterna på tavlan såväl som hur chefen leder möten kring tavlan, är noggrant genomtänkta på förhand (Hauge, 2016). “The whiteboard must be alive!” (2016, s. 133) är ett citat använt av Hauge från en mötesledare som beskriver hur viktigt det är att tavlan alltid är uppdaterad med nya siffror och aktuella mål (Hauge, 2016). Detta för att mötesdeltagare inte ska tappa intresse och att tavlan ska tappa relevans och trovärdighet.

Tavlans viktigaste funktion är enligt Hauge (2016) att den integreras i organisationen. Med detta menas att arbetet i organisationen tydligt ska vara representerat på tavlan. Exempel på vad som kan stå på tavlan är organisationens målsättning, ärende, status på aktuell produkt eller service (i BUPs fall exempelvis patient), tidsram, arbetsuppgift samt vem som har ansvaret för målsättningen eller ärendet.

2.5.3 Tvärfunktionella team

Vid tvärfunktionella team blandas och representeras olika professioner i en grupp där de jobbar tillsammans för att uppnå ett mål eller resultat. I BUPs fall innebär detta att exempelvis läkare, psykologer, sjuksköterskor och sekreterare jobbar i team för att bättre möta och behandla sina patienter. Många fördelar finns att hämta vid arbete i team. I en studie om tvärfunktionella team i akutsjukvården sjönk genomloppstiden och tiden till att träffa en läkare vid tvärfunktionellt team jämfört vid traditionellt arbetssätt på grund av stark koordinering och beroendeförhållanden inom gruppen (Larsson et al., 2011). Utöver kortare genomloppstid och tid till läkare upplevde patienten även att de fick mer medicinsk uppmärksamhet än tidigare.

Larsson et al. (2011) beskriver fler fördelar med tvärfunktionella team som att bättre kunna identifiera och hantera flaskhalsar som saktade ner arbetet i gruppen. En annan fördel var att personalen fick en mycket bättre förståelse för varandras arbeten och kunde därmed hjälpa varandra mycket bättre än förut, i och med att gruppen snabbare såg vem som behövde hjälp och vad som behövde göras. Slutligen pekar forskningen av Larsson et al. (2011) ytterligare på att även mindre erfarna läkare fick stor hjälp av sjuksköterskorna och annan personal när läkarna själva behövde hjälp eller handledning i arbetet. Detta är högst relevant för BUPs mottagningar vars läkare har olika kunskapsnivåer samt många läkare som byter mottagningar och inte är färdigutbildade.

Carrick Andrews et al. (2008) visar på fler positiva effekter av tvärfunktionella team inom sjukvården. Författarna menar att en av de främsta fördelarna är att informationsflödet mellan personalen blir mycket bättre och mer effektivt, vilket ledde till bättre beslutsfattande och mindre dubbelarbete, det vill säga reducerade slöserier.

2.6 Standardisering

Införandet av standarder i arbetet är enligt Liker och Meier (2006) ett sätt att eliminera slöserier och oönskade variationer. Både oönskade variationer och slöserier förekommer inom vården. Av den anledningen är standardisering ett relevant teoriområde för denna studie. Detta avsnitt förklarar innebörden av standarder, hur standarder tas fram och vad en ökad grad av standardisering i arbetssätt kan innebära för BUP.

En standard är ett förutbestämt tillvägagångssätt för hur något ska utföras (Brenner och Spivak, 2001). Liker och Meier (2006) tydliggör att standarder är en förutsättning för kontinuerlig förbättring. Det måste finnas en gemensam grund att stå på för att kunna utvecklas och förbättras. Liker och Meier (2006) förklarar att standarder sätts genom att definiera och klargöra de metoder som ger det bästa resultatet. Om alla anställda jobbar efter samma rutiner, vilka tagits fram efter vad som är det mest fördelaktiga tillvägagångssättet för varje specifik arbetsuppgift, kommer variationer i form av exempelvis tidsåtgång och slutresultat vara små eller obefintliga. Genom att förebygga variationer skapas ett snabbt och jämnt flöde där den befintliga kapaciteten utnyttjas väl, vilket bör eftersträvas.

För BUP kan en ökad grad av standardisering leda till minskade variationer. Då variationer ofta kan leda till slöserier, exempelvis vid variationer i arbetssätt som innebär slöserier om inte det mest fördelaktiga arbetssättet utnyttjas, leder ökad standardisering även till minskade slöserier. Minskade slöserier kan bidra till ökad resurstillgänglighet, av bland annat läkarresursen. På så vis kan standardisering leda till minskade kötider för BUP.

2.7 Kapacitetsplanering

Kapacitetsplanering beskrivs av Palvannan och Teow (2012) i artikeln *Queing for healthcare* som en balansering mellan patienters efterfrågan och vårdenhetens resursutnyttjande för att nå rätt kapacitetsnivå. Den främsta orsaken till väntetider i vården är enligt Silvester et al. (2004) variation i patientflödet och obalans mellan tillgänglig och nödvändig kapacitet, vilket medför att kapacitetsplanering är en viktig del för att bidra till att syftet med denna studie uppfylls. Teori som lyfts i detta avsnitt är hur kapacitetsplanering genomförs och varför kapacitetsplanering är viktigt.

Kapacitetsplanering baseras, enligt Silvester et al. (2004), ofta på tidigare genomsnittlig data över hur behoven har sett ut förut, vilket inte egentligen behöver stämma överens med den framtida efterfrågan. Tidigare genomsnittlig data tar inte heller hänsyn till framtida variation i behov som kan tänkas finnas. Det innebär att de underliggande orsakerna till väntetider finns kvar om kapacitetsplaneringen utgår från tidigare data. Istället menar Silvester et al. (2004) att det är viktigt att fokusera på att förstå variationerna som påverkar efterfrågan och kapaciteten, för att variationer och slöserier ska kunna minimeras. En utökad kapacitetsplanering som tar hänsyn till orsakerna bakom efterfrågan och kapaciteten, kan för BUP bidra till en ökad läkartillgänglighet och ett snabbare patientflöde då förekomsten av slöserier minskar.

2.8 Centralisering

Centralisering innebär enligt Nationalencyklopedin (2017) att makt eller verksamheter går från att ha varit lokaliserade på flera ställen till att förläggas på ett och samma ställe. BUP Göteborg har en decentraliserad struktur som innebär att verksamheten är spridd på fem öppenvårdskliniker runt om i Göteborg. Ett utgångsläge som kan diskuteras, vilket gör detta teoriområde intressant för denna rapport. Detta avsnitt behandlar vad centralisering av sjukvården innebär och vad det får för effekter.

Centralisering av sjukvård är återkommande inom rikssjukvård. Enligt 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avser rikssjukvård hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och har hela landet som upptagningsområde. Det innebär att när ett eller ett fåtal sjukhus får tillstånd att bedriva rikssjukvård har de hela landet som upptagningsområde för en specifik behandling (Socialstyrelsen, 2017). Enligt 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska rikssjukvården "samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas". Tanken med centralisering av detta slag, till ett eller ett fåtal sjukhus, är med andra ord att det ska ge högre kvalitet på vården för att gynna patienterna och ett bättre resursutnyttjande för att gynna samhället. Men en nackdel för patienterna är att det potentiellt kan bli längre transportsträckor, då vården kanske inte kan erbjudas på sjukhuset som ligger närmast.

2.9 Arbetsmiljö

En god arbetsmiljö är viktig utifrån flera perspektiv. Detta inte minst för en verksamhet som BUP, där de växande köerna kan leda till en känsla av otillräcklighet. I detta avsnitt behandlas ämnet utifrån *Social hållbarhet*, *Psykosocial arbetsmiljö* och *KASAM*, *Arbetsmiljö inom sjukvård*, *Introduktion på ny arbetsplats*, samt *Ledarskap*.

I artikeln *Kortare kö och bättre arbetsmiljö!* beskriver Darj (2003) att det finns ett tydligt samband mellan en stressig, ohållbar arbetsmiljö och långa köer. Darj (2003) menar att kortare kötid resulterar i nöjdare patienter. Detta bidrar till en bättre arbetsmiljö då de som arbetar i sjukvården inte behöver hantera patienters missnöje. Ledningen på BUP⁴ förklarade att personalen ofta får hantera frustrerade föräldrar och en på andra sätt stressig arbetsmiljö. Genom att undersöka hur arbetsmiljön påverkar

⁴Ledning (Barn- och ungdomspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuade av författarna den 27 februari 2017.

kötider samt undersöka den rådande arbetsmiljön på BUPs mottagningar, kan problem och teoribaserade lösningar presenteras som kan bidra till att minska kötiderna.

2.9.1 Social hållbarhet

Hållbar utveckling definieras i Brundtlandrapporten av Världskommissionen för miljö och utveckling (1987) som en utveckling, vilken tillgodoser dagens behov, utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov. De tre delarna som utgör hållbar utveckling är ekologisk, social och ekonomisk hållbarhet. För den här studien kommer fokus läggas på den sociala dimensionen. För att BUPs arbetsplats ska bli mer hållbar och attraktiv behöver de ta hand om och utveckla sin befintliga personal istället för att lita på tillförsel av ny personal.

Folkhälsomyndigheten (2014) definierar social hållbarhet som “ett jämställt och jämlikt samhälle där människor lever ett gott liv med god hälsa, utan orättfärdiga skillnader”. De menar även att det är viktigt att upprätthålla social hållbarhet utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv. Att vara socialt ansvarstagande handlar, enligt Slack et. al (2013) om att värna om relationen mellan verksamheten och samhället i stort. De intressenter som kommer i kontakt med BUPs verksamhet är patienter, anhöriga, arbetskamrater, ledning och olika intressegrupper. Slack et. al (2013) menar att den sociala dimensionen även behandlar välbefinnandet av företagets arbetsstyrka, vilket därav kopplar ihop arbetsmiljö till den sociala hållbarheten.

2.9.2 Psykosocial arbetsmiljö och KASAM

Arbetsmiljön består dels av den fysiska arbetsmiljön, hur arbetet påverkar kroppen fysiskt, och dels av den psykosociala arbetsmiljön, hur arbetet påverkar arbetstagaren mentalt. Währborg (2004) beskriver stress som stimulus eller påverkan som resulterar i kroppsliga funktionsförändringar. Rubenowitz (2004) beskriver att stress skapas vid oro över sin förmåga att klara av en utmaning eller krav som har betydelse för oss. På BUP skapas stress när de anställda upplever att deras resurser inte räcker till för att hjälpa patienter. Rubenowitz (2004) skriver att en god psykosocial arbetsmiljö kännetecknas av de fem arbetsmiljöfaktorerna nedan, vilka är viktiga för BUP för att göra arbetsplatsen mer attraktiv än vad den är idag:

- Egenkontroll i arbetet
- Ett positivt arbetsledningsklimat
- Stimulans från själva arbetet
- God arbetsgemenskap
- Optimal arbetsbelastning.

Hultberg et al. (2010) beskriver i sin rapport *Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser* hur viktigt det är att arbetet förstärker människors känsla av sammanhang (KASAM) i syfte att bibehålla god hälsa trots hög arbetsbelastning. För att undvika utbrändhet och personalomsättning samt att främja social hållbarhet är det viktigt för BUP att se till att arbetsplatsen bidrar till medarbetarnas känsla av sammanhang.

KASAM består av de tre delarna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Hultberg et al. (2010, s. 23) förklarar vad de tre beståndsdelarna innebär:

“Meningsfullhet - Vi vet vart vi är på väg och vill engagera oss i arbetet.

Begriplighet - Vi förstår vilka krav som ställs på oss och hur de skall bemötas.

Hanterbarhet - Vi har tillräckligt med resurser och kan använda dessa på ett effektivt sätt“. I Tabell 1 nedan förklaras vad de olika beståndsdelarna innebär för arbetstagarna.

Tabell 1 Känsla av sammanhang, KASAM, och dess tre beståndsdelar meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet (Hultberg et al., 2010).

KASAM		
Meningsfullhet • Samhörighet • Ett viktigt uppdrag • Värderingar • Tydliga mål • Belöning för ansträngning • Positiva upplevelser	Begriplighet • Förståelse för uppdraget • Ha kunskap för sin uppgift • Mått på framgång • Helhetssyn • Känna till historien • Återkoppling • Begriplig kommunikation	Hanterbarhet • Yrkesskicklighet • Ork • Inflytande • Verktyg • Socialt stöd • En fungerande organisation

2.9.3 Arbetsmiljö inom sjukvård

Sjukvårds- och hälsosektorn är hårt utsatta av arbetsrelaterad stress enligt Arbetsmiljöverket (2013), som menar att den stressiga arbetsmiljön för de anställda påverkar patientsäkerheten. Europeiska arbetsmiljöbyrån (2007) menar att höga känslomässiga krav i arbetet är oroväckande inom hälsovårds- och tjänstesektorerna. När Arbetsmiljöverket (2013) gjorde psykosociala riskbedömningar fann de att de mest förekommande psykosociala riskerna är stress, hög arbetsbelastning, påfrestande patientkontakter och risken för att bli utsatt för hot och våld. Hög arbetsbelastning kan exempelvis bero på att det finns avsevärt fler patienter än bemannade läkare. För BUP är samtliga av arbetsmiljöverkets vanligaste risker aktuella då alla faktorer finns närvarande. Det kan tyda på en överhängande risk för psykosociala brister för personalen på BUP.

När den psykosociala arbetsmiljön är bristande blir effekten stor personalomsättning enligt Rubenowitz (2004). Zanderin et.al (2005) trycker på vikten av att förvalta det mänskliga kapitalet inom ett företag för att behålla den kompetens som finns och de tillgångar i form av kunskap och skicklighet. Men också för att undvika kostnaderna för frånvaro och uppsägningar som beror på personalens vantrivsel. I BUPs fall rör det sig om att ta hand om läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, medicinska sekreterare och chefer för att inte tappa den viktiga kompetens som de har idag.

Det är enligt Arbetsmiljöverket (2016) vanligt förekommande inom hälso- och sjukvård att personalen upplever hög arbetsbelastning på grund av organisatoriska brister, såsom när arbetets krav och individens resurser inte stämmer överens. Bristerna leder till att vårdpersonalen utsätts för kognitiv belastning vilket kan leda till stress.

2.9.4 Introduktion på ny arbetsplats

Definitionen som används för introduktion är Rubenowitz (2004, s.183) som säger "Med *introduktion* menas hela den process, under vilken en individ kommer in i en ny arbetssituation." Vid första intrycket och början av anpassningsprocessen är det viktigt att det blir en positiv upplevelse och att rätt förutsättningar skapas för individen, för att individen ska kunna trivas med den nya arbetsmiljön, uppgifterna, ledningen och arbetskollegorna. Grundattityden som sätts är betydande eftersom det kommer att sätta sin prägel på individen under en lång tid. Om den nya medarbetarens anpassning är bra kommer den att trivas och känna sig motiverad till att göra sitt yttersta (Rubenowitz, 2004).

En välplanerad introduktion har flera positiva fördelar, bland annat bättre arbetstrivsel och lägre personalomsättning enligt Rubenowitz (2004). Att ge ut tillräcklig information om arbetsplatsen gör att individen slipper känna sig osäker och främmande i den nya miljön. Introduktionen ger även en chans att öka begripligheten för individen, vilket är en av de tre beståndsdelarna för att uppnå känsla av sammanhang, se avsnitt 2.9.2 *Psykosocial arbetsmiljö och KASAM*. Hultberg et al. (2010) beskriver att förståelse för uppdraget genererar trygghet vilket även det bidrar till känslan av sammanhang.

2.9.5 Ledarskap

Angelöw (2002) beskriver i sin bok *Friskare arbetsplatser* att ett stödjande och uppmuntrande ledarskap bidrar till en bättre arbetsmiljö där bland annat välbefinnandet, arbetsglädjen och motivationen ökar. Arbetstagare som inte får feedback på sitt arbete upplever en högre grad av arbetsbelastning som kan orsaka ohälsa och stress. Därför har ledarskapet en central roll i skapandet av arbetsmiljön. Hultberg et al. (2010) bekräftar ledarskapets betydelse för medarbetarnas hälsa. I Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) står det följande om arbetsbelastning:

"9§ Arbetsgivaren ska se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning.

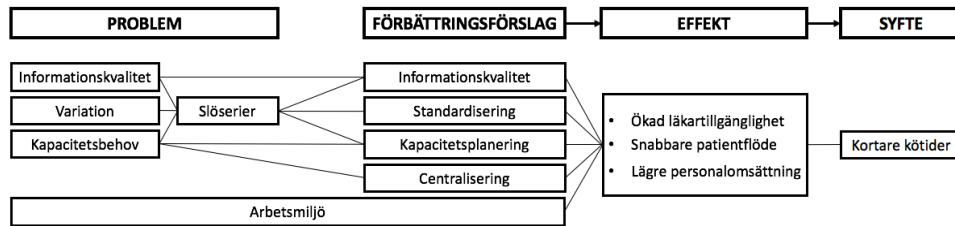
Det innebär att resurserna ska anpassas till kraven i arbetet. "

Rådet som Arbetsmiljöverket ger är regelbunden dialog med arbetstagarna för att upptäcka signaler på ohälsosam arbetsbelastning och för att kunna rätta till dem. Däremot kan brister i arbetsledningen påverka den psykosociala arbetsmiljön negativt, till exempel är sjukfrånvaron högre vid bristande socialt stöd enligt Rubenowitz (2004).

Enligt Hultberg et al. (2010) är socialt stöd något som kan användas för att få personal att må bättre. Även Zanderin (2005) poängterar betydelsen av socialt stöd vid stress och vilken positiv effekt det medför. När en person får möjlighet att berätta om den upplevda situationen kan stressen lätta om mottagaren lyssnar och bryr sig. När problemsituationen formuleras blir den samtidigt också tydligare och lättare att hantera. En indirekt effekt är att personen även får feedback i samtalet och verktyg för att bättre kunna hantera situationen. Ökad hanterbarhet leder till ökad känsla av sammanhang enligt Hultberg et al. (2010).

2.10 Slutlig modell

I figur 3 nedan visas en sammanställning av de olika teoriavsnitten som behandlats i det teoretiska ramverket. Sammanställningen följer en logik där de olika teoriavsnitten har klassificerats efter kategorin *Problem* eller *Förbättringsförslag*. Kopplingen mellan problemen och förbättringsförslagen har gjorts efter vilka förbättringsförslag som kan lösa vilka problem, med grund i den insamlade teorin. Motiveringen till hur ett problem och ett förbättringsförslag hänger ihop finns under respektive teoriavsnitt i det teoretiska ramverket. Den slutliga modellen visar även hur de olika teoriavsnitten leder fram till syftet med studien, att bidra till minskade kötider.



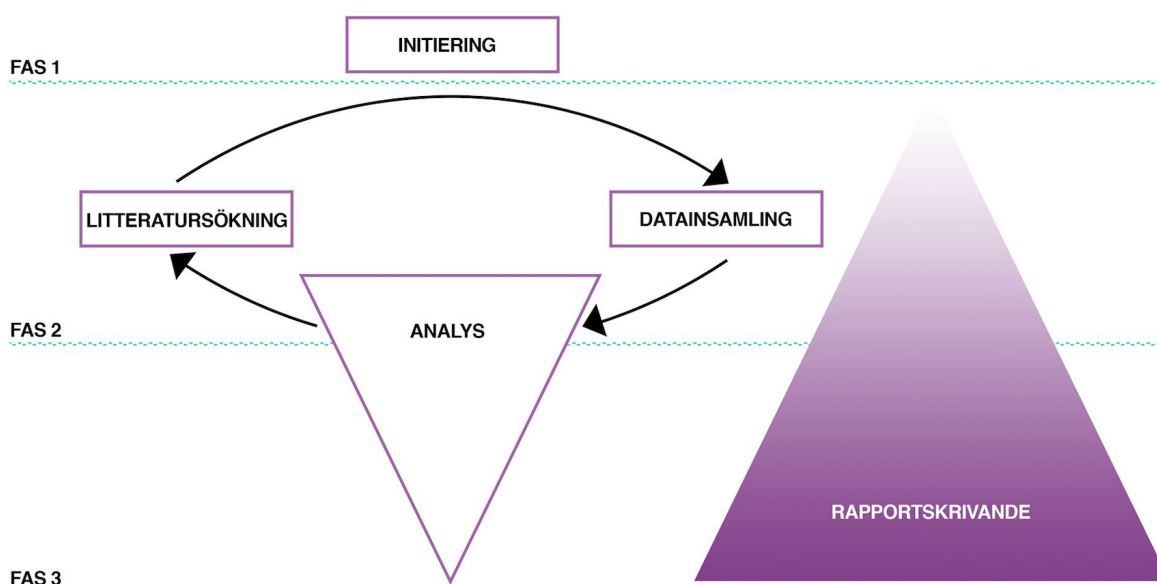
Figur 3 Figuren visar från vänster till höger hur de identifierade problemen kopplas till olika teoretiska förbättringsförslag, vad effekterna av dessa blir och att de bidrar till kortare kötid och vad effekterna av dessa blir för att uppnå studiens syfte. Figuren visar dessutom att en förbättrad arbetsmiljö kan leda till samma önskvärda effekter. Slöserier är ett följdproblem av problemen relaterade till informationskvalitet, variation och kapacitetsbehov vilket utläses ur figuren.

3 Metod

Metoderna som använts under projektets gång redovisas och dess relevans redogörs, med syfte att ge läsaren en tydlig bild över arbetsprocessen. Metodavsnittet inkluderar *Studiens upplägg*, *Litteratursökning*, *Datainsamling*, *Analys*, *Metodkritik* samt *Validitet och reliabilitet*.

3.1 Studiens upplägg

Studien har fortskridit under tolv veckor, med start januari 2017, och har undersökt huruvida läkares arbetsuppgifter kan distribueras annorlunda, detta i syfte att frigöra tid för läkare. Studien kan delas in i tre övergripande faser; en initieringsfas, en fas bestående av ett iterativt arbetssätt mellan litteratursökning, datainsamling, analys och rapportskrivning, samt den sista fasen med slutgiltig analys och rapportskrivande. En sammanfattande bild av arbetsförfarandet visas i figur 4 nedan och förklaras sedan mer i detalj i efterföljande stycken.



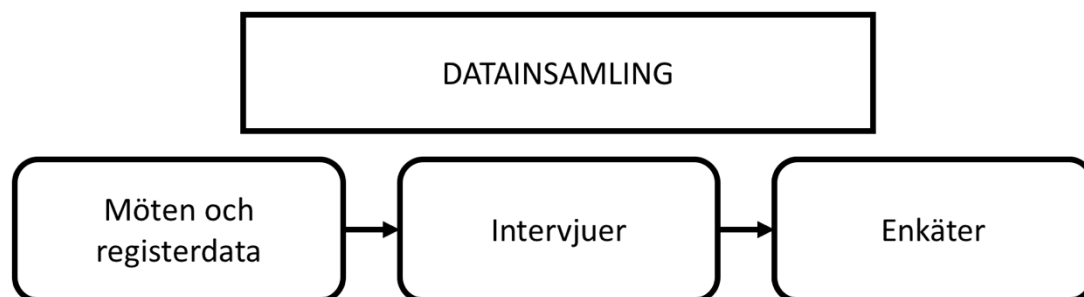
Figur 4 En schematisk bild av den iterativa arbetsgången. Det har under projektets gång varit en iterativ process mellan litteratursökning, datainsamling och analys. Mot slutet av studien har mer och mer tid övergått till rapportskrivande.

Under studiens första fas, initieringsfasen, tydliggjordes den aktuella problemsituationen tillsammans med projektarbetets kontaktpersoner på BUP. Utifrån detta formulerades sedan syfte, fokusområde och frågeställningar. En första kartläggning av patientflödet genomfördes tidigt i arbetsprocessen, detta för att få en ökad förståelse av nuläget. Denna kartläggning resulterade i en processkarta och togs fram med stöd från kontaktpersoner på BUP, genom möten och mailkontakt. I och med kartläggningen av patientflödet utfördes inledande litteraturstudier i form av metodlitteratur, men även för framtagandet av ett preliminärt teoretiskt ramverk. Tillsammans med framtagandet av en tidsplan för projektet utgjorde de ovan nämnda

aktiviteterna initieringsfasen av projektet, som sträckte sig över studiens första fyra veckor.

Studiens andra fas bestod av litteratursökning, datainsamling och analys. Dessa tre delar utvecklades samtidigt och arbetet följde därmed en iterativ process. Dubois och Gadde (2002) kallar detta arbetssätt för systematisk kombinerad, vilket författarna vidare förklarar resulterar i en abduktiv forskningsansats. Det iterativa arbetssättet där forskaren hela tiden går ”fram och tillbaka” mellan empiriska iakttagelser och teori genererar en utökad förståelse för både teori och empiriska fenomen jämfört med ett linjärt arbetssätt.

För datainsamlingen valdes en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder, med störst fokus på de kvalitativa. Enligt Holme och Solvang (2005) används kvalitativa metoder när syftet är att förstå hur en process eller liknande går till, vilket är anledningen till att fokus lades på kvalitativa insamlingsmetoder. För att kunna ge relevanta förbättringsförslag för hur BUP bättre ska kunna uppfylla vårdgarantin krävs en god förståelse av nuläget. Den första delen av datainsamlingen bestod av möten med kontaktpersoner på BUP samt genom insamling av registerdata. För att få en bild av nuläget hölls sedan semistrukturerade intervjuer och spontana informella samtal med personalen på BUP. Datan som samlades in genom möten, informella samtal och intervjuer var av kvalitativ karaktär, medan registerdatan var av kvantitativ. Information som gavs på intervjuerna väckte ett intresse av ytterligare datainsamling, främst i syfte att undersöka relevansen av potentiella förbättringsförslag. Genom att involvera patienterna och deras åsikter i studien, i form av en enkätundersökning, kunde ytterligare ett perspektiv adderas till studiens resultat. Datan som samlades in genom enkäter var av både kvalitativ och kvantitativ karaktär. Datainsamlingsmetoderna syns i figur 5 nedan.



Figur 5 Visar den tidsenliga ordningsföljden för vilken datainsamlingen genomförts

Under den andra fasen av arbetet ordnades ett handledningstillfälle tillsammans med en annan kandidatgrupp. Innan handledningstillfället läste grupperna igenom den andra gruppens arbete, och under själva handledningstillfället höll respektive grupp en kort presentation. Detta följdes av opponering där frågor och åsikter togs upp och diskuterades. Detta resulterade i bra feedback som kunde hjälpa det fortsatta arbetet.

Studiens sista fas bestod av analys och rapportskrivning. Under denna fas sammanställdes resultat från intervjuer och enkäter, och studiens resultat med efterföljande diskussion jobbades fram och författades. En viss grad av rapportskrivning skedde kontinuerligt under hela arbetet, parallellt med övriga moment, men största delen av rapportskrivningen ägde rum i denna tredje och sista fas av projektet.

3.2 Litteratursökning till teoretiskt ramverk

Teorin som samlades in genom litteratursökning under initieringsfasen av projektet resulterade i ett preliminärt teoretiskt ramverk, som uppdaterades under arbetets gång i och med vidare datainsamling och analys. Framtagandet av ett teoretiskt ramverk, och därmed indirekt arbetets resultat av litteratursökningen, är därmed ett konkret exempel på studiens iterativa arbetssätt och abduktiva forskningsansats. Det preliminära teoretiska ramverket som togs fram under initieringsfasen låg till grund för vilken data som skulle samlas in. Genom den empiriska datainsamlingen identifierades sedan ett antal oförutsedda och för studien relevanta problemområden, vilket medförde ett behov av redigering av det teoretiska ramverket och ytterligare litteraturstudier. Detta medförde i sin tur ett behov av vidare datainsamling kring de nyligen identifierade problemområdena.

Den litteratur som har använts i studien är främst från böcker, rapporter och artiklar. Sökningen skedde i huvudsak genom Chalmers elektroniska biblioteksdatas, där databaser som exempelvis Scopus användes. Google Scholar användes också för litteratursökning samt kurslitteratur från tidigare kurser inom industriell ekonomi. Referenser i artiklar har ibland skapat ett behov av kedjesökning, för att nå primärkällan. Primärkällor anses som mer tillförlitliga än sekundärkällor eftersom primärkällor är oberoende av andra källor (Göteborgs Universitet 2014). Detta är anledningen till kedjesökningarna som utförts. Litteratursökningen skedde kontinuerligt under arbetsprocessen då studiens forskningsansats var av abduktiv karaktär.

Det preliminära teoretiska ramverket låg till grund för datainsamlingen, vilket nämndes ovan. De fortsatta litteraturstudierna resulterade i ett slutgiltigt teoretiskt ramverk som låg till grund för tolkning av resultat och analys.

3.3 Datainsamling

Studiens huvudsakliga empiri baseras på primärdata, vilket innebär information som är inhämtad direkt av forskaren och som tidigare inte är publicerad (Duignan, 2016). Ledningen⁵ på BUP beskriver att tillvägagångssätten och arbetsrutinerna på mottagningarna är ofta invecklade och innefattar många personer, professioner och steg. För kandidatarbetets syfte att korta kötiderna genom att leverera förbättringsförslag till BUP var det viktigt att kartläggningen gjordes grundlig och att rätt bild av enheterna anskaffades. Enligt ovanstående resonemang samlades primärdata in med kvalitativa metoder genom möten, observationer, intervjuer, informella samtal, enkäter, samt genom registerdata.

⁵ Ledning (Barn- och ungdomspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhus) intervjuade av författarna den 23 januari 2017.

3.3.1 Möten

Inledningsvis samlades data in genom uppstartsmöten med ledningen på BUP. Vid dessa möten svarade ledningen på frågor och presenterade sina problem samt patientflöden. I presentationen delgavs även remiss- och köstatistik från olika mottagningar på BUP. Information som samlades in här bidrog till att kartlägga patientflödet och ge en förståelse för hur mottagningarna såg ut i nuläget. Vid mötena diskuterades även olika angreppssätt och idéer för att studiens syfte och frågeställningar skulle överensstämma med ledningens faktiska önskemål.

3.3.2 Observation av VPM

För att få en djupare förståelse över hur vårdplaneringar går till observerades VPM under en dag på BUPs mottagning på Hisingen. Inför observationerna identifierades ett antal intressanta punkter som skulle studeras mer utförligt, främst med fokus på läkarens roll under mötet. Mötena observerades genom att sitta med i bakgrunden och anteckna hur mötet gick till. Tiden för varje ärende observerades och antecknades, för att få en ungefärlig bild över hur lång tid som läggs på varje patientärende och om det förekommer stora variationer mellan olika ärenden. Syftet med observationerna var alltså att komplettera och stärka den data som samlades in genom intervjuerna. Becker och Geer (1957) menar att observationer som komplement är ett bra sätt för att behandla intervjuers begränsningar. Exempel på sådana begränsningar är att den som intervjuar kan missförstå respondenten eller att respondenten är ovillig eller inte kapabel till att berätta viktig information. Då VPM tidigt identifierades som ett möjligt förbättringsområde uppstod ett behov av att klargöra den nuvarande mötesstrukturen, vilket var något som ansågs vara enklare genomförbart genom observationer än genom intervjuer. Dessutom blir den framtagna nulägesbeskrivningen för hur VPM går till mer trovärdig.

3.3.3 Intervjuer och fältstudie

Den primära källan vid datainsamling har varit intervjuer med anställda på BUP. Intervjuerna har uppgått till 21 stycken med olika professioner och lokaliserade på olika enheter. Nedan presenteras vilken intervjumetod som valdes och varför, samt hur intervjumallarna utformades, vilket tillvägagångssätt som tillämpades vid intervjutillfället och vilka yrkesgrupper som intervjuats.

3.3.3.1 Val av intervjumetod

Studiens huvudsakliga data är kvalitativ och bygger, som ovan nämnt, i stor utsträckning på intervjuer. Phillips och Stawarski (2008) skiljer på två typer av intervjuer, strukturerade och ostrukturerade. En strukturerad intervju är likt en enkät där den som intervjuar ställer specifika frågor, i en särskild ordning med lite utrymme för avvikelser från de begärda svaren. En ostrukturerad är raka motsatsen till detta där endast samtalsämnet fastställs på förhand och frågorna kan formuleras olika och frågas i olika ordning beroende på vilken väg intervjun tar.

Idén med att använda strukturerade intervjuer vid samtal med personalen på BUP förkastades tidigt i studien. Anledningen till var framförallt att intervjuerna var av en utforskande natur och förhoppningen var att följdfrågor skulle uppkomma under intervjuernas gång. För studiens syfte och den natur av data som eftersträvades var det inte aktuellt att ha helt strukturerade intervjuer till personalen, det vill säga att ställa

samma frågor ord för ord och att inte avvika från manus för att ställa följdfrågor. Med hänsyn på att det hela tiden var olika personer som höll intervjuerna var det en överhängande risk att ostrukturerade intervjuer hade blivit svåra att jämföra och att sammanställa till robusta slutsatser.

Intervjuförfarandet byggde på semistrukturerade intervjuer som innebar mer rörlighet jämfört med strukturerade intervjuer. Till skillnad från de strukturerade intervjuerna är det vid semistrukturerade intervjuer möjligt att avvika från manus och ställa frågorna i den ordningsföljd som är passande för situationen och den specifika respondenten. Det finns dessutom utrymme för följdfrågor vid semistrukturerade intervjuer (Bryman och Bell, 2015). Därför innebar valet av semistrukturerade intervjuer en möjlighet att ta tillvara på fördelarna från såväl strukturerad som ostrukturerad intervju. När intervjuerna påbörjades hade haft två möten med BUP genomförts, samt kontinuerlig kontakt med dem via mejl och telefon. Detta innebar att det fanns en relativt bra bild om vad som var nödvändigt att undersöka och hade därför en känsla av vilken typ av frågor och följdfrågor som kunde vara intressanta för förbättringsarbetet.

3.3.3.2 Intervjumallar

För intervjuer ansågs samtliga professioner som arbetar på BUP vara av intresse och därför eftersträvades att hålla intervjuer med olika yrkesroller som arbetar på BUP. För kvalitativ forskning är alla inblandades perspektiv viktiga, det finns ingen hierarki av trovärdighet och ingens perspektiv är bättre än någon annans (Becker, 1967). Genom att explorativt samla information från flera perspektiv var förhoppningen att kunna ta tillvara på personalens kunskaper med förslag på vad som kunde förbättras och vad som ansågs vara frustrerande i deras nuvarande arbete. Tre semistrukturerade intervjumallar utformades i syfte att anpassa intervjuerna efter olika yrkespersoner, för att på så sätt få fram information som ansågs relevant för frågeställningarna. Bland de tre intervjumallarna var en utformad för läkare, en för enhetschefer, och en för övriga professioner.

Intervjumallen utformad för läkare på BUP är den intervjumall som innehåller flest antal frågor. Detta då studiens huvudsakliga fokusområde är att granska läkarresurserna, vilket ställde krav på djupare och mer detaljerade frågor till just läkarna. Läkarna har naturligtvis ett eget perspektiv på sin tidsåtgång och sina arbetsrutiner. Se appendix 3 för intervjumallen till intervjuer med läkare. Frågor specifika för läkare var bland annat ”Upplever du att du ofta blir avbruten i ditt arbete och tvingas börja om?” och ”Vilka av dina arbetsuppgifter måste ni läkare genomföra, som alltså inte får utföras av någon annan profession?”.

I intervjumallen avsedd för enhetschefer ingick det, utöver de gemensamma frågorna, ett antal frågor på organisationsnivå. Detta ansågs relevant för att få en inblick i tidigare förbättringsarbeten samt ta reda på vad organisationen redan gör för att hantera läkarbristen. Intervjumallen för enhetschefer finns i appendix 4.

Den tredje mallen var avsedd för övriga professioners perspektiv på situationen. Övriga innefattar här psykologer, socionomer, medicinska sekreterare och sjuksköterskor. Som ovan nämnt har dessa professioner olika förhållanden med läkare i sin arbetsvardag. Intervjuerna handlade delvis om övriga professioners arbetsmiljö och hur de upplevde

sig påverkas av läkarbristen i sitt arbete. Frågorna som ställdes på intervjuer med övriga professioner hjälpte till att kartlägga arbetssättet mellan dem och läkare, hur dessa kommunicerade och hur personalen själva tyckte att deras rutiner kunde förbättras. Se appendix 5 för intervjumallen till intervjuer med övriga professioner.

3.3.3.3 Tillvägagångssätt

Majoriteten av intervjuerna genomfördes på BUP Hisingen under en vecka som ägnades åt fältstudier förlagda på enheten. Under intervjuerna arbetade gruppen två och två där en person kunde tala fritt med den anställde och den andra personen antecknade i bakgrunden, samtidigt som de allra flesta intervjuerna även spelades in.

Under fältstudien genomfördes kortare samtal med personal, ofta i mottagningens fikarum. Under dessa informella och mer lättsamma samtal uppkom det vid flertalet tillfällen intressant information, exempelvis om hur personal upplever de oanvändarvänliga systemen de arbetade i. Sedan, i förhoppning att behålla atmosfären som var lätt att tala i, tillfrågades respondenten att komma tillbaka när denne hade tid för att svara på frågor. Vid intervjuerna antecknades svaren på frågorna ihärdigt, men under de informella samtalen gjordes en poäng i att inte gå omkring med anteckningsblock eller datorer då målet var att få personalen att agera naturligt och svara spontant.

Intrycket personalen på BUP Hisingen gav under besöksveckan var att de tyckte det var roligt att prata med oss i kandidatgruppen. De berättade öppet och obehindrat om sitt arbete, vad de tyckte fungerade bra och mindre bra. Intervjuer och informella samtal var i de flesta fall av en glad och skämtsam karaktär, det skojades om hur uråldrigt journalsystemet Melior såg ut och hur personalen alltid bevakade skylten utanför läkarnas dörr för att se om läkarna var upptagna eller inte.

3.3.3.4 Intervjuobjekt

I tabell 2 visas antalet intervjuer med de olika yrkesgrupperna. Totalt har datainsamlingen bestått av 21 intervjuer, varav 8 varit med läkare.

Tabell 2 Antalet intervjuer som genomförts med olika professioner

	Profession	Antal intervjuer
Läkare	VÖL	3
	Specialistläkare	2
	ST-läkare	2
	Rand-läkare	1
	Enhetschef	1
	Psykolog	4
	Sjuksköterska	1
	Socionom	2
	Medicinsk sekreterare	2
	Verksamhetsutvecklare	1
	Underläkare	1
	Psykiatrisjuksköterska	1
	Totalt	21

3.3.4 Enkäter

Data gällande kommunikation mellan BUP och patienter samlades, som ett komplement till intervjuerna, även in genom en enkätstudie. Syftet med enkäterna var att se hur patienter och deras anhöriga kontaktar BUP, hur de skulle vilja ha kontakt med BUP och även deras förhållande till 1177.se och Mina vårdkontakter. Enkäterna utformades med grund i det som framgick av intervjuerna, att distanskommunikationen även mellan patient och BUP var ett problem då det var väldigt tidskrävande.

I intervjuerna blev det tydligt att det fanns ett intresse och en nytta med att utveckla användandet av Mina vårdkontakter. Telefonsamtal och notiser om att ringa upp patienters föräldrar var under läkarintervjuerna ett ständigt återkommande tema som tycktes vara en källa av frustration och stress. Enkäterna möjliggjorde att även patienter och föräldrars perspektiv och åsikter gällande kommunikationen med personalen på BUP kunde fångas upp. På så vis kunde föräldrarna och patienternas perspektiv på hur kontakten kan förbättras också fångas upp. Förhoppningen med enkäterna var att de skulle kunna ge underlag för att ta reda på om det fanns ett intresse från patientsidan att byta kommunikationskanal.

Innan enkäten delades ut till mottagningarna skickades den till kontaktpersoner på BUP för kommentarer och deras godkännande. Enkäten reviderades ett flertal gånger i detta

skede utifrån input från kontaktpersonerna på BUP, då det är viktigt att involvera intressenterna vid framtagandet av en enkät (Robson, 2002). Inte minst för att de har god inblick i vad som ska undersökas, dessutom stärker detta intressenternas tro på slutsatserna som dras från studien (Robson, 2002).

Vid utformningen av enkätfrågorna prioriterades enkelhet, att frågorna skulle vara lätta att förstå och att det skulle gå relativt fort att fylla i enkäten. Resultatet blev en anonym enkät som rymdes på en sida med förvalda svarsalternativ, se appendix 6. Av anledning från Robson (2002) testades enkätfrågorna på studiekamrater för att se över risken för feltolkningar. Enkäten var också designad för att enkelt kunna sammanställa informationen genom flervälsfrågor och innehöll endast en öppen fråga där respondenten tillfrågades angående sina idéer om förbättrad kommunikation. Enkäterna samlades ihop och svaren sammanställdes med hjälp av Microsoft Excel och resultatet presenteras i appendix 7.

3.3.5 Registerdata

Ledningen på BUP levererade även viss registerdata som användes som underlag för att fastställa studiens syfte genom att bekräfta att antalet remisser till enheterna ökade och att köerna blev längre. Informationen användes bland annat för att räkna ut hur stor andel av patienterna som fick vård enligt vårdgarantiernas tidsbegränsningar och för att ge en överblick av mottagningarnas problematik. Använd registerdata innehöll statistik om antalet inkomna remisser till BUP, antal patienter i kö till olika processer och faktiska väntetider till de olika mottagningarna. Se appendix 1 och 2 för använd registerdata.

3.4 Analys

Den data som samlades in genom intervjuer, enkäter och registerdata analyserades kontinuerligt under arbetet. Dessutom genomfördes en sammanställande analys efter all data samlats in, för att kunna dra kopplingar mellan den insamlade datan och teorin. Datan analyserades i ett antal olika syften, vilka presenteras under rubrikerna *3.4.1 Kartläggning av patientflöde*, *3.4.2 Kartläggning av nuläge*, samt *3.4.3 Problemanalys och framtagning av förbättringsförslag*.

3.4.1 Kartläggning av patientflöde

Kartläggningen av patientflödet skedde tidigt under projektet, under den inledande fasen, i syfte att få en djupare förståelse för hur arbetet på BUPs arbete går till. Metodiken som användes för denna kartläggning var en iterativ process mellan kandidatgruppen och kontaktpersoner på BUP, genom samtal, intervjuer och mailkontakt, där information om patientflödet samlades in. Genom att sammanställa den insamlade informationen kunde en processkarta för patientflödet utformas. Denna metodik, där representanter för processen får beskriva sin del och uppfattning av flödet, kallas enligt Ljungberg och Larsson (2012) för *virtuell processpromenad*. Kartläggningsmetoden går ut på att en kartläggningsansvarig leder mötet och ställer frågor till representanter för processen, vilka i det här fallet var kontaktpersoner på BUP. En alternativ kartläggningsmetod kallas enligt Ljungberg och Larsson (2012) för *enbart processpromenad*. Denna kartläggningsmetod går istället ut på att en eller flera personer går igenom processen och intervjuar personer som utför aktiviteter längs kedjan. Detta hade dock varit alltför tidskrävande i det här fallet, då patientflödet är

komplikerat och innehåller långa ledtider. Den virtuella processpromenaden ansågs vara mer tidseffektiv då enbart ett fåtal personer behöver bli involverade i kartläggningen, så den metodiken valdes. Resultatet av kartläggningen är ett flödesschema över patientflödet som visas i kapitel 4, *Beskrivning av nuläge*.

3.4.2 Kartläggning av nuläge

Intervjuerna som hölls antecknades och spelades in. Genom att läsa och lyssna igenom den insamlade datan, kunde återkommande ord och uttryck berörande BUPs nuläge sammanställas till nyckelord. Hur ofta nyckelorden förekom antecknades så trender kunde identifieras och slutsatser dras.

Läkarnas arbetsuppgifter kunde identifieras genom ovan beskrivna förfarande med anteckningar och ljudfil, samt genom olika typer av kompletterande information. Den kompletterande informationen hämtades främst från kontaktpersoner på BUP. Dessutom gavs tillgång till ett veckoschema för en läkare, vilket gav en första uppfattning om hur tidsfördelningen mellan de olika arbetsuppgifterna kan se ut. Representativiteten för den tidsfördelning som togs fram genom schemat stärktes av att intervjuer påvisade liknande tidsfördelningar samt att schemats rimlighet verifierades av kontaktpersoner på BUP. Även för kartläggningen av arbetsmiljön användes förfarandet med nyckelord. Den insamlade informationen analyserades med hjälp av teori för att på så sätt kunna dra relevanta slutsatser.

Det ska även tilläggas att mycket av analysen som ligger till grund för kartläggningen av nuläget gjordes parallellt med datainsamling och litteraturstudier, vilket gjorde att en del av nyckelorden redan var identifierade innan den slutliga analysen ägde rum, vilket är den som presenterades ovan.

3.4.3 Problemanalys och framtagning av förbättringsförslag

Den insamlade datan som ligger till grund för de identifierade problemen och förbättringsförslagen är främst information från intervjuer, men även enkätdata har använts. Under tiden datainsamlingen ägde rum identifierades intressanta möjliga problem och förbättringar utifrån läkarresursen som gav upphov till ytterligare litteratursökningar. Genom att väga samman insamlad data och teori kunde de identifierade möjliga problemen och förbättringarnas relevans analyseras. I och med detta fanns redan en grundläggande uppfattning om den rådande problemsituationen och hur denna möjligen skulle kunna förbättras innan den slutliga analysen genomfördes.

Analysen började med att relevant information för problemanalys och framtagning av förbättringsförslag sorterades ut. Detta gjordes genom att identifiera ofta förekommande ord och fraser från intervjuer, vilka sammanställdes till nyckelord enligt samma förfarande som vid kartläggningen av nuläget. Nyckelorden diskuterades sedan igenom i gruppen och skrevs upp på en whiteboard-tavla, där problem och förbättringsförslag skrevs upp var för sig för att få en överskådlig och tydlig struktur. Relevansen för varje enskilt nyckelord, som här utgjordes av antingen ett problem eller ett förbättringsförslag, utvärderades med hjälp av insamlad teori. Genom detta kunde även kopplingar mellan problem och förbättringsförslag göras för att få fram hur identifierade problem och lösningar hörde ihop. Identifierade problem som inte hade någon lösning skapade ett behov av att genom den insamlade teorin diskutera fram möjliga

förbättringsförslag på problemen. Resultatet av denna analys var en sammanställning av problem och förbättringsförslag, med dess inbördes kopplingar till varandra. Problem och lösningsförslag sållades även ut för att endast beröra fokusområdet läkarresursen.

Enkäterna sammanställdes på ett kvantitativt sätt där antalet som svarade ett visst svar på en fråga skrevs ner och sammanställdes i en tabell. Även viss kvalitativ data samlades in, vid tillfällen då respondenten skrivit egna svar på frågor som ansågs vara av intresse för studien. Utfallet av enkäterna innebar att patienternas perspektiv på nuläget och möjliga förbättringsförslag adderades, vilket kunde inkluderas till och påverka studiens resultat. Resultatet av enkäter och analysen av intervjuer låg sedan till grund för studiens resultat, tillsammans med kartläggningen av nuläget och tillhörande teori.

3.5 Metodkritik

Det finns för- och nackdelar med metodiken som använts. Nedan diskuteras hur detta har bemötts för att motverka eventuella negativa följder av metodikens nackdelar, för intervjuer, informella samtal, observationer, enkäter och litteraturstudier.

3.5.1 Intervjuer

Under fältstudierna spelades majoriteten av intervjuerna in, i tillägg till att informationen från intervjuerna antecknades. Anledningen till detta var att inspelningarna tycktes bli ett gott hjälpmedel för övriga gruppmedlemmar att följa informationen på de intervjuer de inte deltog i. Dessutom kunde behov av att gå tillbaka och lyssna på informationen uppkomma för att exempelvis klargöra de egna anteckningarna. Genom att spela in intervjuerna kunde alltså risken för eventuella feltolkningar minimeras. En nackdel med att spela in respondenten är dock, enligt Taylor et al. (2016), att inspelningen kan uppfattas som påträngande och påverka en naturlig dialog. Detta har motverkats genom att noga påpeka syftet med inspelningen och att det endast kommer användas som ett sätt att kvalitetssäkra den insamlade informationen.

Intervjumallarna testades inom kandidatgruppen och redigerades tillsammans med handledare. De reviderades även kontinuerligt under de första intervjutillfällena. Denna testning och revidering är enligt Phillips och Starwarski (2008) viktigt för att framgångsrikt samla in data genom intervjuer. Vidare betonas vikten av att de som intervjuar är väl förberedda och att respondenterna ska få tydliga instruktioner innan intervjun påbörjas. Den tidigare kontakten med kontaktpersoner på BUP där problemsituationen klargjordes gav goda förberedelser inför intervjuerna. Tydliga instruktioner gavs till respondenterna genom att de innan intervjun blev informerade om varför de blev intervjuade, hur informationen skulle användas, samt att de i rapporten kommer att vara anonyma. Med avseende på instruktionerna var det viktigt att inte ge för mycket information om studien. Ges för mycket information om målet och syftet med intervjuerna finns det en risk att respondenten undanhåller eller vinklar information till sin egen fördel (Taylor et al., 2016). Exempelvis tydliggjordes det inte att vissa potentiella förbättringsförslag skulle kunna innebära mer arbete för vissa yrkesroller.

Respondenterna meddelades att de är anonyma och att det endast är vi i kandidatgruppen som kommer att veta vem det är som har svarat vad och att

anledningen till detta var att gruppen skulle kunna hålla ordning på vilka de intervjuat, vilket gav en lättare stämning. De tydliga instruktionerna kan även motverka negativa effekter som kan uppkomma till följd av att intervjun antecknas och spelas in, som exempelvis att den intervjuade skulle ändra sitt beteende (Phillips och Starwarski, 2008).

Intervjuerna hölls med olika yrkeskategorier för att få olika perspektiv på arbetssituationen på BUP. Det faktum att svaren som ges av respondenten blir något vinklat efter vilken yrkeskategori personen i fråga tillhör har behandlats genom hur frekvent svaren har angivits. Svar som har uppkommit flera gånger har setts som mer intressanta än svar som kommit upp enstaka gånger. Svar som av olika anledningar har setts som intressanta trots att de enbart angivits någon enstaka gång, exempelvis nytänkande förbättringsförslag, har dock behandlats ändå. Detta genom vidare litteraturstudier för att undersöka dess relevans för arbetet. Att olika yrkeskategorier har intervjuats har setts som en styrka i arbetet då det har använts som en kvalitetssäkring. Mer om detta i kapitlet "Validitet och reliabilitet".

Vissa intervjuer i studien har varit tidsbegränsade och ibland har de blivit tvungna att avbrytas. Detta kan givetvis påverka svaren som angivits i negativ bemärkelse, då en avbruten tankegång kan resultera i ofullständiga svar. Detta har försökt motverkas genom att uppmuntra vidare kontakt om ytterligare information av vikt skulle uppkomma i efterhand, inte minst under observationsveckan på BUP Hisingen.

3.5.2 Enkäter

Enkätförfarandet som datainsamlingsmetod är inte utan begränsningar. En enkätstudies validitet påverkas naturligtvis av antalet inkomna svar. Men för validiteten är enkätens design även viktig med avseende på att frågorna inte ska missuppfattas (Robson, 2002). Speciellt då ingen av de som utformande enkäterna är på plats för att besvara eventuella frågor. För att ta hänsyn till detta problem informerades och engagerades personalen på BUPs mottagningar om tanken med enkäterna och de fick även ett utskrivet papper med instruktioner i samband med att enkäterna delades ut. I instruktionerna angavs enkätstudiens syfte och även hur de ifyllda enkäterna skulle behandlas.

För att förbättra svarsfrekvensen är det viktigt att kommunicera enkätens syfte och att utformningen ska vara enkel (Phillips och Stawarski, 2008). Enkäten innehöll en kort beskrivning av studiens syfte och enkäten var enkelt utformad och tog kort tid att fylla i. Enkäten var utformad på svenska och enkätstudien påverkades därför av ett bortfall av patienter och föräldrar som inte kan svenska. Trots att kommunikationen mellan BUP och patienter som inte kan svenska är ett intressant område faller det utanför studiens intresse och enkäten fokuserade på den allmänna kommunikationen.

3.6 Validitet och reliabilitet

För att genomföra en trovärdig studie med tillförlitliga resultat krävs att den använda metoden kvalitetssäkras. Detta kan göras genom att ta hänsyn till och motverka vanliga fallgropar som kan leda till brister i studiens validitet och reliabilitet. Validitet behandlar slutsatsernas integritet, det vill säga hur trovärdigt studiens resultat är (Bryman och Bell 2015). Vidare definieras studiens reliabilitet huruvida resultaten av

studien är upprepningsbara. En reliabel studie skulle alltså få samma resultat om studien upprepades. Nedan diskuteras hur kvalitetssäkringen av den insamlade datan har skett.

Triangulering kopplat till reliabilitet och validitet innebär att mer än en metod eller informationskälla används i samma studie för att stärka robustheten av resultaten (Bryman och Bell, 2015). För denna studie användes kvalitativ och kvantitativ data med avseende på de semistrukturerade intervjuerna och de strukturerade enkäterna för att förstå nuläget och dra slutsatser kring möjliga förbättringar i kommunikationen mellan patienter och BUPs mottagningar. Enkäterna gav även en uppfattning om graden av genomförbarhet i anslutning till kommunikationsförbättringar efter att det fanns ett starkt intresse från BUPs personal att använda andra kanaler.

Triangulering var återkommande även i själva intervjuförfarandet. Genom att olika yrkesroller intervjuades kunde risken för att slutsatserna skulle bli partiska reduceras. Olika professioner hade olika perspektiv på vad som fungerade dåligt på mottagningarna och vad som kunde förbättras. Sedan kunde förbättringsförslag tas fram i enlighet med majoriteten av personalens åsikter.

4 Beskrivning av nuläge

I detta kapitel beskrivs hur BUPs verksamhet ser ut i dagsläget. Informationen i detta kapitel är främst baserat på intervjustvaren från intervjuer med läkare. Kapitlet delas upp i beskrivning av *Patientflödet*, *Läkarnas arbetsuppgifter*, *Kommunikationskanaler* och *Arbetsmiljö*.

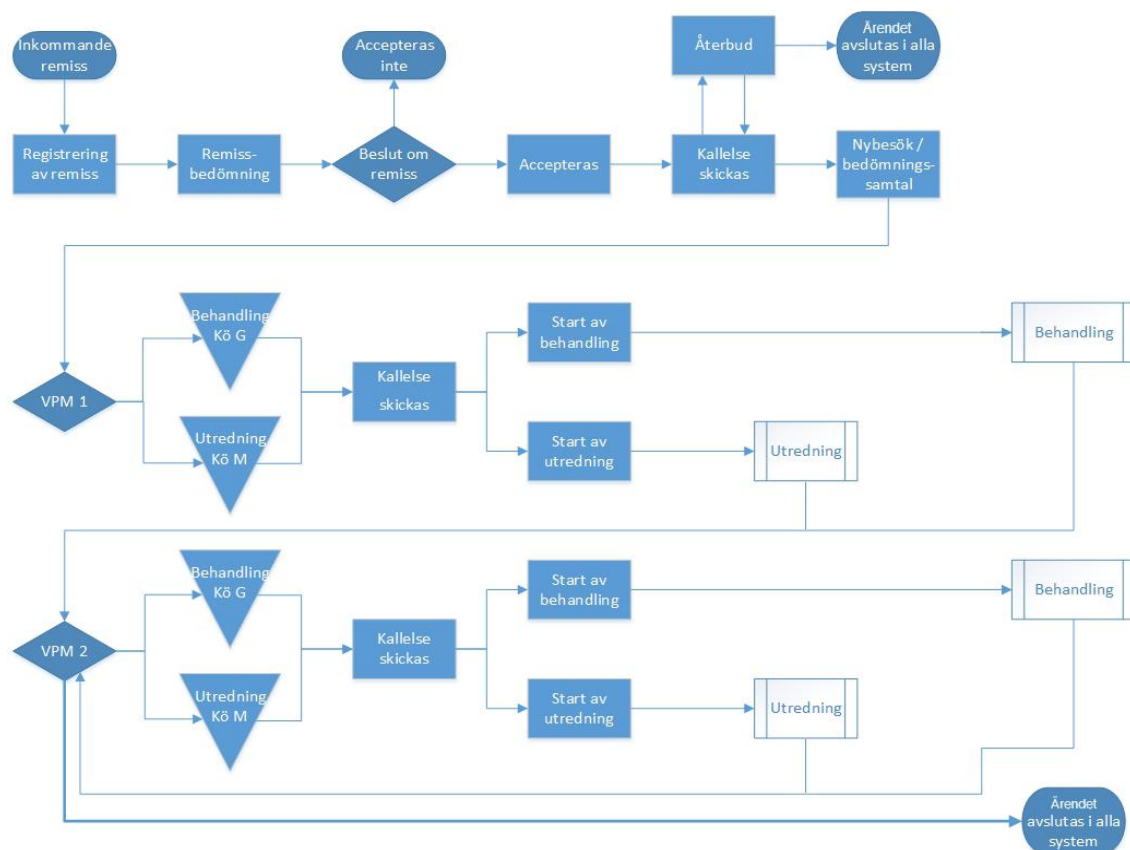
4.1 Patientflödet

För att skapa en förståelse för flödets olika processer och tydliggöra vart de låga kötiderna visar sig presenterade detta avsett patientflödet på BUP.

När en remiss inkommer till BUP registreras den i en databas för att sedan bli granskad av mottagningens enhetschef och en läkare. De tar beslut om remissen ska accepteras eller inte, det vill säga om patientens behov av vård är lämpad för BUP. När remissen har blivit accepterad skickas en kallelse till patienten för nybesök. Vid ankomst till mottagningen registreras patienten i receptionen. Skulle patienten lämna återbud skickas en ny kallelse och om återbud lämnas upprepade gånger avslutas patientens ärende i systemet.

Efter nybesöket genomför ansvarig läkare en bedömning av patienter på vårdplaneringsmöte ett (VPM1) gällande vilken vårdplan patienten ska följa. Det går maximalt en vecka från nybesöket tills att patienten tas upp på VPM1. Patientens vårdplan berör antingen behandling eller fördjupad utredning. Misstänker läkaren ett neuropsykiskt funktionshinder, vilket är en kronisk utvecklingsavvikelse, behöver detta utredas vidare och patienten placeras i kön för fördjupad utredning (Kö M). Under en utredning träffar patienten i regel psykolog och läkare vid separata tillfällen. Patientens läkarbesök bokas in efter att psykolog genomfört sin utredning. Efter patientmötena sker ett samråd mellan psykolog och läkare för att tillsammans bestämma hur ärendet ska fortsätta. Är de olika professionerna oeniga börjar utredningsprocessen om med nya möten, annars sker återgivning till vårdnadshavare och patient. Därefter kan behandling av patienten påbörjas.

Om patienten planeras för behandling placeras denne i kön för behandling (Kö G). Väntetiden i Kö G varierar beroende på tillgänglighet av den profession som ska behandla patienten, samt på medicinska prioriteringar som gjorts vid patientens nybesök. När tid finns tillgänglig hos aktuell profession skickas en kallelse om patientmöte till patienten. Inbokning av patientmöten kan utföras av alla anställda på mottagningen. Efter den planerade behandlingen tas patientens fall upp på vårdplaneringsmöte två (VPM2), där beslut tas om patienten är färdigbehandlad eller inte. Finner professionerna på VPM2 patienten färdigbehandlad så avslutas patientärendet, annars fastställs en ny vårdplan då tidigare insatser inte har gett önskat resultat. En flödeskarta över patientflödet ses i figur 6 nedan.



Figur 6 En detaljerad flödeskarta över hur patienter kommer in via inkommande remiss (uppe till vänster i figur) och antingen lämnar systemet eller skickas vidare till antingen kön för behandling (Kö G) eller kö för fördjupad utredning (Kö M).

4.2 Läkarnas arbetsuppgifter

Nedan presenteras vilka olika typer av läkare som finns representerade på BUP och vad deras arbetsuppgifter är. Detta för att förstå vilka arbetsuppgifter som tar mycket tid och inte nödvändigtvis behöver läkarkompetens för att utföras.

4.2.1 Typer av läkare och schemalagda uppgifter

På BUP finns det olika typer av läkare och BUPs ledning⁶ delger att ungefär hälften av de anställda är specialistläkare med god erfarenhet inom barn- och ungdomspsykiatri. Av dessa är en läkare på varje mottagning vårdenhetsöverläkare (VÖL) med större medicinskt och administrativt ansvar gentemot övriga läkare på vårdmottagningen. Det finns också läkare som genomgår sin specialistutbildning (ST-läkare), vilka inte har lika stor erfarenhet som specialistläkarna. Det finns dessutom ett fåtal vikarierande underläkare som ännu inte tagit sin läkarlegitimation. Underläkarna tar inga medicinska beslut utan hjälper mer till med rutinärenden.

De arbetsuppgifter som är mest tidskrävande för läkarna är framförallt medicinering och intygsskrivande. Journalföring, jourpass och patientbesök tar också upp mycket tid medan andra uppgifter som remissbedömning, handledning, rondering och läkarmöte tar

⁶ Ledning (Barn- och ungdomspsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset) intervjuad av författarna den 27 februari 2017.

mindre tid. Utöver läkarnas planerade arbetsuppgifter kopplas läkarna in vid svåra akutärenden, till exempel för suicidriskbedömning.

I tabell 3 nedan visas ett exempel på hur en läkares vecka ser ut med de vanligaste posterna representerade. Posternas andel är hämtade från en VÖLs veckoschema. Fördelningen anses inte vara representativ för alla läkare men är en fingervisning på hur andelen kan vara fördelad. Medicinering och intygsskrivande ligger inte som en enskild post då de är inkluderade i andra poster. Övrig administrativ tid är en sammanslagning av de poster som ligger under nästa avsnitt, *4.3.2 Administrativt arbete*.

Tabell 3 Fördelning av en läkares arbetsvecka.

Schemalagd post	Andel av vecka (%)
Patientbesök	33
Remissbedömning	8
Handledning	4
Rondering	4
VPM	8
Personalmöte	4
Läkarmöte	6
Nybesöksteam	8
Övrig administrativ tid	17
Teamarbete	8
Summa	100

4.2.2 Administrativt arbete

En stor del av läkarnas arbetstid går till administrativt arbete. De mest tidskrävande administrativa arbetsmomenten är att hantera olika typer av remisser och intyg, samt att signera och journalföra dokument. Läkarna ansvarar också för viss planering av veckoscheman för andra läkare på mottagningen. Dock är schemaläggning ett administrativt arbete som inte kräver läkarkompetens för att utföra, och av den anledningen är det inte optimalt att läkare utför denna arbetsuppgift. Mycket av läkarnas administrativa arbete är inte schemalagt vilket gör det svårt att hinna med allt arbete under arbetsdagarna. Det medför att läkarna ibland måste göra avkall på andra saker som egentligen ska utföras. Majoriteten av de intervjuade tycker att mer schemalagd tid för administration är önskvärt för att inte hamna efter eller glömma av information vid exempelvis journalföring.

Läkarnas olika arbetsmoment innehåller vissa moment som kräver läkarkompetens, medan andra inte kräver det. Det finns flera olika anledningar till att läkare utför arbetsmoment som inte kräver läkarkompetens, men mestadels utförs dessa på grund av gamla traditioner eller kapacitetsbrist av andra professioner.

4.3 Kommunikationskanaler

Inom ramen för BUPs verksamhet används flera olika typer av kommunikationskanaler med både bra resultat samt utrymme för förbättring. Med information från intervjuerna och enkätundersökningen presenteras nedan mer ingående hur kommunikationen sköts på mottagningarna, vilka kanaler som används och hur bra de fungerar.

4.3.1 Kommunikation mellan läkare och patienter

Genom kartläggning av läkarnas kommunikation till och från patienter upptäcktes både tidskrävande och ej nödvändiga moment. Utöver befintliga kommunikationskanaler undersökte enkäterna även patienter och vårdnadshavares inställning till nya typer av kommunikationskanaler. Enkätundersökningen indikerade att telefon var den mest populära kontaktkanalen, men att även SMS och e-post föredrogs av vissa (för exakta resultat se appendix 7).

Kommunikationen mellan läkare och patienter förs huvudsakligen vid besökstillfället, där tiden för även nästa besök ofta stäms av. Uteblir patienten från ett besök, så använder läkarna främst telefon för att nå patienten. Detta moment är tidskrävande då många patienter och vårdnadshavare inte svarar i telefonen utan läkarna får sitta och ringa flera gånger. Enligt intervjuerna väljer ibland patienter och vårdnadshavare att inte svara i telefonen för att läkarna ringer från ett dolt nummer.

Vid enstaka fall används brev som kommunikationskanal, främst när läkarna inte når fram på telefon. Tjänsten Mina vårdkontakter på 1177.se används idag väldigt lite av både läkarna och patienter eller deras vårdnadshavare. I intervjuerna framgick att läkarna har bristande kunskap om hemsidan. Tillskillnad från e-post så klarar Mina vårdkontakter de medicinska sekretesskrav som ställs på kommunikationskanaler mellan läkare och patient. Läkarna belyste dock vikten av att hålla nere antalet kommunikationskanaler för att inte arbetsbördan ska öka vid avsökning av flera olika informationsströmmar.

4.3.2 Kommunikation mellan läkare och övriga professioner

Inom BUP finns flera olika kommunikationskanaler som personalen använder sig av. Läkarna har dels inplanerade möten och dels informella, kortare samtal. De vanligaste inplanerade mötena är vårdplaneringsmöten, handledningsmöten och läkarmöten. Utöver det sker kommunikationen mycket via dörrknackning, post-it lappar och i korridoren eller i fikarummet. Det finns också tillgång till whiteboardtavlor i korridor och konferensrum som, från observationerna inte används i så stor utsträckning.

Ett förekommande sätt att ta kontakt med läkare är via journalsystemet Melior, med bevakningar. Bevakningar är meddelanden som kommer upp som notiser i journalsystemet hos mottagaren. Vanliga meddelanden som skickas med bevakningar är exempelvis om läkaren kan se över en specifik journal, skriva ut receptförnyelse eller inplanering av möten. Enligt intervjuerna fungerar inte funktionen bevakning på ett bra

sätt. I och med att det är ett textmeddelande innehåller sällan meddelandet tillräckligt med information för att läkarna ska förstå exakt vad avsändaren vill ha hjälp med eller svar på. Det skapar ett behov av att införskaffa ytterligare information som kunnat undvikas vid andra kommunikationskanaler. Utöver journalsystemet Melior används tidsbokningssystemet Elvis. Enligt intervjuerna är inte något av systemen användarvänliga och inte heller kompatibla med varandra.

Inom de olika professionerna på BUP är uppfattningen, enligt intervjusvaren, att kommunikationen fungerar bra. Däremot upplevs kommunikationen mellan de olika professionerna fungera sämre. Många gånger leder kommunikationen till dubbelarbete inom exempelvis anamnestagning (sjukdomshistorik) och journalföring. Inom varje profession används olika språkstilar vilket försvårar kommunikationen dem emellan. Inom BUP är läkarnas språkstil den dominerande vilket gör att andra professioner känner att de måste anpassa sin egna språkstil efter läkarnas.

4.4 Arbetsmiljö

Detta avsnitt beskriver den rådande arbetsmiljön på BUP. Då känslan av sammanhang är viktigt för att klara av ett arbete med hög arbetsbelastning har fokus lagts på att undersöka känsla av sammanhang (KASAM) hos läkarna. Individer har olika utgångspunkter i sin upplevda KASAM och uppfattar därför inte stress i situationer på samma sätt. Studien har kartlagt läkarnas upplevda KASAM och i slutet av de tre avsnitten redovisas en sammanställande figur över läkargruppens sammanvägda KASAM. Som det beskrevs i det teoretiska ramverket består KASAM utav meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. I följande avsnitt kommer de tre begreppen gås igenom.

4.4.1 Meningsfullhet

Som nämndes i teoriramen påverkas känslan av meningsfullhet av att känna samhörighet med kollegor, att man gör ett viktigt uppdrag, gemensamma värderingar för att se meningen med arbetet, att ha tydliga mål, att få belöning för ansträngning och att positiva upplevelser stärker känslan av mening.

Ur intervjuerna framgick det att det finns en god gemenskap och att personalen känner samhörighet med varandra, vilket ger personalen en ökad känsla av meningsfullhet. Läkarna upplever sitt arbete som viktigt och där nyttan är tydlig, vilket ökar deras motivation. De får även stimulans från själva arbetet vilket är ett av de kännetecken för god psykosocial arbetsmiljö (Rubenowitz, 2004). Målen upplevs som relativt tydliga, men det finns önskemål om en fokus-tavla som visar vart vi är på väg och vad som ska göras i veckan. Uppgifter om läkarnas gemensamma värderingar finns inte. Däremot berättar läkarna att de saknar belöning eller erkänsla för ansträngning. Positiva upplevelser i form av vackra miljöer är det brist på, eftersom de inte är nöjda med de gamla lokalerna och att de flesta av öppenvårdsmottagningarna saknar natur runt arbetsplatsen. BUP Hisingen har dock precis renoverat sina lokaler vilket ger mer trivsel.

4.4.2 Begriplighet

Som nämndes i det teoretiska ramverket påverkas känslan av begriplighet av att inneha en förståelse för uppdraget, ha tillräcklig kunskap för sin uppgift, känna till mått på

framgång, ha en helhetssyn, att känna till historien i organisationen, få återkoppling av arbetskamrater eller chefer och att ha en begriplig kommunikation som stärker arbetsplatsens begriplighet. Begriplighet handlar alltså om att ha tillräcklig förståelse för att kunna känna sig trygg och att ha ”koll på läget”.

Ur intervjuerna framgår det att ett flertal läkare inte känner sig trygga. De är rädda att göra fel, känner sig ofta ensamma i många ärenden och får inte den hjälp de behöver. Ur intervjuerna kan ett citat som ”dokumenteras in absurdum” hittas, och detta menas vara en konsekvens av att vissa läkare känner ångest över att bli anmäld och försöker skydda sig med bra journalanteckningar.

Generellt har läkarna en förståelse för uppdraget och upplever att de har tillräckliga kunskaper för sina arbetsuppgifter, som de har skaffat sig genom utbildning, arbetslivserfarenhet och genom arbetstid. Däremot upplever de nyanställda läkarna lite mer brister i förståelsen för uppdraget och att de har otillräckliga kunskaper om sina arbetsuppgifter, vilket gör att de inte känner sig ha så bra koll på läget.

En stor anledning till varför många har känt sig och känner sig otrygga idag är på grund av att nyanställda upplevde sin introduktion till arbetsplatsen som knapphändig och otillfredsställande. Exakt hur de olika mottagningarna arbetar med rutiner vid nyanställning är inte kartlagt i denna studie, men intervjuerna visade på att vissa brister kopplade till introduktion av ny personal förekommer. Introduktionen upplevdes som kort, ostrukturerad och att arbetsgivarna antog att arbetstagaren redan kände till saker som den nyanställda inte gjorde. Läkarna upplevde även att introduktion till administrativa uppgifter uteblev samt att beskrivningar av arbetsrutiner inte fanns. Konsekvenser av den bristfälliga introduktionen var att den nyanställde kände sig inkastad i ett nytt jobb utan att veta hur den skulle agera, vilket skapade en enorm stress och otrygghet. Det är dessutom en påfrestning för läkaren när det inte erbjuds tillräckligt med handledningstillfällen och där läkaren inte vet när man kan fråga om hjälp, tvingas skjuta upp beslut som den inte kan ta eller att den tvingas ta ett osäkert beslut.

Många läkare medger att de upplever att de inte har en överblick över arbetet, vilket påverkar deras helhetssyn. Dels för att systemen Melior och Elvis inte har en sådan funktion och dels för att cheferna inte aktivt delar med sig av vad som händer i veckan på arbetsplatsen, status på den aktuella kön samt pågående förändringar. Många uttryckte även sin avsaknad av positiv och negativ återkoppling från arbetskamrater och chefer. Ibland förekom blandad feedback från patienter och anhöriga.

Läkarna berättar i intervjuerna att de saknar ett bra kommunikationsklimat. Frågekulturen är bra även om det resulterar i att de blir avbruten anser många läkare. De beskriver det som ett nödvändigt ont och att det ingår i jobbet. I intervjuerna framgick det att läkarna är oense om vad de tycker om ”knackningarna på dörren”. Vissa upplever det som en acceptabel nivå medan andra upplever att de blir för mycket avbrutna med sina egna arbetsuppgifter. De var eniga om att ibland är det onödiga frågor som ställs eller saker som kan vänta till nästa VPM-möte. Läkarna är heller inte så förtjusta i de gula lapparna. Vårdpersonal kan även kommunicera med varandra i Melior och skicka meddelanden (bevakningar) som är patientspecifika. Bevakningarna stressar och den här kommunikationshanteringen upplevs inte som klok eller begriplig.

En läkare kan idag få mellan 30 och 40 nya bevakningar per dag och de kan komma från olika håll, exempelvis från en psykolog från samma BUP-mottagning eller en läkare från en annan BUP-mottagning. Bevakningarna stressar eftersom ingen annan kan se hur många bevakningar man redan har och om läkaren skulle gå på semester ligger ibland flera viktiga bevakningar kvar obesvarade. Det finns heller ingen markör att läkaren inte är på plats så bevakningarna fortsätter att trilla in, vilket blir onödigt lidande för patienterna.

4.4.3 Hanterbarhet

Som nämndes i teoriramen påverkas känslan av hanterbarhet av yrkesskicklighet och sin möjlighet att tillämpa den, fysisk och psykisk ork, inflytande över sitt arbete, verktyg som underlättar hanteringen av arbetsuppgifter, socialt stöd och en fungerande organisation med ordning och tydliga roller. Hanterbarhet innefattar individens resurser och förmågor för att klara av krav och att känna kontroll samtidigt som socialt stöd finns.

Det framgår ur intervjuerna att läkarna känner sig stressade över kön. De långa köerna till BUP stressar de anställda, patienter och anhöriga. Personalen upplever frustration över de långa köerna och känner sig maktlösa när de vet att de kan hjälpa barnen men vissa tvingas ändå bli bortprioriterade. Vårdpersonalen har den yrkesskicklighet som krävs men det känns ändå ohanterligt för dem eftersom de inte får möjlighet att använda den på grund av att inga tider finns tillgängliga.

Då köerna och väntetiderna växer, ökar även missnöjdheten hos föräldrarna och anhöriga till patienterna. Det leder till att all vårdpersonal får ta emot mycket klagomål och hantera missnöjda föräldrar. Det finns till exempel mycket frustration hos familjer för att utredningar inte blir klara i skälig tid. Föräldrar sätter stor press på läkarna vilket är enormt psykiskt påfrestande. Läkarna önskar att både de själva men främst andra yrkeskategorier lärde sig att hantera missnöjda föräldrar på ett bättre sätt, där en idé var utbildning. När besvärliga samtal kommer in finns det en tendens av sekreterare och andra yrkeskategorier att lämna över det till läkaren. Det händer även att föräldrar kommer med konstiga önskemål vilket läkarna inte har tid att genomföra. Trots det kan sådana krav och samtal dyka upp på deras bord, så därför önskar läkarna att lite mer saker hade sållats bort innan det kom till deras bord. Alltså upplever läkarna att organisationen saknar tydlighet i vem som bemöter föräldrarna och hur de ska bemötas på bästa sätt.

Ytterligare externa påtryckningar som sätter höga krav på läkarna kommer från skolor och myndigheter som försäkringskassan och socialtjänsten. De kräver ofta intyg utav olika slag för patienten men läkarna känner en etisk press att hellre prioritera mer akuta direkta patientärenden än att skriva ett intyg.

Läkare och sekreterare samarbetar för att minska läkarens administrativa uppgifter och för att ge läkaren mer tid till patient- och medicinärenden. Om samarbetet fungerar bra blir sekreteraren ett stöd som minskar läkarens arbetsbelastning. Läkaren kan diktera bort mycket och sekreteraren kan sedan schemalägga åt läkaren. Om samarbetet fungerar mindre bra ökar istället arbetsbelastningen för läkaren och det stressar när tiden inte räcker till för patienterna. Vad som kan fungera mindre bra är då sekreteraren inte

förstår hur läkaren jobbar och gör bokningar som inte fungerar. Läkaren blir stressad när patienter blir inbokade under lunchen eller när läkaren är ny på jobbet och får fyra patienter inbokade under första dagen. Läkarna tycker att det blir extra jobb för dem om de själva ska behöva boka in patienter. BUP Frölunda har ett fungerande samarbete mellan läkare och sekreterare, medan på de andra mottagningarna upplevs samarbetet som inte fungerande. På BUP Frölunda har varje läkare en personlig sekreterare.

I intervjuerna tycker läkarna att organisationen inte är upplagd på ett sätt som skapar förutsättningar för att trivas och för att fungera väl i arbetet. De upplever det svårt att kombinera planerad vård med akutärenden och det stressar när de känner att deras egen kapacitet inte räcker till. Läkarna anser därför att det är brist på läkare idag och att de är för få. De vill vara fler för att klara av arbetet och för att få ökad hanterbarhet. Idag har läkaren ingen avsatt tid för akutärenden vilket påverkar läkarens egenkontroll och påverkar inflytandet negativt. Den upplevda bristande kontrollen tror läkarna är en bidragande faktor till den höga personalomsättningen på BUP.

”Största källan till stress överlag är att arbetstiden inte räcker till, det är så mycket runtomkring som inte är patientbesök som ska göras.” är ett citat från en respondent på en av intervjuerna. Läkarna är eniga om att tiden i förhållande till arbetsmängden inte stämmer överens och att det påverkar deras psykiska ork negativt. Läkare jobbar ofta övertid vilket gör att deras tid för återhämtning minskas. I ett försök att hantera belastningen tar vissa läkare med sig jobbet hem och jobbar undan administrativt arbete som de inte har hunnit med under veckan.

Läkarna är eniga om att de upplever arbetsmiljöstress. Det är på grund av den känslomässiga och etiska stressen som uppkommer när de känner ansvar för att hjälpa till men att de inte får möjlighet att göra det. Känslan av att man inte klarar av sitt jobb leder till kontrollbrist och en stark känsla av att situationen är ohanterlig. Därför efterfrågar läkarna i intervjuerna mer känsla för kontroll och ökad delaktighet. Flera pratade om vikten av att personalen mår bra. Idag när det blir för tungt finns ingen lust eller motivation till att lösa svåra problem, vilket resulterar i att problemen skickas runt istället. ”Inom vården generellt så har alla mycket att göra och försöker bolla över det på någon annan. Ibland kan både skolan och socialtjänsten också stöta ifrån sig för de har mycket att göra.” är ett citat från en respondent på en av intervjuerna.

Det framgår i intervjuerna att systemen stressar läkarna mycket och att de upplevs som ”vansinniga”. Elvis skapar otrolig stress och är ett bristande verktyg, till exempel när bokningar inte fungerar. Systemen pratar inte med varandra vilket också gör det svårare att hantera vissa arbetsuppgifter.

Läkarna efterfrågar socialt stöd som kan vara både emotionellt och praktiskt, för att arbetet ska kännas mer hanterbart. De känner ett behov utav att kunna prata av sig med andra om sin oro eller jobbiga händelser. Psykologer får idag stöd i form av samtal medan läkarna inte får det. Läkarna hade kunnat tänka sig grupphandledning eller individuella samtal med psykolog. Socialt stöd kan även förekomma i praktisk form som handledningstillfällen.

I figur 7 finns en sammanställning över läkarnas upplevda KASAM i grupp idag. Där de gröna rutorna beskriver att den delen finns eller finns i viss mån. De röda rutorna symboliserar delen med brist eller viss brist.

Meningsfullhet	Idag	Begriplighet	Idag	Hanterbarhet	Idag
• Samhörighet	Finns	• Förståelse för uppdraget	Viss mån	• Yrkesskicklighet	Finns
• Ett viktigt uppdrag	Finns	• Ha kunskap för sin uppgift	Viss brist	• Ork	Brist
• Värderingar	Vet inte	• Mått på framgång	Vet inte	• Inflytande	Viss brist
• Tydliga mål	Viss mån	• Helhetssyn	Brist	• Verktyg	Brist
• Belöning för ansträngning	Brist	• Känna till historien	Vet inte	• Socialt stöd	Brist
• Positiva upplevelser	Brist	• Återkoppling	Brist	• En fungerande organisation	Brist
		• Begriplig kommunikation	Brist		

Figur 7 Sammanställning över läkarnas upplevda KASAM.

5 Problemanalys

Detta kapitel svarar på frågeställning 2, gällande vilka problemområden som kan identifieras i läkarnas arbetsuppgifter och den rådande arbetssituationen. Kapitlet grundar sig på nulägesbilden som presenterades i föregående kapitel, samt det teoretiska ramverket och de metoder som beskrivits under analys av insamlad data.

5.1 Bristande informationskvalitet

Kommunicering av information är en viktig del av arbetet på BUP, både mellan anställd och patient, mellan de anställda och inom organisationen. Ineffektiv kommunikation, som exempelvis leder till omarbete eller dubbelarbete, innebär slöserier och det är därför av stor vikt att BUP använder sig av fungerande kommunikationskanaler som minimerar eventuella slöserier. Nedan presenteras vilka problem som identifierats på BUP i dagsläget när det gäller informationskvalitet mellan läkare och patienter, läkare och övrig personal samt informationskvaliteten inom organisationen.

5.1.1 Kommunikation mellan läkare och patienter

Enligt enkätundersökningen var majoriteten av patienterna och föräldrarna positivt inställda till att prata i telefon men också SMS och e-post. En betydande del av läkarnas tid går åt till telefonsamtal där vissa är telefonmöten i behandlingssyfte och andra i administrativt syfte. Ibland hamnar läkarna i utdragna diskussioner med föräldrar vilket är, enligt läkarna själva, ett stress- och irritationsmoment som kan uppta mycket tid. I administrativt syfte är telefon inte alltid nödvändigt då informationen skulle kunna kommuniceras på annat sätt. Dock så finns det restriktioner med andra kanaler som gäller sekretessfrågor vilket begränsar BUP i dess användande av flera kanaler.

I många fall upplever läkare att mycket information och många olika typer av ärenden som tar deras uppmärksamhet inte egentligen hör hemma på deras skrivbord, utan många ärenden upplevs kunna besvaras och hanteras av en annan profession istället.

5.1.2 Brister i kommunikation mellan läkare och övriga professioner

I kapitel 4.3 *Kommunikationskanaler* beskrevs hur kommunikationen mellan läkare och övriga professioner på BUP sker i dagsläget. Nedan presenteras vilka problem som identifierats kopplade till dessa kommunikationskanaler.

5.1.2.1 Bevakningarnas funktion är bristfällig

Vid den interna kommunikationen mellan kollegor används ofta funktionen bevakningar i datorsystemet Melior. I intervjuerna framgick det att denna funktion inte fungerar optimalt. Det finns inget som bekräftar att bevakningen har levererats till mottagaren och inte heller om bevakningen har blivit läst. Det går heller inte att veta hur mycket kollegan som mottagit bevakningen har att göra. På grund av den bristande transparensen kan detta leda till att bevakningsfördelningen mellan läkarna blir ojämn och att mängden bevakningar blir ohanterlig. Den resulterande tidsfördröjningen kan också leda till att andra professioner behöver vänta på läkare och därmed inte kunna komma framåt i behandling eller utredning. Informationen kan dessutom bli inaktuell på grund av tidsfördröjningen.

Utöver bevakningarna får läkarna även lappar från kollegor, exempelvis gällande olika patientärenden eller patienter som vill bli kontaktade. Informationen är många gånger bristfällig, vilket skapar ett behov av ytterligare kommunikation innan läkaren kan förstå vad avsändaren behöver hjälp med. Då bevakningarna i Melior inte fungerar bra, utnyttjas andra metoder som dörrknackningar och små noteringar på post-it-lappar i större utsträckning. Detta innebär att läkarna blir mer avbrutna i sitt arbete vid dörrknackningar, att post-it-lappar riskerar att försvinna och att ärendet inte hanteras i tid.

5.1.2.2 Bristfällig kommunikation leder till omarbete och osäkerhet

Dubbeltarbete sker också mellan läkare och andra professioner. Det är inte ovanligt att anamneser och journalrapporter överlappar med varandra då personalen inte är tillräckligt medvetna om vad andra på mottagningen arbetar med. Kommunikationen mellan läkare och övrig personal skulle kunna förbättras avsevärt för att få en bättre inblick i varandras arbeten och veta vad de gör.

Inom BUPs mottagningar fungerar kommunikationen läkare emellan relativt bra. Vad som kan förbättras mellan läkarna är att hjälpa varandra mer genom handledning, vilket grundar sig i läkarnas tillgänglighet. ST-läkare och AT-läkare uppfattar det ofta problematiskt att hitta tid med överläkarna för konsultation och rådgivning.

5.1.3 Kommunikation inom organisationen

Vid patientbesök när patienten har anlänt och väntar i väntrummet finns det inget bra system för att meddela personalen om att en patient faktiskt har inkommit. Det resulterar att personalen idag får gå och titta till väntrummet för att se om patienten har kommit vilket, om patienten är sen, kan innebära att en läkare måste gå och kolla i väntrummet var femte minut i en halvtimme för att se om patienten är där. Det gör att personalen i fråga har svårt att starta med något annat och vara produktiv vilket leder till förlorad tid.

Jouruppdraget är ett moment som uppfattas som stressande och energikrävande som inte sällan gör att personalen känner sig utmattade. Det beskrivs ofta som att de jouransvariga är mycket mer spända under hela jourtiden och att deras andra arbetsuppgifter blir lidande. Många upplever att det är lite i överkant att ha en så pass omfattande jourverksamhet på varje mottagning runt om i Göteborg, speciellt med tanke på att det rör sig om specialvård.

Vid störningar (som sjuk personal, VAB eller akutärenden) på mottagningarna eller vid ändring av personalbemanningen finns det inget system som informerar om ändringarna. Ett problem som detta medför är att ansvarsövertagandet riskerar att utebli därigenom att arbetsuppgifter som medicinrådgivning och administration inte sker i tid och därmed hindrar andra arbetsmoment från att utföras.

Det har framgått i intervjuerna att de olika mottagningarna i Göteborg arbetar ganska olika med exempelvis schemaläggning och synkronisering av arbetssysslor. Resultatet blir att några mottagningar fungerar bättre än andra och det finns ingen funktion så att man kan dra nytta av varandras förmågor och lära sig av de mottagningar som har fungerande strukturer.

I och med att datorsystemen inte fungerar som personalen önskar uppkommer alternativa metoder som upplevs bättre för användaren. En begränsning är att datorsystemen Melior och Elvis inte är kompatibla att kommunicera med varandra, vilket påverkar exempelvis hantering av journaler och schemaläggning. Omarbete uppstår till exempel när en läkare (eller annan yrkesprofession) ska gå från att se en viss patient i tidbokningssystemet Elvis till att öppna samma patient i journalsystemet Melior. Här uppstår det ett problem på så vis att systemen inte är kompatibla med varandra och läkaren manuellt måste mata in exempelvis personnumret i båda systemen. Hade systemen varit kompatibla med varandra hade denna del undvikits och ett onödigt moment hade kunnat uteslutas. Under intervjuerna så uttryckte respondenterna också frustration över systemens brister sett till användarvänlighet.

5.2 Variation

Som diskuterats i teoriavsnittet *Variationer*, så är variationer den främsta anledningen till väntetider i vården. Därför ligger det stor vikt i att identifiera orsakerna bakom variationerna för att komma underfund med väntetiderna.

5.2.1 Patientinflöde

Barn- och ungdomspsykiatrisk vård är ett högt specialiserat arbetsområde som kräver speciell kompetens av personalen. Gemensamt för BUPs fem öppenvårdsmottagningar är att alla har brist på personal. Mottagningarna har att göra med många olika problematiker hos barn och unga vilket skapar variationer i kapacitetsbehovet.

Intervjuerna visar att det inte heller finns någon struktur eller planering av patientinflödet till BUPs öppenvårdsmottagningar. Patienter kan bokas in av alla som arbetar på mottagningarna där det finns luckor i de anställdas scheman, vilket skapar stora variationer i patientinflödet. Då patientinflödet inte planeras upplever BUP dessutom att de inte har kontroll över antalet patienter i flödet. Det får exempelvis logistiska problem i form av svårigheter att boka samtalsrum. Enligt anställda på BUP så förekommer det dessutom, med relativt hög frekvens, att patienter uteblir från sitt inplanerade besök. Detta leder till slöserier på så sätt att läkaren får sitta och vänta på patienten, utan att veta om patienten kommer dyka upp. Hade patienten i fråga, istället för att utebli från besöket, lämnat ett återbud så hade läkaren kunnat utnyttja tiden till att påbörja arbetsuppgifter som tar längre tid.

5.2.2 Remisser och intyg

Hantering av remisser och intyg är en del av det dagliga arbetet på BUP och mycket arbetstid läggs på detta, både av läkare och andra professioner. I dagsläget förekommer stora variationer i hur intyg och remisser är utformade. De remisser som kommer in har varierande struktur och detaljnivå, vilket gör att varje remiss måste hanteras olika. Ibland är informationen bristfällig och behöver kompletteras, medan den i andra fall har en hög detaljnivå som är nästintill överflödig. Intyg måste hela tiden tas fram från början då det inte finns några standardiserade mallar. Det leder till ett onödigt slöseri när samma typ av intyg skrivs flera gånger.

5.3 Kapacitetsbehov

Antalet remisser har under de senaste åren ökat till BUP och skapat en obalans mellan efterfrågan och BUPs kapacitet. Det har skapat stora väntetider för patienterna och intervjuerna visar att tillgängligheten till läkartider upplevs vara en betydande flaskhals i BUPs verksamhet. Nedan diskuteras problem som identifierats i BUPs verksamhet gällande kapacitetsbehov, vilka är *Obalans mellan efterfråga och kapacitet, Läkarnas arbetsuppgifter, Koordinering mellan professioner* samt *Vårdplaneringsmöten*.

5.3.1 Obalans mellan efterfråga och kapacitet

Under intervjuerna märktes en viss frustration med avseende på första linjen. Första linjen är ett samlingsnamn på de funktioner och verksamheter som erbjuder hjälp i ett tidigt skede för barn och unga med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa (Uppdrag Psykisk Hälsa, 2016). Viss personal på BUP upplevde det frustrerande att första linjen och även vårdcentraler har brist på exempelvis psykologer vilket leder att patienter med lättare till medelsvåra problem skickades till BUP istället för att tas omhand där. Men eftersom det är personalbrist på många ställen och det är omoraliskt att patienter skickas runt till olika mottagningar blir det i verkligheten så att BUP ofta tar emot dessa patienter på grund av geografisk närhet och en känsla av ansvar.

5.3.2 Läkarnas arbetsuppgifter

Som diskuterats i avsnitt 4.2 *Läkarnas arbetsuppgifter* utför läkarna mycket administrativa uppgifter som inte är schemalagda. Läkarna skriver också många intyg till patienterna, som av politiska skäl behöver skrivas av läkare, vilket upptar mycket av läkarnas arbetstid. Enligt intervjuerna utför läkarna dessutom arbetsmoment, som skulle kunna utföras av andra, på grund av gammal tradition och i vissa fall avsaknad av andra professioner.

5.3.3 Koordinering mellan professioner

Vid utredningar av neuropsykiatriska sjukdomar, där patienterna utreds av flera professioner, är läkarbesöken i en majoritet av fallen det steg som drar ut mest på utredningstiden. Hur de olika mottagningarna går tillväga vid uppbokningen av läkartiden till utredningen varierar. Vissa mottagningar bokar in den samtidigt som övriga besök för utredningen bokas in, medan på andra mottagningar bokas läkartiden först in när övriga besök är genomförda, vilket ofta leder till att det blir inbokat långt fram eftersom läkarna inte har några lediga tider nära i tiden. Det skapas även stora brister i koordineringen av de olika professionerna när patientmöten slumpmässigt bokas in, då koordineringen blir väldigt svår för att alla professioner är väldigt uppbokade. Det får inte bara följder för de anställda, utan även för patienter som inte får en sammanhängande vård då inbokningen av tider pusslas ihop efter hur professionerna är lediga. Samtidigt som onödigt omarbete skapas, som ytterligare påverkar patienternas väntetider, så kan också behandlingarnas effekt och patientsäkerheten äventyras. Bättre planerad tid för administrativt arbete och bättre koordinering mellan professionerna anses vara av betydande vikt för att bättre möta rådande efterfråga.

Genom intervjuerna framgick det att läkare ofta är inblandade i schemaläggningen, främst när det gäller schemaläggning för läkare och joursheman. Varför läkarna är delaktiga i framtagandet av läkarscheman motiverades med att det endast är läkare som

kan göra detta, då de andra professionerna inte har kunskap i hur koordineringen mellan olika läkare och andra yrkeskategorier ska läggas upp mest optimalt. Då ett ickefungerande veckoschema kan skapa missnöje mellan olika yrkeskategorier, kan mindre frustration uppstå om veckoscheman läggs av samma profession som de avser. Dock är schemaläggning ett administrativt arbete som inte kräver läkarkompetens för att utföra, och av den anledningen är det inte optimalt att läkare utför denna arbetsuppgift.

5.3.4 Vårdplaneringsmöten

Mottagningarna har en dag i veckan som är avsatt för vårdplaneringsmöten. Mötena behandlar både bedömning av vårdplan efter nybesök (VPM1) och lägesbedömning efter avslutad planerad behandling (VPM2). Vårdplaneringsmötena ger även möjlighet för de anställda att diskutera frågor och orosmoment som uppstått under patientbehandling eller utredning. Efter intervjuer med de anställda anses vårdplaneringsmötena uppta mycket resurser och vara ineffektiva. Samtidigt anses att det många gånger krävs mycket resurser för att klara av att hålla uppe vårdkvaliteten och upprätthålla en hög patientsäkerhet.

Trots de tider som tillhandahålls vid vårdplaneringsmötena framgick i intervjuerna att läkarna nästan konstant blir avbrutna i sitt arbete av andra anställda som knackar på dörren och behöver rådfrågning eller hjälp med patientärenden. Detta sågs av intervjuade läkare som en del av deras arbete, att kunna hjälpa till och driva patientärenden framåt. Däremot anses det leda till slöserier eftersom läkarna ständigt får börja om med sitt eget arbete. Enligt de intervjuade läkarna är det många av avbrotten angående patientärenden som inte är av akut karaktär, utan egentligen kunnat diskuteras under nästkommande vårdplaneringsmöte.

5.4 Bristande arbetsmiljö

För att god psykosocial arbetsmiljö ska råda krävs det att personalen känner en känsla av sammanhang genom att känna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. För att göra det har följande problemområden identifierats: *Bristfällig introduktion, Brist i arbetsledningsklimatet, Inget socialt stöd, För få handledningar, Hög arbetsbelastning, Okunskap i bemötande.*

5.4.1 Bristfällig introduktion

BUPs höga personalomsättning är ett tidigt identifierat problem i studien. Den höga personalomsättningen leder till förhållandevis höga kostnader för rekrytering och sammantaget långa perioder av ineffektivt arbete på grund av inlärningsperioder. Det framgick i intervjuerna att personalen upplevde att de behövde mer information och upplärning samt att de antogs i förhand veta olika arbetsmoment. De kastades istället direkt in i nya arbetsuppgifter vilket skapade brist på kontroll över sin arbetssituation som i sin tur ledde till stress och otrygghet. Introduktionen upplevdes kort och gav inte nyanställda tillräckligt med kunskaper för att hantera de nya arbetsuppgifterna med självsäkerhet vilket påverkades deras effektivitet. Det blir svårt för nyanställda att jobba bra utan en ordentlig introduktion till arbetsmoment och rutiner. De missar även chansen att få lära sig de verktyg som finns för att göra arbetet lättare, till exempel datasystemen och olika rutiner. En sak som försvårar introduktionen är alltså avsaknaden av skriftliga arbetsinstruktioner. Under intervjuerna framkom det att vissa

av läkarna saknar arbetsinstruktioner för hur de ska gå tillväga vid olika arbetsuppgifter, hur ansvarsfördelningen ser ut och vem som förväntas göra vad.

En dålig introduktion påverkar individens första intryck av arbetsplatsen och det kommer sätta en långvarig prägel på personen och beskrivs i det teoretiska ramverket, 2.9.4 *Introduktion på ny arbetsplats*, är första intrycket viktigt för att bibehålla personal på arbetsplatsen och motverka personalomsättning.

5.4.2 Brister i arbetsledningsklimatet

Som det betonades i det teoretiska ramverket av både Angelöw (2002) och Hultberg et al. (2010) har chef- och ledarskapet stor påverkan på den psykosociala arbetsmiljön. Ett problem som framgår ur intervjuerna är att det idag finns vissa brister i arbetsledningsklimatet. Det är ett problem eftersom det påverkar den psykosociala arbetsmiljön negativt och kan även leda till sjukfrånvaro Rubenowitz (2004). De brister som har uppdagats är:

- att medarbetare inte får tillräckligt med återkoppling på sitt arbete
- att de anställda upplever att de saknar en överblick i arbetet
- att personalen har låg grad av delaktighet i att påverka sitt arbete
- att det inte tas tillräckligt ansvar för arbetsmiljön

5.4.2.1 Ingen återkoppling

Att inte få någon återkoppling är ett problem för att personalen inte vet om de gör ett bra jobb eller om de gör fel. Personalen behöver belöning och konstruktiv kritik för att upprätthålla engagemang, personlig utveckling och trivsel (Hultberg et al., 2010). Utebliven feedback upplevs vid hög grad av arbetsbelastning och konsekvensen blir ökad ohälsa och stress (Angelöw, 2002). Konsekvensen för BUP blir en omotiverad personalgrupp som inte känner sig sedda..

5.4.2.2 Överblick och delaktighet saknas

Läkarna upplever en kontrollförlust när deras delaktighetsgrad och överblick sjunker. Att inte ha någon överblick över arbetet är ett problem eftersom det påverkar individernas känsla av begriplighet negativt då de inte har någon helhetssyn. Läkare upplever att de inte har en önskvärd kontroll över sitt arbete och att de inte har möjligheten att styra arbetstakten, dels när akutärenden inkommer eller när sekreterare bokar in patienter olägligt. Att inte känna någon delaktighet i sitt jobb är problematiskt då inflytande bidrar till att känna egenkontroll och hanterbarhet.

5.4.2.3 Arbetsmiljöansvar

Arbetsgivaren ska leda och fördela arbetet men har även ett arbetsmiljöansvar enligt Arbetsmiljöverket. Som nämndes i teoriramen finns det föreskrifter och krav kring arbetsbelastning från Arbetsmiljöverket (AFS 2015:4) som arbetsgivaren måste följa. Det framgick ur intervjuerna att läkarna upplevde hög arbetsbelastning på grund av bristande tid, vilket gjorde att de mårde psykiskt dåligt. Bevakningssystemet idag ger en ojämn fördelning av antal bevaknings-meddelanden vilket gör arbetsbelastningen högre för vissa läkare utom synlighet för kollegorna eller chefen. Följaktligen finns det brister i arbetsmiljöansvarstagandet då BUP idag inte når upp till arbetsmiljöverkets krav och föreskrifter. Konsekvenser av att det inte jobbas aktivt med arbetsmiljöfrågorna är att signaler på brister i arbetsmiljön missas. Det i sin tur gör att

personal inte trivs och ett dåligt rykte om arbetsmiljön på BUP sprids. Enligt Rubenowitz (2004) orkar bara personal en påfrestande arbetsmiljö ett visst tag innan de byter jobb, vilket BUP verkar vara drabbade av och medför att de bör ta detta på största allvar.

5.4.3 Inget socialt stöd

Ur intervjuerna framgick det att läkarna ofta känner sig ensamma i ärenden och att de har ingen att rådfråga om de känner sig osäkra. Läkarna har ingen de kan ventilerar sina problem till eller en chans att få prata om jobbiga händelser. Påfrestande patientärenden tär på läkarna men de vet inte riktigt vart de ska vända sig med att hantera sina känslor. Från intervjuerna upplever läkarna att det känns konstigt att oplanerat knacka på någons dörr och börja prata om sina problem. Läkarna nämnde att psykologer får prata ut hur de mår i inplanerade samtal men att inte läkarna får den chansen och måste spontant knacka på någons dörr vilket gör att de hellre skippar det. Det är ett problem att det inte finns något socialt stöd till läkarna eftersom ett stöd skulle öka deras hanterbarhet i ett påfrestande arbete. Konsekvensen av problemet är att läkarna känner sig ensamma och överväldigade med sina problem som leder till att deras arbete upplevs som extra påfrestande.

5.4.4 För få handledningar

Ur intervjuerna framgick det att läkarna ofta känner osäkerhet i beslutstagande och är rädda för att göra fel. Läkarna upplever att det är för få handledningar vilket de upplever som ett problem. Det finns möjlighet till handledningstillfällen men på grund av läkarbristen är handledarna inte tillgängliga i den mån de nya läkarna önskar. Läkarna kan ibland tvingas ta beslut som de är osäkra på vilket kan medföra patientrisk och är ett stort stressmoment för läkaren. De vet inte alltid var de ska be om hjälp vilket minskar deras hanterbarhet. I planerade handledningar skulle det finnas utrymme för socialt stöd vilket det är upplevd brist på. Konsekvenser av för få handledningar är att läkarna mår dåligt och att de upplever fler situationer som stressfyllda.

5.4.5 Hög arbetsbelastning

Läkarna var eniga om att deras största källa till stress uppstår när de upplever att arbetstiden inte räcker till. Alltså upplever de att arbetets krav och individens resurser inte stämmer överens vilket gör att de ofta jobbar övertid. Det är ett problem för att det inte är hållbart i längden och kan leda till utbrändhet. För att hantera arbetets utmaningar, både genom att känna handlingsförmåga och möjlighet till handlingsutrymme, är det viktigt att varva arbetet med återhämtning. Att jobba mycket övertid och att jobba jourer gör det svårt för läkarna att hinna skaffa sig tillräckligt med återhämtning. Arbetsbelastningen ökar ytterligare för läkare när samarbetet mellan dem och sekreterarna inte fungerar på grund av att varje läkare inte har en personlig sekreterare som kan ta över de administrativa uppgifterna smidigt.

5.4.6 Okunskap i bemötande

På BUP får läkare, och övrig personal, ta hand om externa påfrestningar som oroliga, klagande eller upprörda föräldrar. Att finna psykisk ork till detta kräver extra energi och verktyg, något som läkarna upplever att det idag inte finns tillgängligt på BUP. Då andra yrkeskategorier upplever det jobbigt att hantera svåra föräldrar och vet inte hur de ska hantera de på bästa sätt så kopplas läkaren ibland in, helt i onödan. Det tar från läkarnas ork att hantera de andra medarbetarnas ångest och det blir ytterligare en

arbetsbelastning. Påfrestande föräldrar kan få personal att må dåligt och skapa en oro över att träffa en ny patient. Detta påverkar kön då personal som redan mår dåligt känner inte så stor lust att boka in fler patienter än nödvändigt.

5.5 Sammanställning av identifierade problemområden

För att möjliggöra en överblick finns i tabell 4 de identifierade problemområdena för respektive delkapitel listade.

Tabell 4 Sammanställning av identifierade problemområden i respektive delkapitel.

Identifierade problemområden	Delkapitel
"Onödiga" telefonsamtal upptar mycket läkartid	5.1.1 Kommunikation mellan patient och läkare
Läkaren får mycket ärenden som annan profession hade kunna genomföra	5.1.1 Kommunikation mellan patient och läkare
Bevakningarna i Melior är bristfälliga sett till användbarhet	5.1.2.1 Bevakningarnas funktion är bristfällig
Mycket kommunikation med gula lappar	5.1.2 Kommunikation mellan läkare och andra professioner
Läkarna blir avbrutna ofta, vilket leder till omarbete	5.1.2.1 Bevakningarnas funktion är bristfällig och 5.3.4 Vårdplaneringsmöten
Omarbete som följd av bristfällig kommunikation	5.1.2.2 Bristfällig kommunikation leder till omarbete och osäkerhet
Osäkerhet kring vem man som läkare ska vända sig till med frågor	5.1.2.2 Bristfällig kommunikation leder till omarbete och osäkerhet
Bristfälligt signalsystem när patient är sen	5.1.3 Kommunikation inom organisationen
Varierande arbetssätt på olika mottagningar	5.1.3 Kommunikation inom organisationen
Dagsjouren	5.1.3 Kommunikation inom organisationen
Systemen är inkompatibla och icke-användarvänliga	5.1.3 Kommunikation inom organisationen
Variationer sett till vem som bokar in patientbesök	5.2.1 Patientinflöde
Uteblivna besök	5.2.1 Patientinflöde
Avsaknad av struktur och varierande informationsgrad i inkommande remisser	5.2.2 Remisser och intyg
Omarbete på grund av att intyg alltid behöver skrivas från början	5.2.2 Remisser och intyg
Obalans i efterfråga och kapacitet	5.3.1 Obalans i efterfråga och kapacitet
Ej schemalagda aktiviteter	5.3.2 Läkarnas arbetsuppgifter
Läkare är inblandade i schemalaggningsen	5.3.3 Koordinering mellan professioner
Läkartid under fördjupad utredning bokas in för sent	5.3.3 Koordinering mellan professioner
VPM är resurskrävande	5.3.4 Vårdplaneringsmöten
Bristfällig introduktion	5.4.1 Bristfällig introduktion
Bristfällig feedback	5.4.2.1 Ingen återkoppling
Överblick och delaktighet saknas	5.4.2.2 Överblick och delaktighet saknas
Brister i arbetsmiljöansvarstagandet	5.4.2.3 Arbetsmiljöansvar
Inget socialt stöd	5.4.3 Inget socialt stöd
För få handledningar	5.4.4. För få handledningar
Okunskap i bemötande	5.4.6 Okunskap i bemötande
Hög arbetsbelastning	5.4.5 Hög arbetsbelastning

6. Förbättringsförslag

Detta kapitel svarar på den tredje frågeställningen, *Vad finns det för konkreta förbättringsåtgärder, sett till läkarnas arbetssituation, som kan bidra till att minska kötiderna?* Kapitlet grundar sig på nulägesbilden, de problem som identifierades i föregående kapitel, samt det teoretiska ramverket och de metoder som beskrivits under analys av insamlad data.

6.1 Förbättrad informationskvalitet

I det teoretiska ramverket presenterades ökad visualisering som ett bra tillvägagångssätt för att få alla att känna sig delaktiga och för att uppnå ett gott samarbete mellan de anställda. I BUPs fall kan ökad visualisering vara ett bra hjälpmedel för att uppnå just detta, men även för att öka transparensen och på så sätt minska variationer i form av patienters ankomsttid. Mer om detta förklaras i efterföljande stycken.

6.1.1 Utökat användande av Mina vårdkontakter

I problemanalysen, i delkapitel 5.1.1 *Kommunikation mellan läkare och patienter*, lyftes upp hur “onödiga” telefonsamtal upptar läkarnas arbetstid. Denna iakttagelse ligger i linje med Korn (2012) som förklarar att telefonsamtal är en tidskrävande arbetsuppgift. Ett sätt att minska tiden som läkare tvingas lägga på telefonsamtal skulle kunna vara utökat användande av tjänsten Mina vårdkontakter. Ett förslag som styrks av med Wong et al. (2010) som lyfter möjligheterna kring alternativa kommunikationsvägar som inte är lika tidskrävande som telefonsamtal. Ett utökat användande av tjänsten Mina vårdkontakter skulle bidra till att läkaren i större utsträckning kan ha kontakt med patienter och vårdnadshavare via denna tjänst. Kommunikationsvägen skulle i viss mån kunna liknas med mailkonversationer. Läkarna skulle kunna svara på meddelanden när det passar dem och inte automatiskt hänvisas till att de måste ringa upp vårdnadshavaren. Ytterligare en tidsbesparing skulle vara att läkaren inte behöver ringa upp för att upptäcka att ingen svarar, ett scenario som i intervjuerna lyfter som förekommande. Anledningen till detta påstods vara att patienter eller vårdnadshavare ogärna svarar på samtal från “Dolt nummer”. Enligt ovan resonemang kan Mina vårdkontakter konstateras bidra till att frigöra läkartid och på så sätt bidra till en ökad läkartillgänglighet.

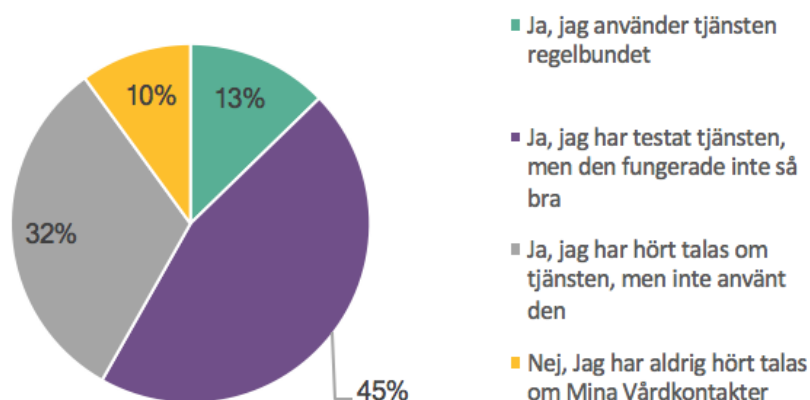
Ytterligare en positiv effekt som utökat användande av tjänsten skulle medföra är en ökad tillgänglighet för patienter och deras vårdnadshavare. Detta eftersom när telefonsamtal är enda kommunikationsvägen hänvisas de till att ringa dagtid. Genom att använda Mina vårdkontakter kan patienter och vårdnadshavare skriva ett meddelande när det passar dem, exempelvis under kvällstid, och sedan förvänta sig ett svar under efterföljande dag. Exempel på ärende som skulle kunna tas via Mina vårdkontakter är receptförnyelse samt fungera som ett substitut för mail, som enligt enkätundersökningen är ett uppskattat kontaktsätt.

Det är också viktigt att poängtera att kontaktkanalen via Mina vårdkontakter skulle vara länkad till öppenvårdsmottagningen och inte läkaren personligen. Utan istället kan exempelvis en sekreterare sortera de inkomna ärendena för att sedan vidarebefordra de som anses läkarspecifika till just läkaren. Genom att använda Mina vårdkontakter kan det innebära att färre patienter och vårdnadshavare vänder sig direkt till läkare utan

utvärderas och skickas direkt till rätt profession. På det sättet får läkarna bara fall som kräver deras uppmärksamhet och som inte hör hemma någon annanstans. Ett utökat användande av Mina vårdkontakter kan alltså öka läkartillgängligheten genom frigjord läkartid, samtidigt som det bidrar till ökad tillgänglighet för patienter och vårdnadshavare. Ytterligare en aspekt som talar för att det kan vara lämpligt att utöka användandet av Mina vårdkontakter är att all mjukvara redan finns. Således ligger utmaningen nu i att kommunicera ut informationen om Mina vårdkontakter och hur tjänsten används till såväl patienter och vårdnadshavare som anställda på BUP öppenvårdsmottagningar.

Figur 8 visar resultatet från en fråga på enkätundersökningen gällande Mina vårdkontakter. 90 % är medvetna om att de finns och även om det finns utrymme för förbättring, hade de intervjuade läkarna sämre koll och näst intill ingen använde sig av Mina vårdkontakter idag. I en av enkäterna förklarades också att personen i fråga försökt komma i kontakt med BUP via Mina vårdkontakter utan svar. Det fanns en "öppen brevlåda" att vända sig till, men svaret uteblev och efter ett tag framgick det att mottagningen inte använde sig av tjänsten.

Känner du till tjänsten Mina Vårdkontakter på hemsidan 1177.se?



Figur 8 Ett cirkeldiagram över resultatet från frågan Känner du till Mina vårdkontakter på hemsidan 1177.se. siffrorna är framtagna från enkätundersökningen som gjordes mot besökarna på 4 av BUPs 5 mottagningar i Göteborg.

6.1.2 Införande av nytt system

I problemanalysen, se 5.1.2 Systemen Elvis och Melior är inte kompatibla, konstaterades frustration och slöserier som följd av att de olika systemen, Elvis och Melior, inte pratar med varandra. Ett steg för att eliminera dessa slöserier, vilket generellt ska eftersträvas enligt Sörqvist (2013), kan vara att byta system. Ett exempel på system där tidsbokningssystemet och journalsystemet är kompatibla och även inbäddade i samma system är Take Care, som personal under intervjuerna uppgav var ett mer användarvänligt system.

Ett byte av system kan medföra att omarbete i form av att personnummer behöver skrivas i flera gånger i alla system undviks, samtidigt som ytterligare fördelar som följer

med användarvänligheten skulle kunna utvinnas. I intervjuerna framkom det också att mycket tid läggs på att gå runt funktioner som inte finns tillgängliga i systemen med hjälp av egna metoder. Genom implementation av ett nytt system kan andra viktiga funktioner, som dagens system saknar, också vara integrerade. Exempel på sådana funktioner skulle kunna vara:

- Ett signalsystem som informerar när patient anlänt till väntrummet
- Bevakningarna har återkoppling till den som la bevakningen samt datumstämplar
- Man kan få en helhetsbild av läkarnas scheman och arbetsbelastning
- Intyg hade kunnat sökas och delvis fyllts i direkt från patientjournalen

Ett nytt, mer användarvänligt, system kan alltså öka läkartillgängligheten i form av att slöserier elimineras och på så sätt frigörs läkartid. Den ökade användarvänligheten kan också bidra till mindre frustration kring systemen och då leda till förbättrad arbetsmiljö och i förlängningen också lägre personalomsättning.

6.1.3. Införande av SMS-påminnelse

Uteblivna besök konstaterades i problemanalysen delkapitel 5.2.1 *Patientflöde* förekomma regelbundet. Ett steg för att minska andelen uteblivna patientbesök är att skicka ut automatiska SMS-påminnelser till patienter eller deras vårdnadshavare. SMS-påminnelserna minskar risken att patienten uteblir på grund av att tiden glöms bort eller har missuppfattats. Insatser likt denna kan minska risken för oönskade variationer i samband med patientens ankomsttid, vilket kan bidra till mindre väntetider. Kan andelen uteblivna besök reduceras så kan också slöserier som uppkommer i samband med att läkaren annars sitter och väntar på att en patient som sedan uteblir och på så sätt frigöra läkartid och således får det en effekt av ökad läkartillgänglighet. Det uppkommer också merarbete om patient inte kommer som att försöka nå patienten och boka in en ny tid. Detta har också en direkt inverkan på patientflödet, eftersom om patienten uteblir från besök går den besökstiden "till spillo". Kan en SMS-påminnelse bidra till att patienter i större utsträckning dyker upp på besöken så får det en positiv effekt på patientflödet.

6.1.4 Utökad tillämpning av visual och whiteboard management

I problemanalysen, se 5.1.2.2 *Bristfällig kommunikation leder till omarbete och osäkerhet*, konstaterades att det förekommer kommunikationsbrister som leder till att de anställda har bristfällig information, exempelvis är det inte alltid tydligt vem en utbildningsläkare ska vända sig till med frågor om läkaren som vanligtvis svarar på frågor är frånvarande. Ett sätt att förbättra kommunikationen på öppenvårdsmottagningarna är genom att utökat arbeta med visual management. En möjlighet är att följa den triangulära modellen för visual management som Bevilacqua et al. (2013) presenterar, se 2.5.1 *Visual Management*, vilken innebär att all information som berör gruppen tillkännages till alla i densamma. Genom fördelning av information kan osäkerheter som exempelvis uppstått när någon inte är på arbetsplatsen reduceras. När alla vet att någon är borta kan de som är på plats hjälpa till med att assistera i några av de akuta arbetsuppgifter personen har samt att underlätta för eventuell vikarierande läkare vad som behöver göras.

I nulägesbeskrivningen, se 4.4.2 *Kommunikationskanaler mellan läkare och andra professioner*, konstaterades att det idag finns whiteboard-tavlor att tillgå. Ett förbättringsförslag för att öka visualiseringen är att bredda användandet av dessa. Whiteboard management är ett arbetssätt som går ut på att låta en whiteboardtavlor representera informationsflödet på arbetsplatsen. Genom att använda sig av detta system med välstrukturerade möten och uppdaterade siffror kan BUP använda sig av tavlan för att åtgärda flera olika problemområden. Exempel över saker som kan stå på tavlan:

- En tydlig närvarolista som visar vilka som är på plats och vem som tar frågor för de som är frånvarande.
- Visualisera olika anställdas arbetsbeläggning.
- Visa vem som är ansvarig för att svara på olika typer av frågor.
- Veta hur många patienter som står i kö, åtgärdsplan och mål för åtgärden.

Att använda sig av whiteboardtavlor kan vara ett kraftigt verktyg, så länge innehållet är uppdaterat och all information på tavlan är relevant. Det är också viktigt att integrera den i det dagliga arbetet.

Ett utökat användande av visual och whiteboard management kan medföra att samarbetet mellan läkare och övrig personal underlättas. Detta bidrar till att de anställda kan få en ökad förståelse av helheten och vikten av deras arbete, samtidigt som det också hjälper de anställda kan hantera osäkerheter. Detta kan bidra till att de anställda upplever större trygghet på arbetsplatsen och att visual och whiteboard management på så sätt bidrar till en bättre arbetsmiljö och i förlängningen lägre personalomsättning. Ytterligare en positiv effekt av ökat visual och whiteboard management är att det underlättar koordinering och samarbete mellan de olika yrkeskategorierna. En följd av detta är att det underlättar att planera och koordinera de sekventiellt beroende fördjupade utredningarna, vilket i förlängningen leder till att patienterna kan få snabbare behandling och det har därför en direkt positiv inverkan på patientflödet.

6.1.5 Utökade tvärfunktionella team

I och med att det idag på BUP finns många olika professioner som jobbar för att ta hand om och behandla olika patienter, kan dagens bristande kommunikation, se 5.1.2.2 *Bristfällig kommunikation leder till omarbete och osäkerhet*, förbättras med ett utökat användande av tvärfunktionella team i arbetssättet. Tvärfunktionaliteten har visat sig vara framgångsrik i sjukvården förr, vid dessa tillfällen har den lett till snabbare genomloppstid och kortare kötid för patient till att få träffa läkare (Larsson et al., 2011). Detta skulle vara önskvärt för BUP då vissa av deras patienter idag har en lång genomloppstid och skrivs ut väldigt sent samt att det ibland tar väldigt lång tid att få träffa en läkare. Larsson et al. (2011) kom också fram till att patienter som blivit behandlade av tvärfunktionella team upplevde att de fick mer uppmärksamhet än de som inte blev behandlade med tvärfunktionella team. Detta är också effekter som BUP eftersträvar och således kan också en effekt av tvärfunktionella team vara snabbare patientflöde.

Tvärfunktionella team skulle inte bara underlätta för kommunikationen, behandlingen och genomloppstiden utan kan också bidra till ökad läkartillgänglighet på andra håll också. Inom tvärfunktionella team hjälper medlemmarna i gruppen varandra samtidigt som medlemmarna också får utökad kännedom om andra professioners arbetsuppgifter,

vilket underlättade när framförallt oerfarna läkare kom in från sidan och behövde hjälp (Larsson et al., 2011). Att kunna få hjälp och en större utsträckning förstå helheten bidrar också till en bättre arbetsmiljö och en minskad personalomsättning.

6.1.6 Kortare, men mer frekventa, vårdplaneringsmöten

Vårdplaneringsmötena som sker idag veckovis och som presenterades i problemanalysen, se 5.3.4 *Vårdplaneringsmöten*, är de ofta av mer omfattande karaktär. Det innebär ofta att läkare och övrig personal får vänta i en vecka till nästa möte med sina frågor och funderingar, vilket kan medföra att patientens utredning eller behandling pausas. Skulle istället VPM förkortas och istället hållas på mer frekvent basis, exempelvis dagligen, så skulle det bidra till att patientflödet inte behöver stanna upp i lika stor utsträckning utan istället kan fortsätta i en snabbare takt.

I problemanalysen, se 5.1.2.1 *Bevakningarnas funktion är bristfällig* och 5.3.4 *Vårdplaneringsmöten*, lyftes problem med många dörrknackningar och andra avbrott i form av bevakningar och post-it lappar för läkarna. Även kortare, men mer frekventa, VPM skulle bidra till att reducera de slöserier som uppstår i samband med dörrknackningar och andra avbrott. Genom att minimera avbrotten så kommer läkarna inte behöva genomföra omarbete i lika stor utsträckning och således kommer läkartid att frigöras. På så sätt är alltså ökad läkartillgänglighet en effekt av införande av kortare, men mer frekventa, VPM.

Småmöten ger också möjligheten till informell handledning mer kontinuerlig hjälp från andra anställda. Handledningstillfällen konstaterades i problemanalysen vara för få i 5.5.4 *För få handledningar*. Detta förbättringsförslaget kan bidra till fler informella handledningstillfällen och öka läkarnas känsla av trygghet och kontroll då handledaren idag inte är tillräckligt tillgänglig för handledning. Den ökade trygghets- och kontrollkänslan bidrar till en förbättrad arbetsmiljö, vilket leder till lägre personalomsättning.

6.2 Standardisering

Införandet av standarder är en lösning för att eliminera slöserier och oönskade variationer, vilket beskrevs i det teoretiska ramverket. Nedan redovisas och motiveras vilka problem, presenterade i föregående kapitel *Problemanalys*, kopplade till slöserier och variationer som kan elimineras eller minimeras med hjälp av olika former av standardisering. Förbättringsförslagen kopplade till standardisering presenteras under rubrikerna *Standardiserade mallar för intyg*, *Standardiserade mallar och checklistor för remisser*, *Arbetsbeskrivningar*, *Rutiner vid introduktion*, *Rutiner vid inbokning av läkartid*, *Standardisering av schemat* samt *Tillämpa best practice*.

6.2.1 Standardiserade mallar för intyg

En arbetsuppgift som i problemanalysen, se 5.2.2 *Remisser och intyg*, konstaterades uppta en onödigt stor del av läkarens arbetstid är skrivande av olika intyg. Detta arbetsmoment har också i viss utsträckning identifierats som ett slöseri i form av omarbete, då liknande intyg skrivs om från blankt papper vid varje tillfälle. För att minimera detta slöseri kan, enligt Sörqvist (2013), vissa standardiserade intyg sammanställas och användas som verktyg. I intervjuerna framkommer det att exempelvis VAB-intygens utformning inte varierar så mycket från gång till gång och att

det därför hade varit möjligt att standardisera detta intyg. Standardiserade mallar för intygens utseende och utformning hade minskat tiden som en läkare behöver lägga på ett enskilt intyg och på så sätt hade detta frigjort läkartid och ökat läkartillgängligheten.

6.2.2 Standardiserade mallar och checklistor för remisser

I problemanalysen, se 5.2.2 *Remisser och intyg*, konstaterades att de inkommande remisserna uppvisar mycket variationer sett till utformning och informationsinnehåll. Dessa variationer leder till slöserier i form av omarbete. En åtgärd för att minska de oönskade variationerna i remissernas uppbyggnad skulle därför kunna vara att ta fram standardiserade mallar och checklistor för hur remisserna ska se ut och vad de ska innehålla. BUP vet vad de behöver för information för att kunna bedöma en remiss och för att underlätta remissbedömningen bör detta kommuniceras ut till de instanser som kan skicka in remisser till BUP. Detta kan förmedlas som information som krävs för att BUP ska bedöma remissen. Dessa standardiserade mallar och checklistor skulle bidra till att de inkommande remisserna liknar varandra till utseende och informationsinnehåll. På så sätt kan risken för slöseri som uppkommer till följd av otillräcklig och ostrukturerad information i de inkomna remisserna minimeras. Vilket i förlängningen frigör läkartid och ökar läkartillgängligheten.

6.2.3 Standardiserade och skriftliga arbetsinstruktioner

I problemanalysen, se 5.5.1 *Bristfällig introduktion*, så konstateras att avsaknaden av arbetsinstruktioner. I och med att verksamheterna på de olika mottagningarna är väldigt lika varandra och att alla har samma gemensamma mål med sin verksamhet, skulle samtliga mottagningar gynnas av ett framtagande av arbetsinstruktioner som är standard för alla mottagningar. Införandet av standardiserade arbetsinstruktioner kan frigöra läkartid på två olika sätt. Primärt skulle det frigöra tid i form av att det som identifierats som best practice kan läras ut och nyanställda kan utföra sitt arbete efter detta, vilket på så sätt ökar läkartillgängligheten. Tid skulle också frigöras eftersom den berörda läkaren slipper gå och fråga för att ta reda på hur denne ska gå tillväga i en viss arbetssituation. Således skulle införandet av strukturerade arbetsinstruktioner leda till ökad läkartillgänglighet. Ytterligare en positiv effekt av standardiserade arbetsinstruktioner är att de kan minska osäkerheten hos personalen och på så sätt minska stressen och förbättra arbetsmiljön, vilket i förlängningen kan bidra till lägre personalomsättning.

6.2.4 Rutiner vid introduktion

I problemanalysen, se 5.5.1 *Bristfällig introduktion*, konstaterades bristande introduktion leda till stress och osäkerhet för nyanställda. En standardiserad introduktion skulle kunna bidra till för att kvalitetssäkra introduktionen av nyanställda. Fördelarna med att standardisera introduktionsrutiner är att det inte glöms av viktiga detaljer och att den nyanställda känner sig väl omhändertagen och därmed trivs bättre på arbetsplatsen. Introduktionen skulle exempelvis kunna bestå av ett ”välkomst-häfte” där den nyanställda informeras om vilka rutiner som finns på mottagningen och hur verksamheten fungerar, samt att den nyanställda får gå bredvid under en tid för att på så sätt introduceras till det nya arbetet. Introduktionen skulle också underlättas och stödjas av om det finns tydliga arbetsbeskrivningar, se 6.2.3 *Standardiserade och skriftliga arbetsinstruktioner*. Genom denna typ av introduktion möjliggör det att individen får ett bra första intryck och känner sig säkrare på arbetsplatsen, trivs bättre och vill stanna

kvar längre på arbetsplatsen, något som i förlängningen leder till lägre personalomsättningen.

6.2.5 Rutiner för inbokning av läkartid till fördjupad utredning

Det framgick i problemanalysen, se 5.3.3 *Koordinering av professioner*, att det finns olika rutiner gällande när en läkartid bokas in under den fördjupade utredningen. På vissa mottagningar bokas läkaren in först när psykologen har träffat patienten ett visst antal gånger. På andra mottagningar sker denna inbokning samtidigt som alla psykologtider bokas. Genom att göra på det sistnämnda sättet riskerar inte utredningen att bli utdragen på samma sätt som i det första fallet. För att minska risken av att utredningarna drar ut på tiden så bör läkartiden bokas in samtidigt som psykologbesöken. Genom att införa detta som rutin minskar risken att utredningen stannar upp och det har därför en direkt inverkan på patientflödet.

6.2.6 Standardisering av schemat

I problemanalysen, se 5.1.1 *Brister i kommunikation mellan läkare och övrig personal*, identifierades slöseri i form av omarbete som uppkommer till följd av att läkarna ofta blir avbrutna av att någon knackar på dörren till kontoret för att ställa en fråga. Ett sätt att minska dessa oönskade avbrott är om samma typer av arbetsuppgifter utförs samtidigt samtidigt av flera yrkespersoner på hela mottagningen. De tilltänkta arbetssysslorna kan exempelvis vara aktiviteter som intygsskrivande och patientbesök. För att därför bättre koordinera aktiviteterna skulle en omstrukturering av schemat krävas så aktiviteterna följer varandra bättre. Genom att en mottagning har uttalade arbetstider när de enskilt ska utföra en typ av aktivitet blir de inte lika störda av varandra och kan därför vara mer effektiva i sitt arbete. Schemaändringen leder exempelvis till att alla sitter med journalskrivande samtidigt på mottagningen, vilket skulle leda till ett minskat antal avbrott. Läkartid frigörs med färre avbrott vilket i förlängningen kan öka läkartillgängligheten.

6.3 Kapacitetsplanering

I avsnittet 2.7 *Kapacitetsplanering*, konstaterades att det är nödvändigt att bättre planera kapacitet efter rådande efterfråga för att minska väntetider. Det konstaterades också att stor vikt ska läggas vid att minimera och eliminera variationer som finns i flödena på BUP. Då läkarna tidigare identifierats som en flaskhals är det viktigt att frigöra kapacitet för läkaren, vilket diskuteras i 2.4 *Kapacitetsbehov*. Identifierade förbättringsförslag som bygger på kapacitetsplanering är: *Anpassade patientmöten* och *Omfördelning av arbetsuppgifter*.

6.3.1 Anpassade patientmöten

Patientmöten på BUP är inte anpassade tidsmässigt på individnivå idag. Om behandlingstiden istället individanpassades utifrån patientens behov, skulle behandlingar kunna effektiviseras och frigöra läkartid. Det skapar även möjligheter till att planera in fler patienter under de dagar där tidsmässigt snabbare behandlingar genomförs, vilket leder till ett snabbare patientflödet. Denna metod har enligt intervjuerna visat goda resultat på en BUP-mottagning i Göteborg. Den upplevda effekten av att samla patienter med liknande behov var minskade variationer i behandlingstid och en ökad kapacitet. Metoden stärks ytterligare av Rechel et al. (2010),

se 2.3 *Variation*, som förklarar att separering av flöden skapar möjligheter till att kontrollera variationen.

Ett annat problem som lyftes i problemanalysen, se 5.3.1 *Patientinflöde*, var variationer i samband med inbokning av läkarnas patientmöten. Idag kan alla anställda på BUP boka in patientmöten i läkarnas schema, vilket sker slumpmässigt där utrymme i läkarnas schema finns. Det behöver inte svara mot vad som bäst möter efterfrågan. Det förekommer dessutom en begränsning i form av att BUP är en statlig specialiserad vård och inte kan stoppa intaget av patienter för att minska antalet patienter i flödet, då alla har rätt till vård. För att utnyttja läkarkapaciteten bättre bör patienterna istället planeras in där de möter kapaciteten bäst. Därför är ett förslag att istället arbeta mer med kapacitetsplanering och ha en ansvarig grupp som därefter planerar in patientmötena. Då kan patienterna planeras in beroende på rådande kapacitet och efterfråga, samtidigt som koordinering mellan samtliga inblandade resurser kan förbättras.

6.3.2 Omfördelning av arbetsuppgifter

Ett sätt att frigöra läkartid och öka tillgängligheten är att omfördela arbetsuppgifter som inte kräver läarkompetens till andra professioner. Genom att kartlägga läkarnas alla arbetsmoment och dess vikt att utföras av just en läkare, så kan läkarnas tillgänglighet öka om moment om arbetsmoment omfördelas till andra professioner. Läkarnas arbetstid kan då utnyttjas på moment som bidrar till att minska väntetiderna. Utöver att det ökar läkarnas tillgänglighet så är det inte heller lönsamt ur ett ekonomiskt perspektiv att läkarna utför uppgifter som exempelvis en sekreterare klarar av att göra.

Då planering av veckoscheman är ett administrativt arbetsmoment som inte kräver läarkompetens för att utföra, vore det mest optimala att schemaläggningen utförs av annan profession. Det eventuella missnöjet som riskerar att uppstå mellan professioner till följd av att en profession gör scheman för en annan, kan motverkas genom att standarder för schemaläggning tas fram. Om läkare tar fram tydliga standarder för hur läkares scheman ska utformas kan schemalägningsansvaret istället läggas på en yrkeskategori med större andel administrativ arbetstid, exempelvis sekreterare. Detta förslag är också i linje med förslaget om att schemaläggning ska standardiseras och utföras centralt. Om schemaläggningen sker centralt ökar det också möjligheterna kring standardisering av schemat (se 6.2.4 *Standardisering av schemat*).

Andra exempel på arbetsmoment där läkartid kan frigöras som identifierats under intervjuer med anställda på BUP är: viss medicinuppföljning och medicinbedömning som kan utföras av sjuksköterska, receptförnyelse, samt hantering av intyg. Utöver dessa exempel finns det utrymme för större administrativ hjälp från sekreterare, för att frigöra ytterligare läkartid.

6.4 Centralisering

I avsnitt 2.8 *Centralisering* i det teoretiska ramverket behandlades begreppet centralisering och dess fördelar presenterades. Centralisering inom rikssjukvården görs för att få ökad vårdkvalitet och ekonomisk effektivitet (SFS: 1982:763). För BUP skulle en ökad grad av centralisering kunna innebära bättre förutsättningar att möta den rådande efterfrågan och nå upp till kapacitetsbehovet. Nedan presenteras ett konkret förbättringsförslag som grundas på en ökad grad av centralisering, *Centralisera*

dagsjouren. Vidare diskussion om en ökad grad av centralisering finns i rapportens diskussion, 7.5 *Allmän diskussion och vidare studier*.

6.4.1 Centralisera dagsjouren

Idag har BUP Göteborg jouruppdag under dagtid på samtliga öppenvårdsmottagningar. Detta innebär, vilket också identifierades i problemanalysen, se 5.1.3 *Kommunikation inom organisationen*, att det på samtliga mottagningar bedrivs en form av akutjour dit patienter på mottagningen kan vända sig. Detta är något som resulterar i avbrott och i förlängningen slöserier för läkarresursen. Från intervjuerna framgick det att detta är ett moment som upptar tid och energi. Många upplever att den mentala anspänningen är hög och att personalen inte hinner med lika mycket av sitt ordinarie arbete. För att minimera dessa negativa följder skulle dagsjouren kunna centraliseras till en av de fem öppenvårdsmottagningarna istället. Detta skulle också bidra till mindre mental anspänning och stress, således också bättre arbetsmiljö. I förlängningen skulle den förbättrade arbetsmiljön leda till lägre personalomsättning. Ytterligare en positiv effekt av att centralisera dagsjouren är att slöserierna som uppkommer i samband med avbrott skulle reduceras. Om dessa slöserier reduceras så frigörs läkartid som följd av att avbrotten blir färre och således upptar mindre tid, samt på grund av att omarbetet som krävs minskar då antalet avbrott reduceras.

6.5 Förbättrad arbetsmiljö

Redan i inledningen, se 1.2 *Problembeskrivning*, konstaterades att BUP upplever svårigheter att rekrytera behålla läkare med rätt kompetens. Skulle den höga personalomsättningen de brottas med minska så skulle det kunna vara en bidragande faktor till att korta köerna. Arbetsmiljön kan tänkas ha en stor inverkan på personalomsättningen och därför presenteras i detta avsnitt förbättringsförslag som är kopplade till just arbetsmiljön. De identifierade förbättringsförslagen, och tillika rubrikerna i detta kapitel är: *Ledarskapets inverkan på arbetsmiljön*, *Fler möjligheter till återhämtning exempelvis genom socialt stöd*, *Ökade möjligheter till utbildning och Personliga sekreterare*.

6.5.1 Ledarskapets inverkan på arbetsmiljön

I problemanalysen, se 5.5.2.1 *Ingen återkoppling*, konstaterades att det, i enlighet med rubriken, att medarbetarna upplever att de får för lite feedback i sitt dagliga arbete. Ett förbättringsförslag gällande ledarskap är att ge återkoppling på medarbetarnas arbete och belöning för det. Hultberg et al. (2010) påpekar vikten av att chefen sätter tydliga krav och ger feedback. Ledningen bör alltså sträva efter att skapa en miljö där konstruktiv kritik och feedback är tillåtet, vilket leder till att arbetsmiljön förbättras på mottagningarna och kan bidra till att personal stannar längre på BUP och i förlängningen minska personalomsättningen.

Ett annat förbättringsförslag är att hjälpa medarbetare till att skaffa sig en bättre överblick över sitt arbete och arbetsplatsen. Det skulle kunna ske genom visualisering eller ett morgonmöte. Fördelar med att ge medarbetarna en överblick är att deras känsla för kontroll ökar och att helhetssynen ökar medarbetarnas begriplighet. Flera läkare var positivt inställda till ett sådant morgonmöte där de kan få ta del av hur det gick förra veckan och vad som händer i nästa vecka. I ett sådant möte skulle medarbetarna även känna sig mer delaktiga av vad som händer och öka chansen att de är förstående i

parallella förändringsarbeten. Om inte det finns tid tillgängligt för chefen idag så kan den fördela ansvaret till arbetsmiljöansvarig.

I problemanalysen, se 5.5.2.2. *Arbetsmiljöansvar*, konstaterats att arbetsbelastningen i vissa fall är för hög vilket inte är lagligt enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4). Därför är ytterligare ett förbättringsförslag att jobba mer aktivt med arbetsmiljöfrågor och därmed ta sitt arbetsmiljöansvar. Om inte det finns tid tillgängligt för chefen idag så kan den fördela ansvaret till arbetsmiljöansvarig. Genom att arbeta med dessa frågor kan arbetsmiljön förbättras och leder till större chans att personalen stannar på arbetsplatsen.

6.5.2 Fler möjligheter till återhämtning exempelvis genom socialt stöd

I problemanalysen, se 5.5.3 *Inget socialt stöd*, konstaterades att flera läkare upplever stress och saknar ett tillfälle att "prata av sig". Ett förbättringsförslag är att cheferna försöker skapa fler möjligheter för personalen för återhämtning. Cheferna kan göra detta genom att hjälpa personalen med att balansera arbetet till en hållbar nivå. Det är viktigt att cheferna är uppmärksamma på tecken för hög arbetsbelastning och engagerar sig i varje anställd. Chefen kan stödja personal i prioriteringar och hjälpa till med att sätta gränser för att försöka minska övertidsarbetet. Att få tillgång till mer återhämtning skulle hjälpa läkarna med att hantera den höga arbetsbelastningen, minska stressen och bidra till en bättre psykosocial arbetsmiljö (Hultberg et al., 2010). Vidare kan detta i förlängningen leda till att de anställda trivs bättre på arbetsplatsen och att de därför väljer att arbeta kvar under en längre tidsperiod och på så sätt blir det lägre personalomsättningen.

Ett konkret förslag som kan bidra till återhämtning är ett socialt stöd där läkarna kan prata om hur de mår och ventilera jobbiga upplevelser. Från intervjuerna har det uppkommit att psykologerna har ett tillfälle likt detta, så kallade "kamrathandledningarna". Som nämndes i teoriramverket avtar stress från personer som får prata av sig (Zanderin, 2005). Hultberg et al. (2010) menar att socialt stöd är en positiv resurs som fungerar som en buffert när arbetet är extra jobbigt. I intervjuerna konstaterades att ett socialt stöd från både andra läkare och chefer skulle innebära att läkarna inte känner sig utelämnade och att deras arbete upplevs som mer hanterbart, vilket också stärks av Hultberg et al. (2010). Med socialt stöd mår personalen bättre samt att stödet fungerar som återhämtning. Att få prata med andra som har gått igenom samma upplevelse hjälper individen att handskas med den etiska stressen och belastningsstressen skulle minska då känslan av hanterbarheten ökar. Förslaget är alltså att läkarna får ha inplanerade kamrathandledningarna på sin egen mottagning för socialt stöd. På samma sätt som det allmänna resonemanget om återhämtning ovan så bidrar detta också till lägre personalomsättning.

En annan viktig och enkel åtgärd för att skapa en mer trivsam arbetsmiljö för de anställda på BUP är att erbjuda personalförmåner av olika slag. Genom erbjuda personalförmåner, som exempelvis friskvårdsbidrag, bonusar och personalaktiviteter, kan de anställda känna sig uppskattade och trivseln kan öka.

6.5.3 Ökade möjligheter till utbildning

I problemanalysens delkapitel 5.5.7 *Okunskap i bemötande* lyftes problembilden kring svårigheter i hanteringen av externa påfrestningar. Ett förbättringsförslag är att utbilda BUPs medarbetare av alla yrkeskategorier i att hantera påfrestande föräldrar och anhöriga. Det skulle ge medarbetarna kunskap i bemötande och rätt verktyg för att hantera externa påfrestningar. Det skulle leda till att personalen känner mindre ångest och mer motiverade till att träffa nya patienter, vilket både skulle bidra till en förbättrad arbetsmiljö och därigenom minskad personalomsättning. Upplever personalen också att det är hanterbart att ta in fler patienter så bidrar det direkt till ett smidigare patientflöde. Får också andra yrkeskategorier genomgå en liknande utbildning kommer de kunna hantera samtal med föräldrar i större utsträckning och därigenom inte "lämpa över" dessa svåra samtal på läkaren, se 4.5.3 *Hanterbarhet*. Detta skulle bidra till att läkarnas tid frigörs från denna typen av telefonsamtal och därmed öka läkarnas tillgänglighet.

Ett annat förbättringsförslag är att utbilda personalen i stresshantering och sedan jobba kontinuerligt med uppföljning av välmående. Detta för att tidigt identifiera signaler på för hög arbetsbelastning för att undvika utbrändhet och upprätthålla en hållbar arbetsbelastning. Ytterligare en utbildningstyp som föreslås är mötesteknik, vilket skulle kunna bidra till att VPM inte binder lika mycket läkartid.

6.5.4 Personliga sekreterare

Avsaknaden av personliga sekreterare lyftes i problemanalysen 5.5.6 *Hög arbetsbelastning* som ett problem. De förbättringsförslag som rör sekreterare är att öka samarbetet mellan sekreterarna och läkarna. Vissa mottagningar har varje läkare en personlig sekreterare och det framgick att det fungerade bra. Detta är dock inte fallet på alla mottagningar, men en rekommendation är att göra det. Fördelarna med ett sådant samarbete är att det minskar arbetsbelastningen för läkarna eftersom de avlastas från administrativa uppgifter som tar tid från att utföra yrkesspecifika arbetsuppgifter. Läkarna då får mer tid över till att exempelvis träffa patienter, vilket leder till ökad läkartillgänglighet. Ett nära samarbete ökar också chansen för sekreterarna att förstå vilka behov och önskemål en läkare har och därmed får de en ökad känsla för deras arbete som genererar bättre samarbete.

6.6 Sammanställning av förbättringsförslagen

För att på ett tydligt vis åskådliggöra vilka förbättringsförslag som i textform framtagits i detta kapitel har tabell 5 sammanställts. I tabell 5 finns också respektive lösningsförslags förväntade effekter markerade, detta för att påvisa förbättringsförslagets positiva inverkan på kön. Effekterna konstaterades enligt ett resonemang i inledningen, se 1.2 *Problembeskrivning*, ha en bidragande effekt till att korta köerna. Läkarresursen är en bristande resurs och därför skulle ökad läkartillgänglighet bidra till att kapaciteten i flaskhalsen ökar och på så sätt kan fler patienter få vård på BUP och därigenom kan köerna kortas. Idag är det hög personalomsättning och stora rekryteringssvårigheter. Skulle personalomsättningen minska skulle BUP i större utsträckning kunna behålla kompetensen och vakanta läkarplatser undviks. Slutligen bidrar även ett snabbare patientflöde till kortare köer.

Tabell 5 Listar de olika förbättringsförslagen och de effekter som förväntas bli resultatet vid en implementation.

Förbättringsförslag	Effekt		
	Ökad läkartillgänglighet	Lägre personalomsättning	Snabbare patientflöde
1. Utökat användande av Mina vårdkontakter	✓		
2. Införande av nytt system	✓	✓	
3. Införande av SMS-påminnelse	✓		✓
4. Utökad tillämpning av visual och whiteboard management		✓	✓
5. Utökade tvärfunktionella team	✓	✓	✓
6. Kortare, men mer frekventa, VPM	✓	✓	✓
7. Standardiserade mallar för intyg	✓		
8. Standardiserade mallar och checklistor för remisser	✓		
9. Standardiserade och skriftliga arbetsinstruktioner	✓	✓	
10. Rutiner vid introduktion	✓	✓	
11. Rutiner vid inbokning av läkartid till fördjupad utredning			✓
12. Standardisering av schemat	✓		
13. Anpassade patientmöten	✓		✓
14. Omfördelning av arbetsuppgifter	✓		
15. Centralisering av dagsjouren	✓	✓	
16. Ledarskapets inverkan på arbetsmiljön		✓	
17. Fler möjligheter till återhämtning, exempelvis genom socialt stöd		✓	
18. Ökade möjligheter till utbildning	✓	✓	✓
19. Personliga sekreterare	✓		

För att på ett tydligt sätt påvisa att det för samtliga problem som konstaterades i problemanalysen finns förbättringar att genomföra så sammanställdes tabell 6. I den listas varje problem som berördes i problemanalysen, för sammanställning se 5.5 *Sammanställning av identifierade problemområden*, samt vilka lösningar som förväntas ha positiva effekter på detta problemområde. För att öka möjligheterna för en överskådlig tabell kommer inte förbättringsförslagen att skrivas ut i sin helhet, utan istället kommer varje lösning benämnas med en siffra. Denna siffra är samma som de som står framför respektive förbättringsförslag i tabell 5 (se den fetstilta siffran framför varje förbättringsförslag).

Tabell 6 Sammanställning av vilka problem som löses av vilka lösningar.

Identifierade problemområden	Lösningar
"Onödiga" telefonsamtal upptar mycket läkartid	1
Läkaren får mycket ärenden som annan profession hade kunna genomföra	19
Bevakningarna i Melior är bristfälliga sett till användbarhet	2&4
Mycket kommunikation med gula lappar	2
Läkarna blir avbrutna ofta, vilket leder till omarbete	2, 6 & 12
Omarbete som följd av bristfällig kommunikation	5
Osäkerhet kring vem man som läkare ska vända sig till med frågor	4
Bristfälligt signalsystem när patient är sen	2
Varierande arbetssätt på olika mottagningar	9
Dagsjouren	15
Systemen är inkompatibla och icke-användarvänliga	2
Variationer sett till vem som bokar in patientbesök	13
Uteblivna besök	3
Avsaknad av struktur och varierande informationsgrad i inkommande remisser	8
Omarbete på grund av att intyg alltid behöver skrivas från början	7
Obalans i efterfråga och kapacitet	14
Ej schemalagda aktiviteter (administrativt arbete etc.)	14
Läkare är inblandade i schemaläggningen	14
Läkartid under fördjupad utredning bokas in för sent	11
VPM är resurskrävande	6
Bristfällig introduktion	10 & 9
Bristfällig feedback	16
Överblick och delaktighet saknas	16
Brister i arbetsmiljöansvarstagandet	16
Inget socialt stöd	17
För få handledningar	6
Okunskap i bemötande	18
Hög arbetsbelastning	19

7 Diskussion

I detta kapitel diskuteras huruvida studiens metod i efterhand anses lämplig, utifrån fokusområde, frågeställningar, datainsamlingsmetoder, valet av den abduktiva forskningsansatsen samt dess konsekvenser på utformningen av det teoretiska ramverket. Generaliteten för de i studien identifierade problemområdena lyfts fram, följt av ett resonemang kring om förbättringsförslagen kan implementeras på kort eller lång sikt. En diskussion kring hur kortare kötider skulle påverka samhället i stort lyfts också fram, i syfte att ytterligare påvisa vikten av att förbättra BUPs rådande situation. Kapitlet avslutas med en allmän diskussion, där ytterligare aspekter på verksamhetens befintliga och framtida utmaningar behandlas, samt förslag till vidare studier.

7.1 Metodens lämplighet

I detta avsnitt följer en kortare diskussion kring valet av metod och tillvägagångssätt under studiens gång. Olika alternativa tillvägagångssätt kommer nämnas, samt deras respektive för- och nackdelar. Valet av läkarresursen som fokusområde diskuteras, och frågeställningarnas relevans värderas. Möjligheten till alternativa datainsamlingsmetoder lyfts fram för att visa på ytterligare möjliga tillvägagångssätt.

7.1.1 Läkarresursen som fokusområde

Utifrån syftet konstaterades det under den inledande fasen av arbetet att huvudfokus för denna studie skulle vara läkarresursen. Läkarresursen konstaterades vara en bristande resurs som är delaktig i flertalet delprocesser i patientflödet. I och med läkarens position som bristande resurs benämndes läkarna som en flaskhals i processen, och om det är möjligt att frigöra tid för denna bristande resurs så skulle det bidra till ett snabbare patientflöde och att kötiderna på så sätt kan minska. Det råder även brist på läkare med rätt kompetens och kontakter på BUP uttryckte svårigheter sett till rekryteringen av nya läkare. Från enkäterna framgick det att flertalet patienter antingen är osäkra på eller tycker att de i dagsläget inte får träffa läkare i tillräckligt stor utsträckning.

Det finns alltså uttryckt både från BUP och från patienter att läkarens tid inte räcker till. För att minska kötiderna krävs att patienter går fortare igenom systemet, vilket bromsas upp av läkarbristen. Således kan läkarfokuset konstateras relevant för studiens syfte.

7.1.2 Frågeställningarnas relevans

Resultatet av studien är svaret på frågeställningarna som togs fram under den inledande fasen av projektet, vilka utformades för att kunna bidra till studiens syfte. Tre frågeställningar togs fram där den första behandlar hur läkarnas arbete ser ut i dagsläget, den andra en problemanalys och den tredje förbättringsförslag.

Huruvida den första frågeställningen, gällande BUPs nuläge, bidrog till att uppfylla syftet om kortare kötider kan diskuteras, eftersom det i den frågan endast konstaterades hur det ser ut idag. Här genomfördes inte några analyser eller värderingar kring om det nuvarande tillvägagångssättet är fördelaktigt eller inte. På så sätt kan denna frågan ifrågasättas utifrån syftet, men dess existens kan ändå motiveras med faktumet att den ligger till grund för fråga två och tre. För att kunna svara på de andra delfrågorna gällande problemanalys och förbättringsförslag är det nödvändigt att veta hur det ser ut idag och därför kan den första delfrågan ändå anses relevant i sammanhanget.

Gällande den andra frågan, där resultatet var en problemanalys och problemområden identifierades, så kan denna anses relevant då förbättringar vid de olika identifierade problemområdena skulle kunna bidra till att kötiderna minskar.

Slutligen kan även den tredje och avslutande delfrågan anses relevant eftersom den pekar på konkreta åtgärder som kan genomföras för att läkarresursens tid ska frigöras, eller hur personalomsättningen kan minska, för att på så sätt bidra till minskade köer.

7.1.3 Alternativa datainsamlingsmetoder

Under studiens gång har flera olika datainsamlingsmetoder diskuterats. Slutligen resulterade det i att den primära datainsamlingsmetoden som använts har varit intervjuer, som kompletterats med enkäter och direktobservationer. Två alternativa tillvägagångssätt för studiens datainsamling hade varit frekvensstudier och utökad användande av observationer.

Frekvensstudier är en typ tidsstudie som grundar sig på statistisk för att fastställa hur mycket arbetstid som läggs på olika arbetsuppgifter (Almström, u.å.) Fördelar som frekvensstudier hade medfört hade framförallt visat sig i vid kartläggningen av nuläget, och därmed resultatet av den första frågeställningen, där läkarens tid hade kunnat kartläggas med en viss säkerhet. Hade frekvensstudier utnyttjats så hade läkarnas tidsfördelning mellan de olika arbetsuppgifterna kunnat fastställas med mer kvantitativa mått än vad som var möjligt med det resultat som de kvalitativa metoderna bidrog till.

Det kan konstateras att resultatet på den första frågeställningen, gällande hur läkarnas arbete ser ut i dagsläget, i sig inte bidrar till syftet. Kartläggningen av nuläget möjliggör identifiering av problem och framtagning av förbättringsförslag, vilka är de frågeställningar som i större utsträckning bidrar till syftet. Detsamma gäller frekvensstudier, både sett till förstudie och själva utförandet. För att en frekvensstudie ska vara givande krävs att, i detta fall, läkarens arbetsuppgifter konstateras och grupperas på ett lämpligt sätt. Dessutom ställs krav på att kunna särskilja vilken arbetsuppgift som läkaren gör när. Detta moment kompliceras extra på grund av den rådande sekretessen och att mycket av läkarens tid spenderas på kontor med administrativt arbete. Även det praktiska utförandet av frekvensstudien hade varit tidskrävande, då det ställs krav på ett visst antal observationer för att frekvensstudien ska vara valid. Studien har varit tidsbegränsad och av den anledning har prioriteringar behövt göras. En frekvensstudie hade alltså genererat en tydligare nulägesbild, men på bekostnad av problemanalys och förbättringsförslag, och har av den anledningen prioriterats bort.

Ytterligare ett tillvägagångssätt som hade kunnat utnyttjats vid datainsamlingen är utökade observationer. I denna studies utformning användes observationer framförallt under en dag då VPM observerades. Under veckan med fältstudier på BUP Hisingen hade det varit möjligt att i större utsträckning observerat, istället för att sträva efter intervjuer. Fördelar med detta hade varit att det hade åskådliggjorts vad läkarna gör som de kanske inte själva är medvetna om. Svårigheter hade dock uppkommit sett till sekretess och att mycket av läkarnas tid spenderas på ett kontor eller i samtal med patient. Även gällande observationer så hade det varit på samma sätt som

frekvensstudier sett till förberedelser, samt att även själva genomförandet hade tagit tid. Sett till resultatet så hade observationer, som sagt, kunnat bidra till utökad kännedom om delar av läkarnas arbetsuppgifter som de idag själva inte är medvetna om att det gör.

Ovanstående resonemang har lett fram till att den primära datainsamlingen för att uppnå studiens syfte har varit intervjuer. Det föreligger dock en risk vid användandet av intervjuer som primär datainsamlingsmetod eftersom det då riskeras att gå miste om aktiviteter som läkarna själva inte tänker på att de gör. För att minimera risken för detta, samt för att undvika att endast på ett perspektiv, har samtliga yrkesgrupper intervjuats och på så sätt har alla haft möjligheten att bidra med sitt perspektiv. En stor fördel som intervjuförandet är att de möjliggör att fånga upp idéer som de som redan arbetar i verksamheten besitter. Det är trots allt de som arbetar i verksamheten som spenderar absolut mest tid i miljön som studerats.

7.1.4 Valet av den abduktiva metodansatsen

Det finns självklart för- och nackdelar med valet av den abduktiva metodansatsen. En stor fördel som uppkommer i och med det iterativa arbetssätt som ansatsen medför är i detta fall när det på förhand inte fanns någon hypotes utan det handlade om att identifiera möjligheter som på förhand hade varit okända.

Hade en deduktiv eller induktiv ansats istället nyttjas hade tillvägagångssättet varit mer linjärt. Det teoretiska ramverket hade utformats initialt och därefter hade det beslutats om vad som skulle letas efter i verksamheten. Antagligen så hade det också, utifrån teorin, formulerats möjliga förbättringsförslag på förhand och därefter hade vi gått ut för att undersöka dessa. Kännedomen om verksamheten var på förhand begränsad och valet av en deduktiv ansats kunde därför ha riskerat att stora potentiella förbättringsområden förbisets, och av den anledningen anses den deduktiva ansatsen vara ett mindre lämpligt tillvägagångssätt för denna studie. Den iterativa abduktiva metodansatsen kan således anses vara, även i efterhand, ett lämpligt val av metodansats för studien.

7.1.5 Det teoretiska ramverkets utformning och innehåll

Som en följd av valet av en abduktiv ansats utformades det teoretiska ramverket efter en iterativ process. Initialt studerades teori som ansågs relevant för det valda fokusområdet. Efter den inledande litteratursökningen studerades verksamheten mer ingående, i och med den påbörjade datainsamlingen. Genom analys av insamlad data och teori konstaterades att delar av den redan insamlade teorin var högst relevant för analys av identifierade problem och förbättringsförslag, men det var också områden som inte hade behandlats i det första utkastet av det teoretiska ramverket. Detta medförde att ny teori eftersöktes och studerades. Därefter upprepades samma förfarande gång på gång, till följd av ytterligare datainsamling och litteratursökning. Således kan konstateras att innehållet i det teoretiska ramverket har ändrats och omformulerats kontinuerligt under projektets gång.

På samma sätt som det diskuterades under valet av metodansats så hade en mer linjär process under framtagandet av det teoretiska ramverket troligen inneburit att flera förbättringsområden med stor potential gått förlorade. En linjär process hade i detta fall medfört att teoriområdena för studien hade spikats i tidigt skeende, då enbart lite fakta

samlats in om verksamheten. Detta hade antagligen medfört att en hel del förbättringsförslag med hög potential gått förlorade.

7.2 Problemens generalitet

De problem som identifierats är olika aktuella för de olika öppenvårdsmottagningarna inom BUP. Vissa av problemen kan antas gälla för alla fem öppenvårdsmottagningar, i och med att studiens datainsamling har påvisat detta, medan andra bara är identifierade på en specifik öppenvårdsmottagning. I tabell 7 listas de olika problemområdena och generaliteten för respektive konstateras.

Tabell 7 Identifierade problemområdens generalitet

Identifierade problemområden	Generalitet
"Onödiga" telefonsamtal upptar mycket läkartid	Alla öppenvårdsmottagningar
Läkaren får mycket ärenden som annan profession hade kunna genomföra	Alla öppenvårdsmottagningar
Bevakningarna i Melior är bristfälliga sett till användbarhet	Alla öppenvårdsmottagningar
Mycket kommunikation med gula lappar	Hisingen
Läkarna blir avbrutna ofta, vilket leder till omarbete	Alla öppenvårdsmottagningar
Omarbete som följd av bristfällig kommunikation	Osäker
Osäkerhet kring vem man som läkare ska vända sig till med frågor	Osäker
Bristfälligt signalsystem när patient är sen	Alla öppenvårdsmottagningar
Varierande arbetssätt på olika mottagningar	Alla öppenvårdsmottagningar
Dagsjouren	Alla öppenvårdsmottagningar
Systemen är inkompatibla och icke-användarvänliga	Alla öppenvårdsmottagningar
Variationer sett till vem som bokar in patientbesök	Varierar
Uteblivna besök	Alla öppenvårdsmottagningar
Avsaknad av struktur och varierande informationsgrad i inkommande remisser	Alla öppenvårdsmottagningar
Omarbete på grund av att intyg alltid behöver skrivas från början	Alla öppenvårdsmottagningar
Obalans i efterfråga och kapacitet	Alla öppenvårdsmottagningar
Ej schemalagda aktiviteter (administrativt arbete etc.)	Hisingen, antagligen fler
Läkare är inblandade i schemaläggningen	Alla öppenvårdsmottagningar
Läkartid under fördjupad utredning bokas in för sent	Hisingen, antagligen fler
VPM är resurskrävande	Hisingen, antagligen fler
Bristfällig introduktion	Hisingen, antagligen fler
Bristfällig feedback	Varierar
Överblick och delaktighet saknas	Varierar
Brister i arbetsmiljöansvarstagandet	Osäker
Inget socialt stöd	Alla öppenvårdsmottagningar
För få handledningar	Hisingen, antagligen fler
Okunskap i bemötande	Hisingen, antagligen fler
Hög arbetsbelastning	Alla öppenvårdsmottagningar

Problemens generalitet har bedömts utifrån insamlad data från bland annat intervjuerna. De problem som antas gälla för alla fem öppenvårdsmottagningar har kunnat identifieras på intervjuer med yrkespersoner från samtliga öppenvårdsmottagningar. När problem inte har kunnat konstateras existera på samtliga mottagningar, men åtminstone på BUP Hisingen, har dessa benämnts ha generaliteten "Hisingen, antagligen fler". I och med att majoriteten av intervjuerna har hållits på mottagningen på Hisingen är det den mottagning där flest problem har kunnat knytas till. När problem inte är specifika för en mottagning, utan snarare varierar mellan anställda på en mottagning, har dessa problem angetts ha en generalitet som varierar. Det finns även ett antal problem som identifierats i studien som det råder en viss osäkerhet kring när det gäller vilken eller vilka mottagningar som problemet gäller för. Dessa har markerats med generaliteten "Osäker" i tabellen ovan.

7.3 Förbättringsförslagen på kort, medel och lång sikt

Förbättringsförslagen som presenterades i föregående kapitel, 6. *Förbättringsförslag*, har olika genomförbarhet. Vissa förbättringsförslag kan anses relativt enkla att genomföra, medan andra är svårare då de inte är upp till BUP att besluta om. Besluten måste då fattas på regionnivå, och de måste därför arbeta mot dessa förbättringsförslag på lång sikt. Detta delkapitel syftar till att klargöra genomförbarheten för de olika förbättringsförslagen och vilka som bör eftersträvas att genomföra på kort respektive lång sikt. Med kort sikt menas i detta fallet själva genomförandet, och alltså inte lösningens effekttid. Med det sagt kan alltså lösningsförslag som här konstateras "kort sikt" även ha effekter som kvarstår på lång sikt. För att på ett tydligt sätt framställa förbättringsförslagens genomförbarhet har tabell 7 sammanställts där varje förbättringsförslag är listat tillsammans med huruvida det är genomförbart på kort, medel eller lång sikt, samt en kommentar gällande genomförbarheten.

Tabell 8 Förbättringsförslagen på lång, medel och kort sikt, med en kort kommentar som förklaring.

Förbättringsförslag	Kort	Medel	Lång	Kommentar
Utökat användande av Mina vårdkontakter		✓		All mjukvara finns redan idag, men det krävs viss utbildning och att informationen kommer ut.
Införande av nytt system			✓	Detta är inte ett beslut som BUP själva kan fatta utan det ligger på regionsnivå, och där därför något att arbeta för på lång sikt.
Införande av SMS-påminnelse	✓			Liknande funktioner finns på andra enheter inom VGR, borde kunna utnyttja samma.
Utökad tillämpning av visual och whiteboard management		✓		Kräver en del omorganisation och nya arbetsrutiner.
Utökade tvärfunktionella team		✓		Kräver en del omorganisation och nya arbetsrutiner.
Kortare, men mer frekventa, VPM	✓			Enkelt att genomföra, men kräver en del strukturella förändringar.
Standardiserade mallar för intyg	✓			Insatt personal kan tillsammans sammanställa en mall för återkommande intyg.
Standardiserade mallar och checklistor för remisser	✓			Insatt personal kan tillsammans sammanställa en mall och checklista inkommande remissers innehåll.
Standardiserade och skriftliga arbetsinstruktioner		✓		Kan börja tas fram omgående, men det är ett gediget arbete att sammanställa standardiserade arbetsrutiner. Sätter också krav på att mottagningarna gör på liknande sätt.
Rutiner vid introduktion	✓			Ta hjälp av nyanställda och se vad de saknade vid deras introduktion.
Rutiner vid inbokning av läkartid till fördjupad utredning	✓			Detta handlar framförallt om att sätta en standard och hålla sig till den.
Standardisering av schemat		✓		Kräver en del omorganisation och nya arbetsrutiner.
Anpassade patientmöten		✓		Ganska stor omstrukturering på de olika mottagningarna.
Omfördelning av arbetsuppgifter		✓		Kräver en del omorganisation och nya arbetsrutiner.
Centralisering av dagsjouren		✓		BUP kan själva besluta om detta, men det kräver en del omorganisation och nya arbetsrutiner.
Centralisering av öppenvårdsmottagningar			✓	BUP kan inte själva besluta detta, men de kan på lång sikt arbeta för det.
Ledarskapets inverkan på arbetsmiljön		✓		Många åtgärder handlar om att ändra arbetsklimatet. Ett arbete som bör påbörjas idag, men som tar tid.
Fler möjligheter till återhämtning, exempelvis genom socialt stöd		✓		Visst socialt stöd kan erbjudas redan idag, men med en centralisering hade stödet kunnat utökas på grund av fler läkare på samma geografiska plats.
Ökade möjligheter till utbildning	✓			BUP behöver inte själva ha kompetens för utbildningen utan kan låta personal åka iväg till externa utbildningar eller hyra in en som kommer och utbildar.
Personliga sekreterare		✓		Krävs resurser för att läkarna ska kunna få personliga sekreterare.

7.4 Effekter av studiens syfte

De effekter som de föreslagna förbättringsförslagen förväntas leda till kan på olika sätt bidra till kortare kötider för BUPs patienter. De identifierade effekterna är ökad läkartillgänglighet, lägre personalomsättning och snabbare patientflöde. I detta delkapitel diskuteras vilka följder en minskad kötid för BUPs patienter innebär, det vill säga vad studiens syfte skulle få för konsekvenser. Detta kommer diskuteras i termer av social hållbarhet och slöserier, som är direkt kopplade till köerna.

7.4.1 Förbättrad social hållbarhet

Skulle köerna kunna reduceras, eller elimineras, hade detta haft en stor inverkan på den sociala hållbarheten på flera plan. Detta kommer diskuteras ur tre olika perspektiv: patienter, anställda och samhället i stort, för att motivera syftet med studien ur ett hållbarhetsperspektiv.

För patienten bidrar kortade köer till att denne får rätt vård i rätt tid. I förlängningen innebär det att patienten inte behöver vänta på vården och på så sätt riskera att sjukdomstillståndet förändras, vilket är fallet idag. Vidare bör det också beaktas att BUP bedriver specialiserad vård för barn och unga som lider av psykisk ohälsa. Det kan inte nog betonas vikten av att deras patienter får vård, eftersom utebliven vård kan få förödande konsekvenser för såväl patienter som anhöriga. Barn och unga som står i kön kan hamna efter i skolan, förlora sina klasskompisar och deras misstänka neuropsykologiska funktionsnedsättning kan utökas med en depression. Om däremot kön skulle minska kan BUP i ett tidigare skede ställa rätt diagnos och det ökar även livskvaliteten för familjen då patienten kan få rätt stöd.

Läkarna i intervjuerna var eniga om att deras arbetstid inte räcker till för att kunna möta arbetets krav. Det är deras största källa till stress och det påverkar deras psykosociala arbetsmiljö negativt. Det är mycket administrativt jobb som tar tid från patienttid och det blir en frustration när de inte får möjlighet att använda sin kompetens för att hjälpa patienterna som står i kön. De långa köerna genererar en etisk stress till all vårdpersonal på BUP då de inte hinner hjälpa alla som de vill hjälpa, vilket inte är socialt hållbart. Det är psykiskt påfrestande att behöva nedprioritera ett barn med stort behov av hjälp för att prioritera ett annat barn med ett ännu större behov. De långa köerna skapar även en enorm känsla av kontrollbrist. I resultatet framgick det att läkarnas sammanvävda upplevda känsla för sammanhang (KASAM) var bristande i delar av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Som det betonades i det teoretiska ramverket är det viktigt att arbetet bidrar till att stärka medarbetarnas känsla av sammanhang.

En minskad kö skulle leda till färre missnöjda och upprörda föräldrar att hantera och personalen skulle behöva ta färre svåra beslut om vem de ska vårda först. En kortare kö skulle innebära att personalen skulle kunna hjälpa patienterna fortare och det skulle göra att deras arbetssituation känns mer hanterbar, vilket skulle ge läkarna en högre grad av KASAM. Med en mer hållbar arbetsmiljö skulle medarbetarna vilja fortsätta att jobba på BUP och ett gott rykte om arbetsmiljön skulle kanske leda till att fler söker sig till BUP eller utbildar sig inom barnpsykiatri. Alltså skulle en minskad kö förbättra både den psykosociala arbetsmiljön och den sociala hållbarheten.

Genom att uppnå studiens syfte, att minska kötiden för patienter, påverkas samhället i stort i den bemärkelsen att en fungerande Barn- och Ungdomspsykiatri ger bättre möjligheter för ett hållbart samhälle. Ur ett socialt hållbarhetsperspektiv innebär en ökad tillgänglighet till BUP en ökad trygghet i samhället eftersom den vård som praktiseras på mottagningarna blir mer tillgänglig för patienterna. Vid förkortade köer säkerställs inte bara att vårdgarantin lättare kan uppfyllas, utan att det dessutom finns större möjligheter att vård kan erbjudas tidigare än de lagstadgade 30 dagarna.

7.4.2 Reducerade slöserier

Som en följd av de långa köerna uppstår det slöserier. Förutom att själva väntetiden klassas som ett slöseri (Sundqvist, 2013) så uppstår det en hel del omarbete som följd. Exempelvis så konstaterades det i intervjuerna att läkarbristen och väntetiderna i vissa fall leder till att behandlingar tappar i effekt och att steg i behandlingsprocessen på så sätt behöver göras om. Konsekvenser av detta är mer än de som är direkt kopplade till slöserier, det resulterar också i att patientens behandling tar längre tid och att patienten kanske hade kunnat bli frisk snabbare om det inte dragit ut på tiden. På så sätt leder alltså köerna till förlängda sjukdomsperioder för patienterna. Således skulle alltså sjukdomsperioden minskas som en följd av kortare vårdköer. Sjukdomsperioden förlängs också av själva kötiden patienten enbart spenderar i kö. Ytterligare ett tillfälle som köerna leder till både slöseri och eventuellt förlängd sjukdomsperiod för patienten är kön efter nybesöken, inför behandling eller fördjupad utredning. Det förekommer, som tidigare nämnts, att en patient kommer på nybesök, vårdplan sätts, men sedan får patienten vänta så pass länge i kö att sjukdomstillståndet hinner förändras och att vårdplanen inte längre är aktuell. Därför måste processen startas om med ett nytt nybesök. Ytterligare konsekvenser av köerna är att personal idag får lägga tid på att ringa till patienter som står i kö för att kontrollera att sjukdomstillståndet inte är försämrat.

Enligt Modig och Åhlström (2014) kan direkta behov ses som anledningen till varför en process startar och handlar ofta om att skapa ett konkret resultat, medan indirekta behov i större utsträckning handlar om kundens upplevelse. I BUPs fall skulle ett direkt behov kunna vara en diagnos efter en fördjupad utredning, medan ett indirekt behov skulle kunna vara att patienten finner trygghet under processens gång. Kötiden medför också att mycket vårdnadshavare till patienter ringer in till mottagningen för att få reda på när de förväntas bli kallade till besök. Dessa samtal hamnar emellanåt på läkarens bord som "tvingas" ringa upp vårdnadshavaren. Det förekommer också att personalen på BUP ringer upp vårdnadshavare till patienter som står i kön för att kontrollera att läget inte försämrats. Båda dessa scenarier speglar ett indirekt behov av information som inte hade behövts om kön inte hade existerat. Fler direkta och indirekta behov uppstår alltså på grund av köerna. Samtliga av de ovan nämnda negativa effekterna hade försvunnit om köerna inte hade funnits. Därför kan syftet anses vara av stor relevans för BUP att sträva efter.

7.5 Allmän diskussion och vidare studier

De förbättringsförslag som identifierats inom ramen för denna rapport är ett bidrag till hur verksamheten på BUP skulle kunna förbättras i syfte att minska kötiden för patienter, detta med befintliga resurser. Studien har visat att det med relativt enkla medel finns potential till att få en mer flödeseffektiv vård och kortare köer. För att helt

och hållet lösa problematiken kring de växande vårdköerna krävs dock större och mer omfattande åtgärder, exempelvis skulle utökade finansiella medel kunna bistå i att anställa fler personal och investera i god arbetsmiljö.

Det ska inte spela någon roll var i landet patienter bor, utan de ska alltid ha rätt till likvärdig vård. Idag är detta inte fallet vad gäller Barn- och Ungdomspsykiatri, då olika geografiska områden upplever olika stor efterfrågan. Dessutom har inte alla områden samma ekonomiska förutsättningar. Ett möjligt förbättringsförslag för BUPs verksamhet i Göteborg är att på sikt centralisera dagens fem olika öppenvårdsmottagningar till en eller möjligtvis två öppenvårdsmottagningar strategiskt placerade i Göteborg. En ökad centraliseringsgrad har varit ett återkommande tema i denna studie, då det är ett ämne som har behandlats på flertalet intervjuer samt på möten med BUPs ledning. I de allra flesta sammanhang har detta setts som något eftersträvarsvärt och något som skulle hjälpa verksamheten. Detta kan motiveras med att närhetsprincipen inom sjukvården inte bör vara lika prioriterad som rätten till lika vård.

Utöver de rekommenderade förbättringsförslagen som studien resulterat i finns andra områden som BUP kan fortsätta arbeta med. Som nämndes i rapportens teoretiska ramverk, *2.6 Standardisering av arbetssätt*, är standardisering ett viktigt verktyg för kontinuerlig förbättring. För att BUP ska kunna fortsätta jobba aktivt med förbättringsarbete är det därför viktigt att de fortsätter jobba för ökad standardisering av arbetssättet på BUP, genom exempelvis standardiserade scheman och gemensamma rutiner. Detta skulle ge bättre förutsättningar för att kunna vidareutveckla BUPs verksamhet.

Denna studie är en del i BUPs strävan mot kortare kötider, men som nämndes ovan krävs det ytterligare insatser för att korta köerna tillräckligt. Ett naturligt nästa steg för BUP är att se över resultatet från denna rapport, besluta om vilka åtgärder som ska genomföras och slutligen ta fram en implementationsplan. Det är först när förändringarna implementerats och blivit till rutiner som fördelarna kommer yttra sig.

Ytterligare ett angreppssätt för att komma till bukt med de långa köerna är att ta tag i delar som legat utanför denna rapports fokusområde. Exempel på detta kan vara att välja att fokusera på en annan resurs, exempelvis psykologresursen. Ytterligare ett fokusområde som också skulle kunna ha positiv inverkan på patientflödet är en djupgående studie och granskning av processen för fördjupad utredning. Slutligen kan även ett annat fokusområde vara att ställa om verksamheten till en mer flödeseffektivvård med en patientcentrerad vård, som en möjlig väg för att på sikt korta köerna.

8 Slutsatser

Studien initierades som en del i det pågående arbetet i att försöka komma tillrätta med de ständigt ökande väntetiderna inom vården i allmänhet och på BUP i synnerhet. Tidigt i studien konstaterades läkaren vara en bristande resurs och ett ämne som lämpar sig som fokusområde för denna uppsats. Under studiens gång har insikten om läkarens centrala roll i processerna stärkts och fokusområdets relevans har styrkts. Frågeställningarnas utformning har också konstaterats vara relevanta för att bidra till att uppfylla syftet.

Även valet av den abduktiva metodansatsen har konstaterats fördelaktigt ur flera aspekter. Det iterativa arbetssättet har bidragit fördelaktigt till resultatet i allmänhet. Även det teoretiska ramverket har dragit fördel av metodansatsen sett till såväl innehåll som utformning. Datainsamlingsmetoderna kan konstateras passande för studiens ändamål, men det går också att resonera kring att nulägesbilden eventuellt hade gynnats av frekvensstudier eller utökade observationer.

De olika problemområdena som identifierats har olika generalitet. Detta innebär att vissa problem konstateras specifika för mottagningen på Hisingen, medan andra problem är mer allmängiltiga och berör samtliga mottagningar. Exempel på problem som är mottagningsspecifika är det frekventa användandet av gula lappar, medan de bristfälliga IT-systemen berör samtliga mottagningar och är därför ett problem som konstaterats mer generellt.

Sett till genomförande så varierar de olika förbättringsförslagens omfattning, eftersom vissa av de föreslagna lösningarna kan genomföras med relativt små medel, medan andra lösningar kräver större insatser. I samband med att de olika förbättringsförslagen presenterades så genomfördes också en kortare motivering för varför de bidrar till att korta köerna, dessa motiveringar mynnade ut i tre olika effekter som de olika förbättringsförslagen konstaterades leda till. Dessa effekter är: ökad läkartillgänglighet, lägre personalomsättning och snabbare patientflöde.

För att påvisa studiens relevans har också en diskussion kring syftets effekter lyfts. Där en uppfyllnad av syftet i förlängningen skulle leda till såväl ökad social hållbarhet som reducerade slöserier hävdas.

För att BUPs arbetsplats ska bli mer hållbar behöver de ständigt ta hand om och utveckla de medarbetare som arbetar där idag, istället för att lita på tillförsel av nya. Om BUP kan stärka medarbetarnas individuella känsla av sammanhang genom att öka deras känsla för meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet, är det större chans att medarbetarna trivs på arbetsplatsen och vill stanna. Om BUP lyckas skapa en attraktiv arbetsplats skulle ett gott rykte spridas om god arbetsmiljö och kanske leda till att flera vill utbilda sig inom området och söka sig till BUP.

Avslutningsvis fastslås i en mer allmän diskussion att detta arbete och de förändringar som här rekommenderas står för ett steg i riktningen mot kortare vårdköer, men för att uppfylla vårdgarantin krävs det ytterligare insatser. Ett viktigt första steg för att kunna dra nytta av de förslag som lyfts i denna rapport är att BUP ser över vilka åtgärder som

ska genomföras och därefter upprättar en implementationsplan och genomför förändringarna.

Aktiviteter i processen är upplagda på ett sätt idag som gör att de befintliga resurserna är otillräckliga.

Ytterligare ett förslag som på lång sikt skulle kunna bidra till att kötiden för patienter kortas är om de fem öppenvårdsmottagningarna centraliseras till en, eller möjligtvis två, strategiskt placerade mottagningar. Detta också eftersom rätten för lika vård bör prioriteras framför närheten till vård.

Vidare studier för att kunna erbjuda patienter en ökad tillgänglighet och acceptabla väntetider skulle kunna fokuseras kring processen kring fördjupad utredning.

Litteraturförteckning

AFS 2015:4. *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Stockholm, Arbetsmiljöverket

Almström, P. (2015) *Arbetsmätning*. Karleby handbok. s. 686-695

Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser: Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*. Lund: Studentlitteratur

Arbetsmiljöverket. (2013). *Inspektionskampanj SLIC 2012 – psykosociala riskbedömningar*. Hämtad 2017-02-24 från: <https://www.av.se/press/stress-och-tung-arbetsbelastning-inom-varden-skapar-ohalsa/>

Arbetsmiljöverket. (2016). *Stress*. Hämtad 2017-02-07 från: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/stress/>

Becker, H. S. (1967). *Whose side are we on?* Social Problems, volym 14, nummer 3, s. 239-247

Becker, H. S., och Geer, B. (1957) *Participant observation and interviewing: A comparison*. Human organization, volym 16, nummer 3, s. 28-32

Bergman, B. & Klefsjö, B. (2012). *Kvalitet från behov till användning*. Lund: Studentlitteratur

Bevilacqua, M. Ciarapica, F.E. Mazzuto, G. Paciarotti. C. (2013). *Visual Management implementation and evaluation through mental workload analysis*. Elsevier Ltd, Volym 46, nummer 7, s. 294-299

Breen, A M. Burton-Houle, T. Aron, D C. (2002) *Applying the Theory of Constraints in Health Care: Part 1 – The Philosophy*. Quality Management in Health Care

Brenner, F.C. Spivak, S.M. (2001). *Standardization essentials: principles and practice*. New York: Marcel Dekker Inc

Bryman, A. och Bell, E. (2015). *Business Research Methods*. Fjärde upplagan. Oxford: Oxford University Press

Carrick Andrews, B., kaye, J., Bowcutt, M., Campbell, J. (2008). *Redesigning Geriatric Healthcare*. Health Marketing Quarterly, Volym 19, Nummer 2

Dagens Medicin. (2017). *Vårdkrisen*. Hämtad 2017-04-22 från: <https://www.dagensmedicin.se/taggar/v/vardkrisen/>

Darj, E. (2003). *Kortare kö och bättre arbetsmiljö!*. Hämtad 2017-02-07 från: <http://lakartidningen.se/OldPdfFiles/2003/27164.pdf>

Dubois, A. and Gadde, L. (2002). *Systematic combining: an abductive approach to case research*. Journal of Business Research, s.553-560

Duignan, J. (2016). *A Dictionary of Business Research Methods*. Oxford: Oxford University Press

Europeiska arbetsmiljöbyrån. (2007). *Expertprognos om nya arbetsrelaterade psykosociala risker*. Hämtad 2017-05-01 från <https://osha.europa.eu/sv/tools-and-publications/publications/factsheets/74>

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Vad är social hållbarhet för oss?* Hämtad 2017-02-06 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet/social-hallbarhet/>

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Psykiska och somatiska besvär bland barn och unga*. Hämtad 2017-02-06 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/psykiska-och-somatiska-besvar-bland-barn-och-unga/>

Galsworth, G., PhD. (2011). *The Visual Workplace*. The Magazine: Printing Industries of America volym 3, nummer. 2, s. 14-16

Gustavsson, M. (2005). Vad är informationskvalitet: och varför är det viktigt?. *TH Transport & Hantering*, nummer: 13.2005, sida: 12

Göteborgs Universitet. (2014). *Källkritik*. Hämtad 2017-05-02 från: <http://www.ub.gu.se/skriva/kallkritik/>

Hauge, A.M. (2016). *The Organizational Valuation of Valuation Devices: Putting Lean whiteboard management to work in a hospital department*. Valuation Studies 2016 4(2): s.125-151

Holme, I.M., Solvang, B.K. (2005). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Hubendick, B. (2017). *Centralisering*. Nationalencyklopedien. Hämtad 2017-03-23 från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/centralisering>

Hultberg, A. Skagert, K. Ekbom Johansson, P. Ahlberg, G. (2010). *Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser*. (ISM-rapport 9). Västra Götalandsregionen: Institutet för stressmedicin.

Korn, D.J. (2012). *Writing for Profit*. New York: SourceMedia

Larsson, A. Johansson, M., Bååthe, F., Neselius, S. (2011). *Reducing throughput time in a service organisation by introducing cross-functional teams*. Production, Planning & Control. Volym 23 , nummer. 7

Liker, J. K. (2009). *The Toyota Way - vägen till världsklass*. Upplaga: 1:7. Liber AB

Liker, J. K. och Meier, D. (2006). *The Toyota way fieldbook: a practical guide for implementing Toyota's 4Ps*. New York; London: McGraw-Hill

Ljungberg och Larsson (2012), *Processbaserad verksamhetsutveckling: varför - vad - hur?* Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur

Modig, N., Åhlström, P. (2014). *Detta är lean: Lösningen på effektivitetsparadoxen*. Andra upplagan. Halmstad: Bulls Graphics AB.

Nordlund, L. (2017). *Vårdköerna dödar*. Hämtad 2017-03-02 från:
<https://www.svd.se/vardkoerna-dodar>

P4 Göteborg. (2017). *Rekordlånga köer till BUP*. [Radioprogram] Producent: Sanna Ekstedt Larsson. Sveriges Radio. 2017-05-10

Palvannan, R. and Teow, K. (2010). *Waiting for Healthcare*. Journal of Medical Systems, s. 541-547

Phillips, P. och Stawarski, C. (2008). *Data Collection: Planning for and Collecting All Types of Data*. San Francisco: Pfeiffer

Rechel, B., Wright, S., Barlow, J. and McKee, M. (2010). *Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows*. Bulletin of the World Health Organization. Hämtad 2017-03-22 från:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908974/#R36>

Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Andra upplagan. Malden, Massachusetts: Blackwell

Rubenowitz, S. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur

SFS: 1982:763. hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet

Shingo, S. (1984). *Den japanska produktionsfilosofin*. Stockholm: Tryckeri Balder

Silvester, K., Lendon, R., Bevan, H., Steyn, R. & Walley, P. (2004). *Reducing waiting times in the NHS: is lack of capacity the problem?*. Hämtad 2017-04-18 från:
http://www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/CIM12_3_Silvester.pdf

Slack, N. Brandon-Jones, A. Johnston, R. (2013). *Operations Management*. Harlow: Pearson.

Socialstyrelsen (2012). *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*. Hämtad 2017-05-05 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18769/2012-7-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Rikssjukvårdsnämnden*. Hämtad 2017-05-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/rikssjukvard/omrikssjukvard/rikssjukvardsnamnden>
Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Planerad Specialiserad Vård - Förstagesök*. Hämtad 2017-04-17 från: <http://vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/SpecialiseradBesok/>

SVT Nyheter. (2017). *Vårdkrisen*. Hämtad 2017-04-22 från: <https://www.svt.se/nyheter/amne/vardkris>

Sörqvist, L. (2013). *Lean: Processutveckling med fokus på kundvärde och effektiva flöden*. Första upplagan. Lund: Studentlitteratur AB

Taylor, S. J., Bogdan, R. och Devault, M. L. (2016) *Introduction to Qualitative Research Methods*. Fjärde upplagan. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc

Uppdrag Psykisk Hälsa. (2016). *Första linjen - vad är det?*. Hämtad 2017-04-02 från <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/barn-unga/forsta-linjen-2/forsta-linjen/>

Världskommissionen för miljö och utveckling. (1987). *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*. Genève: UN Documents

Wan, G. och Wang, Q. (2017). *Two-tier healthcare service systems and cost of waiting for patients*. Applied Stochastic Models in Business and Industry

Widegren, C. (2016). *Svenska väntetider är längst i Europa*. Dagens Nyheter. 2016-10-12. Hämtad 2017-04-22 från: <http://www.dn.se/debatt/repliker/svenska-vantetider-ar-langst-i-europa/>

Wong, R.K., M., Tan, J.S., M. och Drossman, D.A. (2010). *Here's My Phone Number, Don't Call Me: Physician Accessibility in the Cell Phone and E-mail Era*. Digestive diseases and sciences, volym 55, nummer 3, s. 662-667

Währborg, P. (2004). *Stress och den nya ohälsan*. Smedjebacken: Natur och kultur

Zanderin, L. (2005). *Arbetsmiljö*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur

Appendix 1: Statistik från BUP gällande inkommande remisser

Antalet remisser som inkommit till respektive öppenvårdsmottagning på BUP Göteborg finns presenterade i tabell 1. I tabellen finns information om antalet inkomna remisser under perioden 2014–2016. Siffrorna på raderna där det står "*Totalt inkomna*" representerar det totala antalet remisser som inkommit till respektive mottagning, medan "*Bokade + Obokade*" är det antal remisser som mottagningen accepterat. Således är antalet som står på raden för "*Vidarebefordrad*" antalet remisser som BUP inte accepterat.

På sista raden, de tre cellerna längst till höger (gul-markerade) visar på hur antalet inkomna remisser utvecklats under de tre senaste åren.

Tabell 1:i tabellen presenteras antalet remisser som inkommit till respektive öppenvårdsmottagning under varje kvartal under tidsperioden 2014–2016. Antalet remisser som är accepterade av BUP-mottagningen är antalet som står på raden "Bokade + Obokade".

Inkomna remisser kvartalsvis för samtliga enheter 2014–2016

Antal remisser		2014 Q 1	2015 Q 1	2016 Q 1	2014 Q 2	2015 Q 2	2016 Q 2	2014 Q 3	2015 Q 3	2016 Q 3	2014 Q 4	2015 Q 4	2016 Q 4	2014	2015	2016
BUP Mott Kungshöjd	Bokade + Obokade	111	94	109	89	112	104	67	92	67	119	141	79	386	439	359
	Vidarebefordrad	19	23	41	20	44	72	20	41	54	15	58	53	74	166	220
	Totalt inkomna	130	117	150	109	156	176	87	133	121	134	199	132	460	605	579
BUP Mott Gamlesten	Bokade + Obokade	104	183	135	92	134	121	78	108	77	125	170	104	399	595	437
	Vidarebefordrad	46	52	54	39	67	53	31	42	26	44	70	39	160	231	172
	Totalt inkomna	150	235	189	131	201	174	109	150	103	169	240	143	559	826	609
BUP Mott Frölunda	Bokade + Obokade	97	109	110	68	101	102	61	88	76	105	132	127	331	430	415
	Vidarebefordrad	22	41	56	36	53	64	24	48	40	29	90	43	111	232	203
	Totalt inkomna	119	150	166	104	154	166	85	136	116	134	222	170	442	662	618
BUP Mott Mölndal	Bokade + Obokade	149	174	143	173	171	120	93	106	111	148	190	155	563	641	529
	Vidarebefordrad	34	50	76	41	57	83	33	62	39	49	95	67	157	264	265
	Totalt inkomna	183	224	219	214	228	203	126	168	150	197	285	222	720	905	794
BUP Mott Hisingen	Bokade + Obokade	103	137	79	114	154	185	66	30	111	119	30	163	402	351	538
	Vidarebefordrad	44	54	117	55	73	98	34	95	48	44	180	52	177	402	315
	Totalt inkomna	147	191	196	169	227	283	100	125	159	163	210	215	579	753	853
Totalt ÖV	Bokade + Obokade	564	697	576	536	672	632	365	424	442	616	663	628	2081	2456	2278
	Vidarebefordrad	165	220	344	191	294	370	142	288	207	181	493	254	679	1295	1175
	Andel accepterade	77%	76%	63%	74%	70%	63%	72%	60%	68%	77%	57%	71%	75%	65%	66%
	Totalt inkomna	729	917	920	727	966	1 002	507	712	649	797	1 156	882	2760	3751	3453

Appendix 2: Statistik från BUP gällande upprätthållande vårdgaranti

I tabeller på de två efterföljande sidorna presenteras de siffror som behövs för att beräkna i vilken utsträckning BUPs öppenvårdsmottagningar uppfyller vårdgarantierna. Tabell 1 presenterar antalet nybesök som genomförts ett visst antal dagar efter remissen accepterades, det vill säga där vårdgaranti ett gäller. I tabell 2 och 3 presenteras antalet dagar patienter får vänta på fördjupad utredning respektive behandling. Tabell 4 är en summering av tabell 2 och 3 för att summera antalet dagar som patienter som står i ”Kö 2”, vilket också motsvarar kön som vårdgaranti två gäller för.

I Tabell 5 presenteras procentsatserna för varje vårdgaranti. Dessa har beräknats genom antalet patienter som respektive vårdgaranti uppfylls för dividerats med det totala antalet patienter för respektive vårdgaranti.

Tabell 1: antalet nybesök som genomförts för de olika mottagningarna mellan 0 till mer än 366 dagar efter patient blivit ställd i kö

BUP- Nybesök, Vårdgaranti 1	0-30 dagar	31-60 dagar	61-90 dagar	91-120 dagar	121-150 dagar	151-180 dagar	181-365 dagar	> 366 dagar	Tot antal nybesök
BUP Hisingen	6	22	1	2	0	0	0	0	31
BUP Kungshöjd	5	7	3	0	0	0	0	0	15
BUP SÖBO	26	10	8	1	0	1	0	0	46
BUP Gamlestaden	18	6	0	0	0	0	0	0	24
BUP Frölunda	23	0	0	0	0	0	0	0	23
TOTALT	78	45	12	3	0	0	0	0	138

Tabell 2: antalet patienter som får tillgång till utredning mellan 0 till mer än 366 dagar efter patient blivit ställd i kö

BUP- Utredning	0-30 dagar	31-60 dagar	61-90 dagar	91-120 dagar	121-150 dagar	151-180 dagar	181-365 dagar	> 366 dagar	Tot antal utredningar
BUP Hisingen	3	1	0	0	0	0	1	1	6
BUP Kungshöjd	0	0	0	0	0	0	0	1	1
BUP SÖBO	5	0	0	1	0	0	1	0	7
BUP Gamlestaden	14	1	0	0	0	0	1	0	16
BUP Frölunda	0	0	0	1	0	0	2	1	4
TOTALT	22	2	0	2	0	0	5	3	34

Tabell 3: antalet patienter som får tillgång till behandling mellan 0 till mer än 366 dagar efter patient blivit ställd i kö

BUP- Behandling	0-30 dagar	31-60 dagar	61-90 dagar	91-120 dagar	121-150 dagar	151-180 dagar	181-365 dagar	> 366 dagar	Tot antal behandlingar
BUP Hisingen	3	1	0	0	0	0	0	0	4
BUP Kungshöjd	3	2	0	0	0	0	0	0	5
BUP SÖBO	3	0	0	0	0	0	0	0	3
BUP Gamlestad	2	1	0	0	0	0	1	0	4
BUP Frölunda	6	3	1	0	0	0	0	0	10
TOTALT	17	7	1	0	0	0	1	0	26

Tabell 4: antalet patienter som får tillgång till behandling och fördjupad utredning mellan 0 till mer än 366 dagar efter patient blivit ställd i kö

BUP Vårdgaranti 2	0-30 dagar	31-60 dagar	61-90 dagar	91-120 dagar	121-150 dagar	151-180 dagar	181-365 dagar	> 366 dagar	Tot antal behandlingar och utredningar
BUP Hisingen	6	2	0	0	0	0	1	1	10
BUP Kungshöjd	3	2	0	0	0	0	0	1	6
BUP SÖBO	8	0	0	1	0	0	1	0	10
BUP Gamlestad	16	2	0	0	0	0	2	0	20
BUP Frölunda	6	3	1	1	0	0	2	1	14
TOTALT	39	9	1	2	0	0	6	3	60

Tabell 5: procentsatser för vårdgaranti 1 och vårdgaranti 2

Upprätthållen vårdgaranti	
Vårdgaranti 1	56,50%
Vårdgaranti 2	65,00%
Utredning	64,70%
Behandling	65,40%

Appendix 3: Intervjumall för Läkare

- Vad har du för arbetsuppgifter? (Samtliga uppgifter och moment som utförs i det dagliga arbetet)
 - Kan du uppskatta ungefär hur stor andel av arbetstiden som läggs på respektive arbetsuppgift, samt uppgifternas frekvens? (Alltså exempelvis ”20 % av arbetstiden, 4 ggr per dag”)
 - Hur mycket tid spenderar du på administrativa arbetsuppgifter?
 - Vilka arbetsuppgifter kräver koordinering med andra yrkesgrupper?
 - Vilka av dina arbetsuppgifter måste ni läkare genomföra, som alltså inte får utföras av någon annan profession?
 - Gällande övriga arbetsuppgifter (som inte måste utföras av läkare), vad är anledningen till att du, som läkare, utför dem?
 - Anser du att några arbetsmoment du utför är onödiga och kan undvikas?
- Finns det arbetsuppgifter, utförda av annan profession, som du är ytterst ansvarig för? Om ja, hur påverkar detta din arbetstid?
- Tror du att det finns tid att frigöra genom omstrukturering av schemat?
 - Om ja, har du något exempel?
- Hur delaktig är du i schemaläggningen av din och andras tid?
 - Om du är delaktig i schemaläggningen: vad är problematiskt?
- Arbetar du kvällar och helger?
 - Om inte, skulle du kunna tänka dig att göra det?
- Arbetar du något hemifrån?
 - Om ja, isåfall vad och när? Är den tiden schemalagd?
- Vem/vilka planerar in och schemalägger patientbesöken?
- Upplever du att du ofta blir avbruten i ditt arbete och tvingas börja om?
- Om patienten uteblir, vad gör du istället?
 - Hur hanteras det fortsatta ärendet?
 - Sitter du någon gång sysslolös och väntar på patienter?
- Vilka kommunikationskanaler finns för dig till patienter?
 - Ser du möjligheter till nya kanaler i och med förbättrad IT?
- Vilka kommunikationskanaler finns till kollegor?
- Vilka system jobbar du i och vad tycker du om dem?
- Vad ser du som de största problemområdena för er verksamhet här på BUP?
- Ser du några möjliga förbättringar?
- Har vi möjlighet att återkomma till dig om det dyker upp frågor i efterhand?
 - Kontaktuppgifter

Appendix 4: Intervjumall för enhetschefer

- I vilka arbetssituationer kommunicerar och/eller arbetar du tillsammans med en eller flera läkare?
 - Vad är det då för kommunikationskanal?
 - Är tiden schemalagd?
 - Hur lång tid tar det vanligtvis?
- Hur ser supporten (exempelvis sekreterare) för läkare ut?
 - Finns det brister här?
 - Ser du någon förbättringsåtgärd som skulle kunna genomföras?
- Har du identifierat uppgifter som läkaren gör som skulle kunna utföras av annan profession?
- Är läkarna involverade i schemaläggning?
 - Om ja, är det nödvändigt/varför?
 - Schemalägger läkarna sin egna tid oberoende av andra?
- Hur hanterar BUP den rådande läkarbristen?
 - På vilket sätt tar mottagningen hand om sina läkare?
 - Brist på monetära resurser eller brist på läkare/finns det vakanta läkarpositioner?
 - Hur arbetar ni med rekrytering och skapande av en attraktiv och hållbar arbetsplats?
- Hur fungerar kommunikationen mellan läkare och personal? Var finns det brister?
 - Ser du några möjliga förbättringar när det gäller kommunikation mellan personal?
- Kommunikationen mellan läkare och patient, hur fungerar den? Finns brister?
 - Ser du några möjliga förbättringar när det gäller kommunikation mellan personal och patient?
- Vilka är de största problemområdena för er verksamhet?
- Har du några ytterligare förbättringsförslag som skulle bidra till att korta köerna?

Appendix 5: Intervjumall för övriga professioner

- Vilka situationer i ditt arbete är kommunikerar och/eller arbetar du tillsammans med en eller flera läkare? (Exempelvis vid rådgivning, ändring av vårdplan etc.)
 - Vad använder ni då för kommunikationskanal?
 - Är denna tiden schemalagd?
 - Hur ofta sker det?
 - Tidsåtgång?
 - Hur många ärenden behandlas vid varje möte?
- Känner du av att det är brist på läkare?
 - Hur påverkas ditt arbete av det? Mycket/Lite? Vad påverkas?
 - Upplever du att ditt arbete bromsas av att det är brist på läkare?
 - Hur påverkas ditt arbete av det?
- Har du identifierat arbetsuppgifter som läkaren gör som skulle kunna utföras av annan profession?
- Upplever du att några arbetsmoment och/eller processer i kontakt med läkare fungerar ineffektivt eller inte alls?
- Hur fungerar kommunikationen med läkare? Var finns det brister?
 - Ser du några möjliga förbättringar när det gäller kommunikation med läkare?
- Kommunikationen mellan personal och patient, hur fungerar den? Finns brister?
 - Ser du några möjliga förbättringar när det gäller kommunikation mellan personal och patient?
- Har du identifierat några andra möjliga åtgärder som skulle kunna bidra till att korta köerna?

Appendix 6: Enkät till patienter

Till dig som patient/vårdnadshavare

Detta är en undersökning av en grupp studenter från Chalmers tekniska högskola som syftar till att förbättra tillgängligheten för patienter på Barn och ungdomspsykiatri. Enkäten är anonym. Ifylld enkät lämnas i receptionen. Tack på förhand!

Jag är:

- ☐ Förälder
- ☐ Patient
- ☐ Anhörig/Kompis

Hur många gånger har du besökt BUP (Barn-och ungdomspsykiatri)?

- ☐ Detta är mitt första besök
- ☐ Andra besök
- ☐ Tredje besök
- ☐ Fjärde besök
- ☐ Fem eller fler besök

Om du själv tar kontakt med BUP, exempelvis via telefonsamtal, vilken yrkesperson söker du i första hand?

- ☐ Läkare
- ☐ Psykolog
- ☐ Socionom
- ☐ Sjuksköterska
- ☐ Sekreterare
- ☐ Har aldrig kontaktat BUP / Vet inte
- ☐ Annan _____

Om du skulle vilja BUP något, vilken kontaktkanal använder du helst? (Kryssa gärna i flera alternativ)

- ☐ Telefon
- ☐ SMS
- ☐ Brev
- ☐ Mina Vårdkontakter / 1177.se
- ☐ E-post
- ☐ Övrigt _____

Känner du till tjänsten "Mina Vårdkontakter" på hemsidan 1177.se?

- ☐ Ja, jag använder tjänsten regelbundet
- ☐ Ja, jag har testat tjänsten, men den fungerade inte bra
- ☐ Ja, jag har hört talas om tjänsten, men inte använt den
- ☐ Nej, jag har aldrig hört talas om Mina vårdkontakter

Tycker du att du som patient/din anhörige träffar en läkare tillräckligt mycket?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

Har du någon idé på hur din kontakt med läkare skulle kunna förbättras?

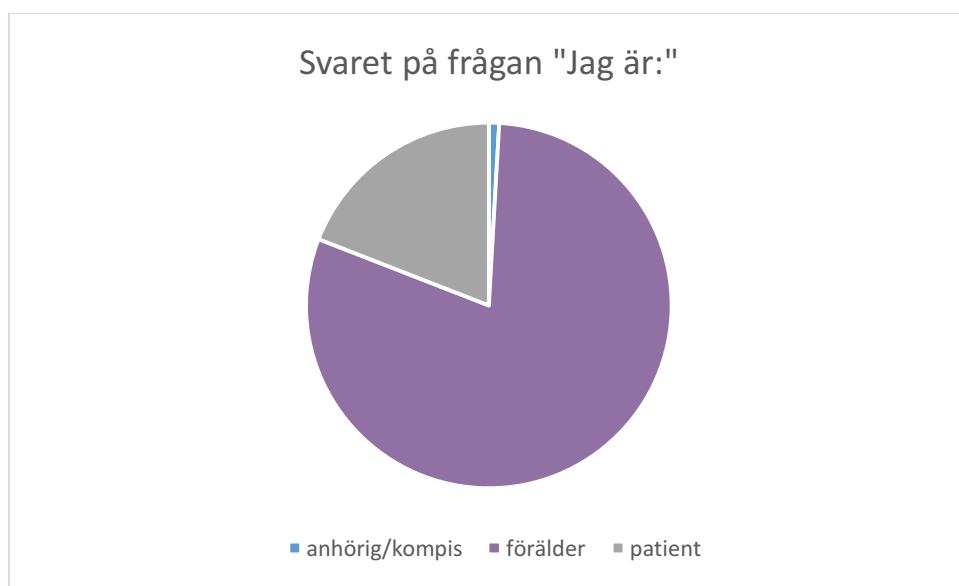
Vänligen lämna ifylld enkät till receptionen. Tack för hjälpen!

Appendix 7: Resultat av enkätundersökningen

I appendix 7 presenteras resultaten av enkätfrågorna (se appendix 6) i form av figurer och tabeller. I tabell 1 och figur 1 visas resultatet från enkätundersökningen för fråga ett: "Jag är:".

Tabell 1 Svartsfördelning från enkätundersökningen, fråga ett: "Jag är:"

Jag är:	Antal
Anhörig/kompis	1
Förälder	88
Patient	21
Totalt	110

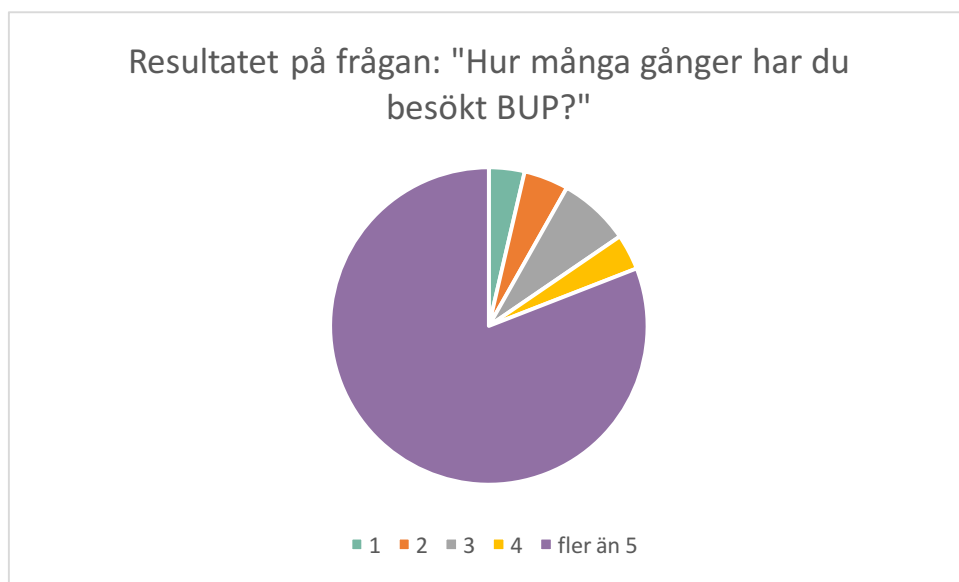


Figur 1 Svartsfördelning från enkätundersökningen, fråga ett: "Jag är:"

I tabell 2 respektive figur två visas resultatet på fråga två "Hur många gånger har du besökt BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri)?".

Tabell 2 Resultatet från enkätundersökningen på fråga två: "Hur många gånger har du besökt BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri)?".

Hur många gånger har du besökt BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri)?	Antal
Detta är mitt första besök	4
Andra besök	5
Tredje besök	8
Fjärde besök	4
Fem eller fler besök	89
Totalt	110

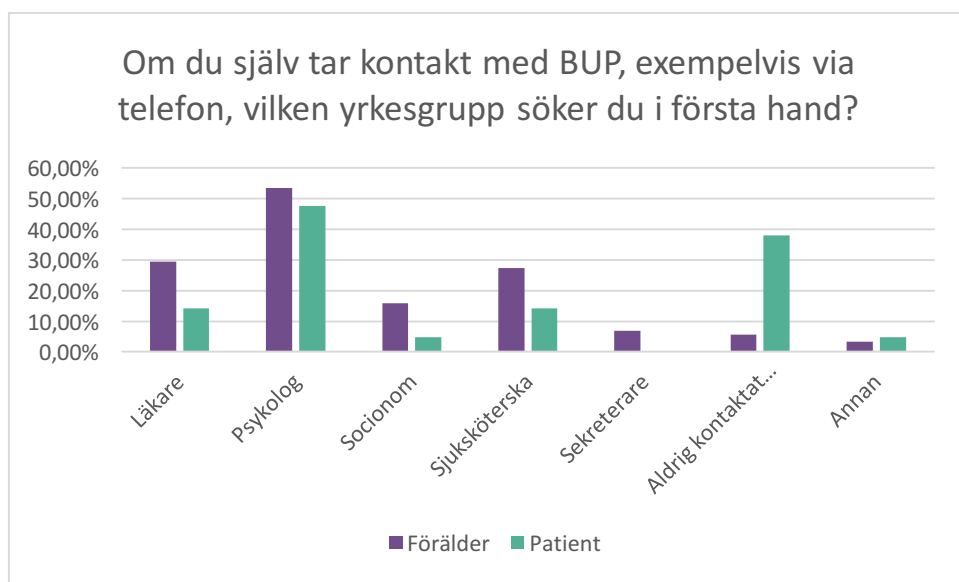


Figur 2 Svarsfördelningen från enkätundersökningen på fråga två: "Hur många gånger har du besökt BUP (Barn- och Ungdomspsykiatri)?".

I tabell 3 visas resultatet från enkätundersökningens fråga tre: "Om du själv tar kontakt med BUP, exempelvis via telefon, vilken yrkesgrupp söker du i första hand?". Figur 3 visar den procentuella fördelningen av resultatet uppdelat på svar från patienter respektive svar från föräldrar.

Tabell 3 Resultatet på enkätundersökningen fråga tre: "Om du själv tar kontakt med BUP, exempelvis via telefon, vilken yrkesgrupp söker du i första hand?"

	Läkare	Psykolog	Socionom	Sjuksköterska	Sekreterare	Aldrig kontaktat BUP /vet inte	Annan
<i>Förälder</i>	26	47	14	24	6	5	3
<i>Patient</i>	3	10	1	3		8	1
<i>Anhörig /kompis</i>		1					
Totalt	29	58	15	27	6	13	4

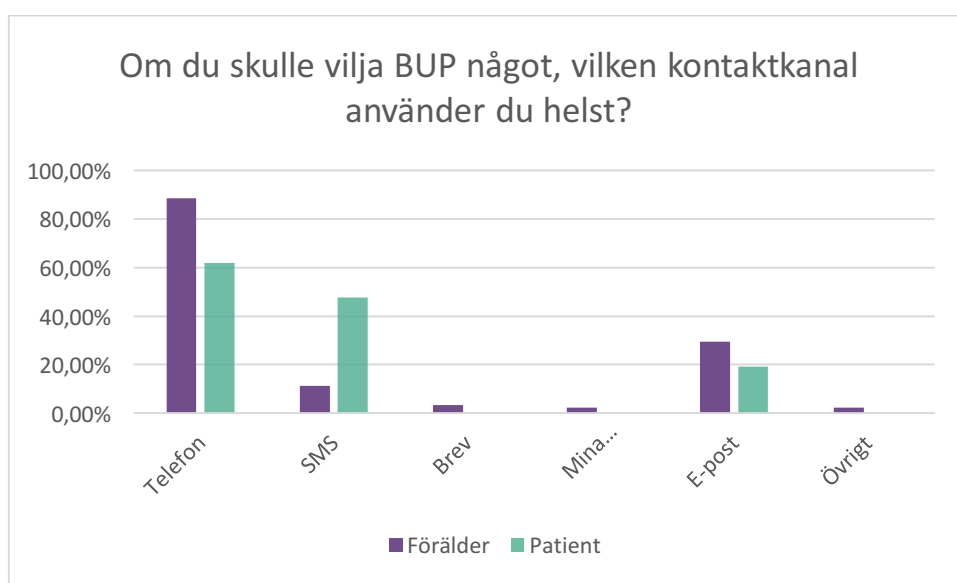


Figur 3: Visar den procentuella fördelningen av resultatet på fråga 3 "Om du själv tar kontakt med BUP, exempelvis via telefon, vilken yrkesgrupp söker du i första hand?" uppdelat på svar från patienter respektive föräldrar

I tabell 4 presenteras resultatet från enkätundersökningens fråga fyra: "Om du skulle vilja BUP något, vilken kontaktkanal använder du helst? (Kryssa gärna i flera alternativ)". I figur 4 redogörs för resultatet procentuellt fördelat över svarsalternativen uppdelat på svar från patienter respektive föräldrar.

Tabell 4 Visar resultatet från enkätundersökningens fråga 4: "Om du skulle vilja BUP något, vilken kontaktkanal använder du helst? (Kryssa gärna i flera alternativ)"

	Mina					
	Telefon	SMS	Brev	Vårdkontakter	E-post	Övrigt
<i>Förälder</i>	78	10	3	2	26	2
<i>Patient</i>	13	10	0	0	4	0
<i>Anhörig /kompis</i>	1	0	0	0	0	0
Totalt	92	20	3	2	30	2

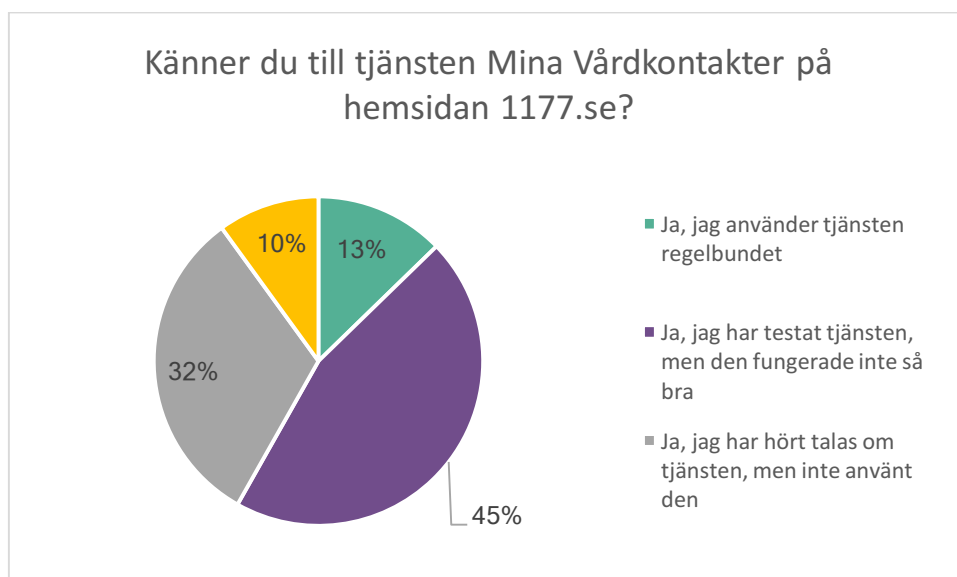


Figur 4: Visar den procentuella fördelningen av resultatet på fråga 3 "Om du skulle vilja BUP något, vilken kontaktkanal använder du helst? (Kryssa gärna i flera alternativ)" uppdelat på svar från patienter respektive föräldrar

I tabell respektive figur 5 presenteras resultatet från enkätundersökningens femte fråga: "Känner du till tjänsten "Mina vårdkontakter" på hemsidan 1177.se?".

Tabell 5 Visar resultatet på enkätundersökningens femte fråga: "Känner du till tjänsten "Mina vårdkontakter" på hemsidan 1177.se?"

	Ja, jag använder tjänsten regelbundet	Ja, jag har testat tjänsten, men den fungerade inte så bra	Ja, jag har hört talas om tjänsten, men inte använt den	Nej, Jag har aldrig hört talas om Mina Vårdkontakter
<i>Förälder</i>	13	43	22	10
<i>Patient</i>	1	7	12	1
<i>Anhörig /kompis</i>	0	0	1	0
Totalt	14	50	35	11



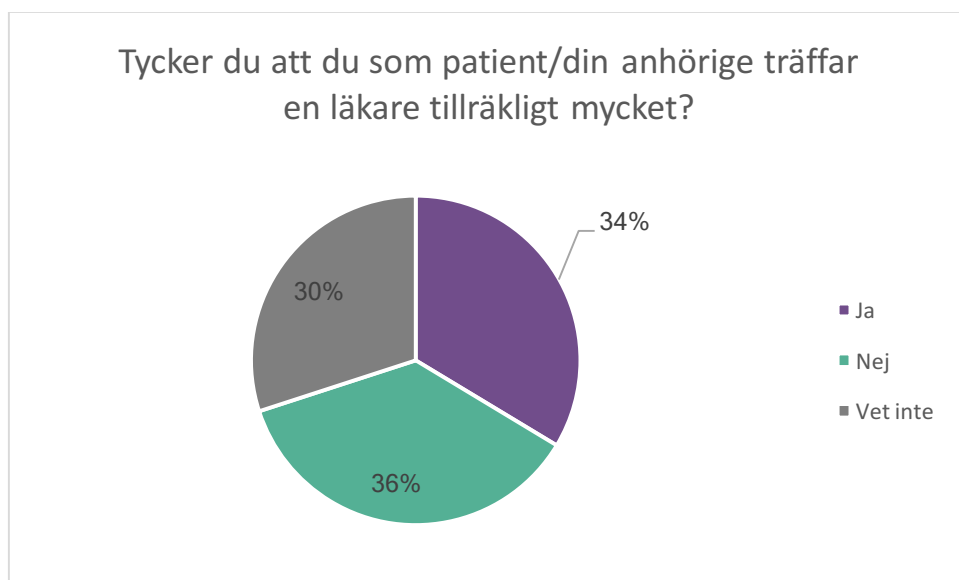
Figur 5: Procentuell svarsfördelning på fråga fem: "Känner du till tjänsten "Mina Vårdkontakter" på hemsidan 1177.se?"

Tabell 6 och figur 6 presenterar resultatet från enkätundersökningens sjätte fråga: "Tycker du att du som patient/din anhörige träffar läkare tillräckligt ofta?".

Tabell 6 Resultat från enkätundersökningens sjätte fråga: "Tycker du att du som patient/din anhörige träffar läkare tillräckligt ofta?"

	Ja	Nej	Vet inte
<i>Förälder</i>	29	36	23
<i>Patient</i>	8	3	10
<i>Anhörig/kompis</i>	0	1	0
Totalt	37	40	33

Tabell 6 Procentuellt resultat från enkätundersökningens sjätte fråga: "Tycker du att du som patient/din anhörige träffar läkare tillräckligt ofta?"



I tabell 7 presenteras en sammanställning av de svar som lämnades på enkätens sjunde och sista fråga: ”Har du någon idé hur din kontakt med läkare skulle kunna förbättras?”.

Tabell 7 Sammanställning av svar från sista frågan i enkätundersökningen: ”Har du någon idé hur din kontakt med läkare skulle kunna förbättras?”

Svar	Antal
Träffa samma läkare	13
Bättre tillgänglighet och besök oftare	20
Träffa läkare oftare (fler läkare)	9
Mer regelbundenhet och uppföljning	5
Vårdplan och information om vårdprocessen	3
Direktnummer, typ som jour	1
Träffa Psykolog oftare	1
Mailkontakt, löpande eller informativt	8
Applikation i telefon	1
Information från läkare	1
Kontakt vid generella frågor	1
Telefonmöten och telefontider	5
Problem med felaktiga kallelser	1