



GÖTEBORGS UNIVERSITET
HANDELSHÖGSKOLAN

Utvärdering av effektiviseringsarbete vid ortopediavdelning 230, Mölndals sjukhus

Kandidatuppsats i Logistik

Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet
Vårterminen 2013

Handledare: Peter Rosén

Författare:	Födelseår:
Andreas Filipsson	840318
Magnus Lilja	821106

Förord

Tack

Vi vill tacka alla vid Mölndals sjukhus som har ställt upp på intervjuer, samt alla de respondenter som har tagit sig tid att besvara vår enkät. Särskilt vill vi tacka Emmy Fhager vid Sahlgrenska Universitetssjukhusets kvalitetsstrategiska avdelning, som har hjälpt oss med stort engagemang under arbetets gång.

Ett stort tack även till vår handledare Peter Rosén som har gett oss bra tips och stöd genom hela uppsatsen.

Göteborg, 2013-06-03

Andreas Filipsson

Magnus Lilja

Sammanfattning

Titel	Utvärdering av effektiviseringsarbete vid ortopediavdelning 230, Mölndals sjukhus
Författare	Andreas Filipsson och Magnus Lilja
Handledare	Peter Rosén
Bakgrund	Sveriges ökande befolkning i kombination med minskande resurser till sjukvården leder till allt fler överbeläggningar. Detta inverkar negativt på arbetsmiljö och patientsäkerhet vid vårdinrättningarna. Samtidigt är effektivitets- och kvalitetsarbete lagstadgat för Sveriges vårdinrättningar sedan 2005.
Problemdiskussion	På Sahlgrenska sjukhuset jobbar man med förbättringsarbete enligt den egenutvecklade FOKUS-modellen. För att kunna veta om implementerade förbättringsåtgärder har gett önskat resultat behöver man genomföra utvärderingar och ta fram nyckeltal som mäter effekterna av åtgärderna. Dessa nyckeltal ska samtidigt kunna relateras till Sahlgrenskas balanserade styrkort. I uppsatsen genomför vi en utvärdering av tre förbättringsåtgärder som införts på den ortopediska avdelningen 230 på Mölndals sjukhus.
Syfte	Syftet med uppsatsen är att utvärdera effekterna av en organisatorisk förändring på en ortopedisk sjukvårdsavdelning i offentlig sektor, anpassa en befintlig metod för detta samt att ta fram lämpliga nyckeltal för fortsatt mätning.
Metod	Vi utgår främst från utvärderingsmodeller som utvecklats av Dr. John Övretveit, professor inom förbättrings- och evalueringsforskning. I huvudsak använder vi <i>Före- och eftermodellen</i> samt en <i>modell för att jämföra två objekt</i> . Vi samlar in administrativ data från Sahlgrenskas interna datasystem och genomför en enkätundersökning på avdelning 230 samt för avdelning 231 som vi använder som referensobjekt. Vi genomför även intervjuer med verksamhetschefen, avdelningscheferna och med administrativ personal. De olika datainsamlingsmetoderna använder vi för att med större säkerhet kunna styrka eventuella resultat.

Analys

Insamlad registerdata och enkätsvar analyseras för var och en av åtgärderna. Åtgärden *stängda vårdplatser* ur ett medarbetarperspektiv samt med avseende på ekonomiskt utfall. Åtgärden *läkarnas schemaläggning* ur ett medarbetarperspektiv och ur ett patientperspektiv. Åtgärden *parvård* utvärderas både ur ett medarbetar- och patientperspektiv, samt med avseende på ekonomiskt utfall.

Slutsats

Har införda åtgärder på vårdavdelningarna gett önskad effekt? I så fall i vilken utsträckning?

Stängda vårdplatser

Vi kan inte styrka att denna åtgärd har haft avsedd effekt. Åtgärden har dock inte implementerats till fullo.

Läkarnas schemaläggning

Det finns mycket som tyder på att denna åtgärd kan ha bidragit till ett mer effektivt arbetssätt även om vi inte helt kan utesluta möjligheten att uppmätt effekt kan bero på andra orsaker.

Parvård

Ekonomiskt sett visar vår mätning att personalkostnaden per vårdplatsdygn är lägre efter införandet men ett flertal osäkerhetsfaktorer gör att resultatet inte med säkerhet kan kopplas ihop med åtgärden. Med avseende på en mer effektiv arbetsprocess så har vi mätt på samma sätt som för läkarnas schemaläggning, där vi uppmätt en ökning i effektivitet, om den beror på läkarnas schemaläggning eller parvård kan vi inte säkert säga. Med enkätsvaren som stöd tror vi dock att läkarnas schemaläggning är den åtgärd av dessa två som har gett störst effekt, förutsatt att resultatet inte beror på andra faktorer, något som vi inte kan utesluta.

Förslag till fortsatt forskning

Vi rekommenderar fortsatt mätning med nyckeltalen *Personalkostnad per vårdplatsdygn* samt vårt effektivitetsmått *Potentiell produktionsstakt* under en längre period för att se om uppmätta effekter består. Vi föreslår även att i kombination med detta göra en djupare analys av störfaktorernas eventuella inverkan på resultaten.

Nyckelord

Utvärdering, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Prestationsmått, Kvalitetsarbete, Sjukvård

Innehåll

1. Inledning	9
1.1 Introduktion.....	9
1.2 Bakgrund.....	9
1.3 Syfte	11
1.4 Frågeställningar.....	11
2. Problembeskrivning och problemanalys.....	11
2.1 Fokusmodellen.....	12
2.2 Uppdragsbeskrivning	13
3. Inledande metod.....	15
4. Utveckling av analysmodell.....	15
4.1 Utvärderingsmodeller	15
4.2 Motivering för mätetal	17
4.2.1 Prestationsmätning	17
4.2.2 Data vi avser att ta fram specificerat för varje intervention.....	18
4.2.3 Tidsperiod för registerdata	18
4.2.4 Beskrivning av våra framtagna mätetal.....	19
4.3 Mätetal samt mall för resultat och analys	21
4.3.1 Modell för analysavsnittet.....	23
4.3.2 Modell för slutsatsavsnittet	23
5. Teori.....	24
5.1 Brown´s metod.....	24
5.2 Betydelse av kontext	25
5.3 Precision i införandet	25
5.4 Mixed method design.....	25
5.5 SQUIRE-metoden	25
5.6 Effektivitetspåverkan i fyra perspektiv	26
5.7 Det balanserade styrkortets samband med effektivitetsmodellen	28
5.8 Överbeläggningar.....	28
5.9 Begreppet parvård.....	29
5.10 Sanningskriterier	30
5.11 Övretveits begreppsdefinitioner	30

6. Metod.....	32
6.1 Val av utvärderingsmetodik.....	32
6.2 Vårt val av uppläggning.....	33
6.3 Kvalitativ eller kvantitativ?.....	34
6.3.1 Svarefrekvens enkät.....	36
6.4 Identifiering av datakällor.....	37
6.5 Vilken typ av data önskas?.....	38
6.6 Etiskt förhållningssätt.....	38
6.7 Källkritik.....	39
7. Empiri.....	39
7.1 Verksamhetsbeskrivning av ortopediavdelningarna 230 och 231.....	39
7.2 Effektivitetspåverkan i fyra perspektiv.....	41
7.3 Övretveits begreppsdefinitioner.....	41
7.4 Interventionsbeskrivning.....	44
Stängda vårdplatser.....	44
Läkarnas schemaläggning.....	46
Parvård.....	47
7.5 Samband mellan vårdtid och återinläggning.....	48
7.6 Samband mellan förkortad vårtid och vårdkvalitet.....	48
7.7 Samband mellan patientnöjdhet och vårdtid.....	49
8. Resultat.....	50
8.1 Gemensamma mätetal.....	50
8.2 Åtgärdsspecifika data.....	52
8.2.1 Stängda vårdplatser.....	52
8.2.2 Läkarnas schemaläggning.....	54
8.2.3 Parvård.....	54
9. Analys.....	55
9.1 Gemensamma data.....	55
9.1.2 Beläggningsgrad.....	55
9.1.3 Medelvårddygn.....	55
9.1.4 Potentiell produktionstakt per vårdplats.....	56
9.1.5 Ekonomiskt resultat jämfört med budget.....	57

9.2.2 Läkarnas schemaläggning	59
9.2.3 Parvård	66
10. Slutsats	69
10.1 Stängda vårdplatser	69
10.2 Läkarnas schemaläggning	70
10.3 Parvård	71
10.4 Svar på frågeställningar	73
10.5 Sammanställning	74
11. Vidare forskning	75
12. Källförteckning	76
Bilaga 1 - Val av uppläggning	81
Bilaga 2 – Resultat av enkätdata för åtgärden <i>Stängda vårdplatser</i>	83
Bilaga 3 - Resultat av enkätdata för åtgärden <i>Läkarnas schemaläggning</i>	86
Bilaga 4 - Resultat av enkätdata för åtgärden <i>Parvård</i>	93
Bilaga 5 - Organisationskarta	96
Bilaga 6 - Gemensamma mätetal	97
Bilaga 7 – Enkät avd. 230	101
Bilaga 8 - Enkät avd. 231	106

1. Inledning

1.1 Introduktion

Den här uppsatsen inleddes i och med att vi antog ett uppdrag från Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Vårt intresse väcktes när två logistiker från Sahlgrenska kvalitetsstrategiska avdelning föreläste om sjukvårdslogistik på Handelshögskolan vårterminen 2013. Uppdraget bestod av att utvärdera effekterna av en omorganisering som genomfördes vid en ortopedisk avdelning på Mölndals sjukhus i september 2012. Insatsen innebar att man utförde åtgärder som syftade till att minska kostnader och beläggingsgraden på avdelningen, samt att förbättra planeringen för patienters behandling så att dessa kan få en säkrare vård och inte behöver vara inlagda längre än vad som är medicinskt försvarbart. Arbetet har till stor del bestått av att vi har skapat oss en bild av arbetssättet på vårdavdelningen. En viktig del har också varit att verkligen förstå vilka förändringar som genomförts, bakgrund till dessa och om de utförts till fullo. Vi har lagt mycket tid på att definiera hur vi skall kunna mäta förändringarna och en analysmodell har då växt fram. Våra resultat och metoder har löpande verifierats av vår handledare från Sahlgrenska sjukhuset.

1.2 Bakgrund

Enligt vårdförbundet (2013) måste något hända nu. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter har i flera år varit ett ökande problem. Vårdförbundet har påtalat problematiken på såväl nationell nivå som på arbetsplatsnivå men först på senare tid har Sveriges kommuner och landsting, SKL, offentliggjort faktiska siffror på problemet. (Vårdförbundet 2013). Nationella mätningar av överbeläggningar genomförs sedan hösten 2012. Mätningarna genomförs med en och samma metod för samtliga landsting och rapporteras in till SKL (Sveriges kommuner och landsting 2013). I januari 2013 uppgav alla landsting i Sverige att antalet patienter överskred antalet vårdplatser. Detta påverkar givetvis arbetsmiljön på vårdinrättningarna och patientsäkerheten drabbas när personalen inte får någon tid över till att reflektera och utvärdera sitt arbete.

(Vårdförbundet 2013)

I sin strävan att jobba med ständiga förbättringar har Sveriges Hälso- och sjukvård vissa frågor som prioriteras. Dessa gäller tillgänglighet, bemötande, patientsäkerhet och samverkan mellan primärvård, sjukhusvård och den kommunala hälso- och sjukvården. Bättre teknik och behand-

lingsmetoder i vården har gjort att allt fler lever längre och i Västra Götalandsregionen beräknas befolkningen öka med ca sex procent de närmaste sju åren. Andelen av befolkningen som har passerat pensionsåldern ökar mest, vilket innebär att den andel som betalar skatt minskar. Vårdbehovet kommer alltså att öka samtidigt som resurserna från skattebetalarna proportionellt blir mindre. För att befolkningen i fortsättningen ska kunna få en kvalitetssäkrad hälso- och sjukvård med hög tillgänglighet, behövs nya sätt att arbeta för att effektivisera den befintliga vården och lösa dessa problem. (Västra Götalandsregionen u.å)

Den 1 juli 2010 lagstodgades den nationella vårdgarantin. Vårdgarantin fanns redan tidigare, men då enbart i form av rekommendationer. Beslutet innebar att tidsgränser infördes för hur länge en patient ska behöva vänta på vård eller kontakt med vården. Detta är något som alla vårdinrättningar i Sverige behöver förhålla sig till. (Sveriges Kommuner och Landsting, u.å). Vårdgarantin var inte någon direkt orsak till förändringsarbetet på avdelning 230 då avdelningen främst har akuta patienter och i nuläget klarar av att möta vårdgarantin med goda marginaler. (Mats Abrahamsson, 2013). Det skulle dock kunna bli ett problem i framtiden om avdelningen inte skulle lyckas att effektivisera i takt med ökande efterfrågan och minskande resurser. Vidare finns även *kömiljarden* som är ett stimulansbidrag som landstingen får ta del av om de kan minska sina vårdköer ytterligare än vad vårdgarantin kräver. Bidraget syftar till att motivera landstingen att jobba aktivt för att ständigt minska patienternas väntetider (Sveriges Kommuner och Landsting, u.å).

Socialstyrelsen fastslår i författning 2005:12 (SOSFS 2005:12) som behandlar kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården följande:

“Enligt 28 § hälso- och sjukvårdslagen skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet”

Samt:

“För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivarna inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det systematiska kvalitetsarbetet skall:

- 1. syfta till att förebygga vårdskador,*
- 2. utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna,*
- 3. vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning,*

4. utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp,
och

5. vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen”

Alltså är det enligt lagen nödvändigt att utföra effektivitets- och kvalitetsarbete.

1.3 Syfte

Syftet med uppsatsen är att utvärdera effekterna av en organisatorisk förändring på en ortopedisk sjukvårdsavdelning i offentlig sektor, anpassa en befintlig metod för detta samt att finna lämpliga nyckeltal för fortsatt mätning.

1.4 Frågeställningar

- *Har införda åtgärder på vårdavdelningarna gett önskad effekt? I så fall i vilken utsträckning?*
- *Finns det befintliga metoder som kan tillämpas för att utvärdera lokala omorganiseringar på en ortopedisk sjukvårdsavdelning i offentlig sektor?*
- *Vilka prestationsmått kan användas för att utvärdera effektivitetsarbete på en vårdavdelning?*

2. Problembeskrivning och problemanalys

Här beskriver vi problemställningen för uppsatsen. Därefter följer vår uppdragsbeskrivning.

För att kunna mäta kvalitet på vård krävs det att man jämför hur väl resultatet lever upp till de mål man har satt upp. Mått på kvaliteten är alltså ett viktigt verktyg när man ska utvärdera hur väl vårdens aktiviteter uppfyller krav på punkter som bl. a säkerhet, effektivitet och att patienter ska få vård inom en rimlig tid. Måtten kan även användas för att jämföra olika resultat. Utvärdering och jämförelser är en stor del i förbättringsarbetet och kvalitetssäkringen av vårdaktiviteter. Användning av kvalitetsmått behövs för att olika intressenter ska få möjlighet att bedöma verksamheten, vilket är till stor nytta för beslutsfattande i organisationen,

men även för personal och för att allmänheten ska kunna få insyn i verksamheten och kunna granska denna (Socialstyrelsen 2005). I en rapport från landstinget i Jönköpings län påpekas också vikten av att jobba med uppföljning av förändringsarbete. För patienternas bästa behöver vården utveckla nya smarta sätt att arbeta istället för att enbart öka arbetstempot. Genom att följa upp nya arbetssätt kan man lära sig om metoderna fungerar och om de bör användas i fortsättningen. I och med de nya nationella kliniska registren över olika resultat har det visat sig att implementerade metoder inte alltid uppnår det resultat som de, enligt teorin, kan göra. Detta gör att man i samband med nya sätt att arbeta, behöver mått på arbetsresultatet som omedelbart kan följas upp. Med hjälp av dessa mått kan resultat jämföras med andra instanser som infört samma arbetssätt och på så vis mäts hur pass bra utfallet av åtgärden blivit (Henriks, G, Bardon, R, Hansson U. 2007). Det är lätt att tro att sjukvården behöver få ökade anslag för att klara av sina åtaganden men organisationen har på senare tid anklagats för bristande effektivitet. De resurser som finns utnyttjas inte på rätt sätt. Istället för ökade resurser krävs istället förändringar av organisatoriska slag. (Ackerby 2005). Under perioden 2003-2010 har befolkningen i Västragötalandsregionen ökat med ca 4 % samtidigt som antalet vårdplatser har minskat under samma period med ca 5 %, detta är i linje med övriga landet (Västra götalandregionen (2011). Ortopediavdelning 230 som undersöks i den här rapporten har besparingskrav på 2 % årligen men behöver enligt verksamhetschefen närma sig 3 % för att hålla sig inom budget (intervju med Magnus Karlsson 2013-04-17).

2.1 Fokusmodellen

Hösten 2010 genomfördes ett projekt av enheten för Kvalitetsutveckling och Patientsäkerhet, tillsammans med Sahlgrenskas kvalitetschefer, med målet att systematisera förbättringsarbetet inom Sahlgrenskas olika verksamheter. I projektet togs en modell (s.k. FOKUS-modellen) fram som beskriver hur man systematiskt kan jobba med ständiga förbättringar inom vårdinrättningarna. Modellen riktar sig till såväl all vårdpersonal som administrativ personal på Sahlgrenska. När modellen var färdigställd utbildade man i ett första steg sammanlagt 500 chefer på SU för att de aktivt skulle kunna inleda förbättringsarbete enligt modellen på sina verksamhetsområden. (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2011)

2.2 Uppdragsbeskrivning

Vi samverkar med Sahlgrenska Universitetssjukhuset där vi har som uppgift att utvärdera resultatet av en omorganisation som utförts på ortopediavdelning 230 vid Mölndals sjukhus. En önskan från uppdragsgivaren är också att ta fram nyckeltal för en fortlöpande utvärdering av insatsen på avdelningen. Dessa nyckeltal bör ha en koppling till Sahlgrenskas balanserade styrkort. För att introducera det balanserade styrkortet följer här en kort beskrivning:

På Sahlgrenska sjukhuset arbetar vårdinrättningarna efter de prioriterade mål som beskrivs i Sahlgrenskas balanserade styrkort. Målen är formulerade för att uppnå den vision som Sahlgrenska har som ledstjärna. Visionen är; "Sahlgrenska Universitetssjukhuset – Sjukvård, forskning, utveckling och utbildning med högsta kvalitet" (Sahlgrenska universitetssjukhuset, balanserat styrkort 2013). I det balanserade styrkortet beskrivs vård av hög kvalitet som; kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och i rimlig tid. Styrkortet innehåller även måltal som används för att mäta hur väl målen uppnås. (Källa Balanserat styrkort, Internt dokument SU). På Sahlgrenska handlar det ekonomiska perspektivet om att ha en ekonomi i balans. Detta till skillnad från tillverkande företag som ofta har vinst som drivkraft. (Samtal med Emmy Fhager, 2013-05-15). För mer information kring balanserat styrkort, dess upplägg och bakgrund rekommenderar vi att läsa Kaplan och Nortons text från 1996. (Kaplan, Norton, 1996). Åtgärds paketet benämns härmed som *interventionen* och är enligt Övretveit (2001) ett vedertaget begrepp inom utvärdering av hälso- och sjukvård. Nationalencyklopedin förklarar ordet *interventionsundersökning* som "inom medicinen term för en vetenskaplig studie där verkningarna av någon åtgärd (intervention) prövas" (Nationalencyklopedin, 2013). Huvudsakligen har tre förändringar genomförts på avdelningen, ledningen vill undersöka huruvida dessa tre förändringar påverkat resultatet för avdelningen. Ett resultat som skall mätas i:

- Ekonomiska termer
- Effektivitet
- Arbetsmiljö och vårdkvalitet

Ingen tidigare utvärdering har gjorts. Vi vet enligt uppgift från vårdenhetschefen att det ekonomiska resultatet har vänt från negativt till positivt i och med omorganiseringen, men beror det på just dessa förändringar? Hur mäter man då effekterna av förändringarna på ett tillförlitligt sätt?

Hur isolerar man effekten av en specifik förändring? Vilka nyckeltal är relevanta för just vårt område? Kan vi hitta andra förändringar som kan ha påverkat resultatet? Vi vet exempelvis att en renovering har gjorts på avdelningen i samband med att förändringarna infördes. Det finns idag ett centralt system för att mäta hur väl Sahlgrenskas olika enheter lever upp till målen som beskrivs i det Balanserade Styrkortet. Systemet innehåller mätetal som även de finns beskrivna i det Balanserade styrkortet. Dessa mätetal är generellt framtagna för att kunna mäta effektiviteten i olika enheter på ett likvärdigt sätt över hela Sahlgrenska sjukhuset, vilket gör att de inte nödvändigtvis är tillräckliga som bra mått för alla slags enheter. Olika enheter har ofta olika förutsättningar som gör att dessa mätetal (nyckeltal) kan behöva brytas ned till andra mätetal som bättre definierar effektiviteten inom det specifika området. I detta fall den ortopediska enheten avd. 230 på Mölndals sjukhus. Intresse finns av att genomföra liknande åtgärder på andra avdelningar, men först vill man vara säker på att åtgärderna har bidragit till att förbättra resultatet samt i så fall i vilken utsträckning. Eftersom överbeläggningar är ett stort och vanligt förekommande problem (Vårdförbundet 2013) finns ett stort intresse i att se dessa förändringars hjälp till förbättring.

Det finns en uppfattning på avdelningen om att det funnits patienter som på grund av bl. a. sociala problem hellre vill ligga kvar på avdelningen än att bli hemskickade trots att de inte längre av medicinska skäl, behöver en vårdplats. Bristande informationsdelning om patienters behov inom personalen samt brister avseende kontinuitet i uppföljningen av patienternas behandlingsplaner tros också vara orsaker till att patienter som egentligen kunnat skrivas ut, förblivit inskrivna längre än vad de behövt. Patienter som egentligen inte varit i behov av vårdplatserna kan alltså ha begränsat tillgången på vårdplatser för patienter med medicinskt behov. Om detta problem kan återfinnas på flera vårdenheter och landsting i Sverige är det av intresse för hela samhället att detta lyfts och löses. Vi har för avsikt att genom litteraturstudier undersöka om det genomförts liknande åtgärder vid andra vårdinrättningar och hur man i så fall har utvärderat dessa. Vilka metoder har man använt sig av för att mäta effekterna? Beläggingsgraden har enligt vårdenhetschefen minskat, från att ständigt vara överbelagda ligger man idag på en mer hanterbar beläggingsgrad. Detta mäts i andelen sängplatser som är belagda av patienter. Omsättningshastigheten på vårdplatserna är här intressant då den kan visa på om fler patienter får vård under en given tidsperiod än tidigare. Detta skulle i så fall kunna vara en indikator på att problemet med patienter som ligger för länge utan medicinska skäl har minskat efter åtgärderna. Vi vill också under-

söka vad som är de största kostnadsdrivarna på avdelningen. Har dessa påverkats i och med förändringarna och vilka konsekvenser har det i så fall fått?

3. Inledande metod

Här beskrivs varför vi har valt att visa teorikapitlet före metodkapitlet.

För att kunna genomföra utvärderingen kommer vi att använda oss utav analysverktyg som kan hjälpa oss att strukturera åtgärderna och att systematiskt utvärdera de effekter som har avsetts med dessa. Vi har valt att placera följande kapitel, *Utveckling av analysmodell* tidigt i vår rapport för att läsaren redan nu skall få bekanta sig med de begrepp och verktyg vi använt oss av. I detta kapitel bygger vi alltså upp en modell som senare används för att analysera insamlade resultat. *Teoriavsnittet* kommer sedan före *Metodavsnittet*. Detta eftersom vi i teoriavsnittet tar upp de metoder som vi sedan anpassar för vår utvärdering.

4. Utveckling av analysmodell

Här beskrivs de utvärderingsmodeller och mätetal som vi använder. Sist i kapitlet följer en mall för hur data presenteras i resultatkapitlet, en mall för analyskapitlet och en mall för slutsatskapitlet. Dessa mallar skiljer sig något sinsemellan eftersom vissa data analyseras gemensamt.

4.1 Utvärderingsmodeller

Före- och efter- modellen. (Övretveits modell 3)

Den ursprungliga modellen består av en box-modell där interventionen ligger inom boxens ramar. Man utför mätningar före och efter boxens ramar. Modellen lämpar sig för att utföra experiment där utvärderaren är med redan innan interventionen genomförts, men även i de fall där utvärderaren blivit delaktig först efter det att interventionen genomförts. Övretveit (2001) beskriver i modellen målobjektet som organisationen eller personer före, och organisationen eller personer efter. Vi använder modellen och mäter data på avd. 230 före och efter införandet. Vi kommer dessutom ta bort högerkanten i boxen för interventionen då den är löpande från och med datum för införande. Detta ska enligt Övretveit göras i de fall som interventionen inte har ett bestämt slut. Huvudmålet med denna modell är att kunna utläsa hur det ingående målobjektet har påverkats av interventionen. En nackdel med modellen är att den inte kan ge ett säkert svar på

om det verkligen är interventionen som har orsakat effekterna. Störfaktorerna kan vara flera och risken finns alltid att de har bidragit till de effekter som uppmäts. Det är bäst om man kan samla in en tidsserie med data före samt efter, istället för att bara mäta vid enstaka tidpunkter före och efter. På så vis kan man åskådliggöra tidsvariationer och bättre visa om effekterna är signifikanta. (Övretveit 2001)

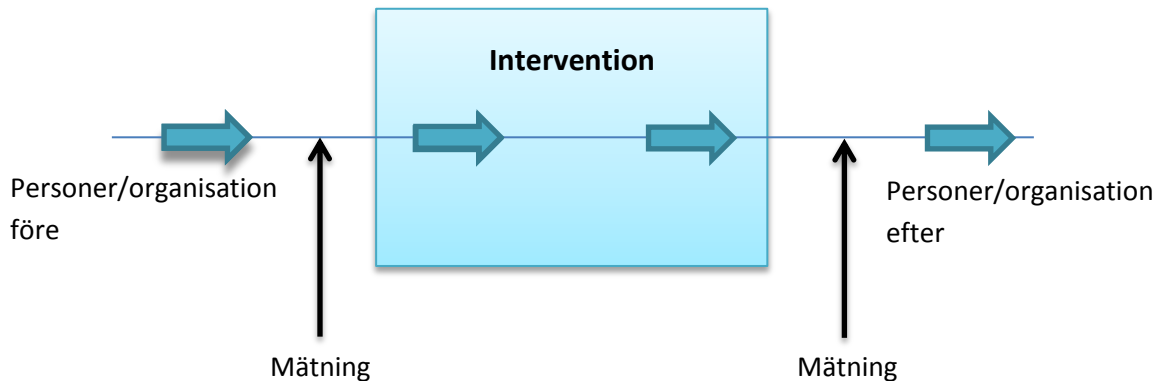


Fig 1, Före-/eftermodellen (modell 3)

Modell 6a (för personaldelen)

Denna modell används exakt som modellen ovan (modell 3). Syftet är detsamma och riktar in sig på att utvärdera effekten av en intervention. Denna modell är dock anpassad för att mäta effekter på vårdpersonalen ur ett före och ett efterperspektiv. Istället för att mäta på personer/organisation före och efter, mäter vi på personal före och efter. Inte heller här finns det någon ändlinje för interventionen då den fortfarande är i kraft.

Modell 6b (för patientdelen)

Denna modell fungerar precis som de två ovanstående modellerna. Skillnaden är att i den här mäts effekten som interventionen haft med avseende på patienter. Det spelar ingen roll om patienterna finns med i det huvudsakliga syftet för interventionen. Med hjälp av modellen kan man ändå utvärdera hur interventionen påverkat patientomhändertagandet. Inte heller här finns det någon ändlinje för interventionen då den fortfarande är i kraft.

4.2 Motivering för mätetal

4.2.1 Prestationsmätning

Ett företags strategi är utgångspunkten när huvudmålen för företaget fastställs. Huvudmålen delas i verksamhetsplaneringen ned till mindre mål som anpassas för de olika verksamhetsområdena i företaget. Handlingsplaner som beskriver hur målen ska uppnås rent konkret förmedlas även till verksamhetens olika delar. Prestationsmätning är huvudsakligen till för att mäta hur väl man uppnår de mindre målen och är därmed ett sätt att få alla delar av företaget att jobba efter företagets strategi. Vanligtvis är de viktigaste målen finansiella som exempelvis tillväxt och lönsamhet, men kan även vara av icke-finansiell karaktär som exempelvis kundnöjdhet eller miljömål. Företag har normalt ett centralt prestationsmätningssystem för att uppnå sina operativa syften. Oftast finns dock även lokala prestationsmätningssystem som är till för att passa de särskilda informationsbehov som kan finnas i lokala enheter eller arbetsgrupper på företaget. (Ax et al. 2009). I den här utvärderingen behöver vi mätetal som kan mäta prestationen på de interventioner som genomförts på avdelningen. De behöver alltså vara anpassade för att kunna visa om interventionerna har haft avsedd effekt samtidigt som de bör ha en koppling till SU:s balanserade styrkort. I en studie utvärderades effekterna av ett s.k. "Hospitalist program" (Gregory, D et al. ,2003), en slags intervention som bl.a. syftar till att förbättra kontinuiteten i patientens vård och på ett säkert sätt förkorta vårdtiden för patienter (McGowan, B et al. ,2003). Dessa mål överensstämmer med målen för interventionen på avd. 230. Därför har vi valt att använda samma mätetal för utvärderingen av interventionen på avd. 230. I studien föreslår författarna att interventioner med dessa syften med fördel kan utvärderas i termer av kostnader och genomloppstider för patienter. För att kunna knyta eventuella uppmätta resultat till interventionerna läkarnas schemaläggning och parvård har vi anpassat ett befintligt mätetal som används på SU, *medelvård-dygn*, genom att knyta det till den aktuella kapaciteten avdelningen har för den period man vill beräkna. En mer ingående förklaring av detta och hur det beräknas följer nedan.

4.2.2 Data vi avser att ta fram specificerat för varje intervention

Stängda vårdplatser:

Antal vårdplatser

Personalkostnader

Belägningsgrad före/efter

Påverkan på personal? (blir det press att få ut patienter inför helgen?, en ytterligare ledig helg?)

Läkarnas schemaläggning

Omsättningshastighet av patienter. Detta kan visa om planeringen har blivit bättre för patienterna.

Parvård

Samma data som läkarnas schemaläggning, för informations och planeringsmålet.

För det ekonomiska målet:

Personalkostnader per vårdplats (minskad personal på helger)

Omsättningshastighet, kan visa om planeringen blivit bättre för patienten

4.2.3 Tidsperiod för registerdata

Vi hade för avsikt att hämta ut data för perioden 2011-01-01 till 2013-04-30. Dock fick vi veta att tillförlitlig belägningsdata endast finns fram till 2013-02-18. Ekonomiska data fick vi ut för önskad period.

Vi delar upp denna tidsperiod i fyra perioder.

1. Hela perioden: 2011-01-01 – 2013-02-18 (Belägningsdata, används för att hitta brytpunkter)
2. Hela perioden: 2011-01-01 – 2013-04-30 (Ekonomiska resultat, används för att hitta brytpunkter)
3. Jämförelseperiod 1: 2011-09-01 – 2012-01-31 (För att kunna jämföra perioden då interventionerna är införda, med samma period ett år tidigare, med tanke på säsongsvariationer)
4. Jämförelseperiod 2: 2012-09-01 – 2013-01-31 (Perioden då interventionerna varit införda)

I enlighet med Övretveits rekommendationer för användning av Modell 3 (Övretveit, 2001) har vi valt att mäta registerdata för en längre tidsperiod både före och efter interventionens införande. Rutinerna för hur data sammanställs och presenteras, förändrades från och med den 2013-02-18 (samtal med Sandra Elmäng, 2013-05-17). Detta medför att vi inte kan använda oss av registerdata registrerad efter detta datum eftersom all data registrerad före interventionen är presenterad på ett annat vis i systemet. För att data före och efter ska kunna jämföras på ett trovärdigt sätt måste den vara registrerad och presenterad på samma sätt.

4.2.4 Beskrivning av våra framtagna mätetal

Personalkostnad per vårdplatsdygn

Bakom denna uträkning ligger de totala kostnaderna för sjuksköterskor och undersköterskor per månad, dividerat med antal disponibla vårdplatsdygn för samma månad. Ett snitt av detta har sedan tagits för respektive period. Mätetalet kan indikera ifall avdelningen har lyckats att minska antalet personalresurser genom parvården.

Medelvårddygn:

Medelvårddygn är ett redan befintligt mått som används inom SU. Det beskrivs ändå här då det ligger till grund för mätetalet *Potentiell produktionstakt* som vi tagit fram. *Medelvårddygn* visar hur många dygn en patient i genomsnitt är inlagd på avdelningen under en viss månad. Måttet är baserat på den faktiska produktionen (antal patienter) och produktionstid per patient. Det visar alltså hur snabbt patienter faktiskt blir utskrivna den månaden man mäter på. Medelvårdtid beräknas i dygn, därför används också begreppet medelvårddygn.

Medelvårddygn beräknas enligt följande:

1. Summera det totala antalet vårddygn som tillbringats på avdelningen per månad.
2. Dividera antalet vårddygn med antal patienter som skrivits in under månaden.

$$\text{Medelvårddygn per patient} = \frac{\sum (\text{Inskrivna patient} \times \text{antal vårddygn för patient})}{\sum \text{Inskrivna patienter}}$$

Detta mått tar dock inte hänsyn till hur mycket personal som fanns tillgänglig (kapacitet i personal), för att uppnå den genomloppstiden. Vi kan alltså inte se om genomloppstiden ökat eller minskat i förhållande till en enhet personal. För att kunna relatera om en eventuell skillnad i genomloppstid beror på en åtgärd som ska förbättra personalens effektivitet (Läkarnas schemaläggning och Parvård), måste vi även räkna in vilken kapacitet (i personal) som fanns när man hade en viss genomloppstid. För detta har vi utvecklat ett måttetal som vi kallar *potentiell produktionstakt*.

Potentiell produktionstakt

Vi har enligt utvärderingsmodellen valt att jämföra två perioder mot varandra, en period före införandet samt en period efter införandet. För att minimera påverkan av eventuella säsongsvariationer mäter vi på motsvarande tidsperiod ett år tillbaka i tiden. Perioden före införandet består av data mellan september 2011 till och med januari 2012. Perioden efter införandet består av data mellan september 2012 till och med januari 2013.

För att få reda på avdelningens totala kapacitet för en månad i antal vårddygn har vi följande formel:

$$\text{Kapacitet (i antal vårddygn)} = \Sigma (\text{Disponibla vårdplatser per dag under månaden})$$

Om vi antar att man på avdelningen beräknar en given personalstyrka per vårdplats och dygn så kan kapacitet i vårddygn även räknas om till kapacitet i personalstyrka.

Vi behåller dock kapaciteten i vårddygn för att det ska bli jämförbart med medelvårddygn per patient.

Då kan vi beräkna den *potentiella produktionstakten* för hela avdelningen. Alltså hur många patienter som hade kunnat behandlas på avdelningen under månaden ifall avdelningens kapacitet hade utnyttjats maximalt. Detta givet den ”produktionstid” man faktiskt haft per patient (medelvårddygn) samma månad.

$$\text{Potentiell produktionstakt för månaden (antal patienter)} = \frac{\text{Kapacitet i vårddygn}}{\text{medelvårddygn}}$$

Eftersom den totala kapaciteten i vårddygn är olika under olika månader, måste vi få måttet i en och samma enhet för att det ska bli jämförbart.

$$\text{Potentiell produktionsstakt per vård dygn} = \frac{(\text{Potentiell output för månaden})}{(\text{Kapacitet i antal vård dygn för månaden})}$$

Detta mått visar hur många patienter man hade kunnat behandla *per vårdplats* och dygn givet den genomloppstid (medelvård dygn) som avdelningens patienter hade under månaden.

Räknar vi nu om kapacitet i vård dygn till kapacitet i personal som vi beskrev längre upp, så får vi produktiviteten för en given mängd personal.

För att göra ett enkelt förklarings exempel så gör vi ett fiktivt antagande att ett vårdplats dygn innebär en bemanning på 1 personal (t.ex. en läkare). Då visar alltså kvoten hur många patienter en läkare skulle kunnat behandla på ett dygn, givet den medelvård tid patienterna faktiskt hade under perioden som beräknades.

Om medelvård tiden är t. ex 4 dagar så blir kvoten 0,25. Alltså att läkaren kan behandla en patient 25 % färdigt under ett dygn.

Ser vi till ovanstående så skulle måttet bli mer tydligt om man såg antal patienter i heltal. Detta får vi om vi tar det antal patienter vårdplatsen skulle ha kunnat behandla på en månad. Det vill säga:

Potentiell produktionsstakt per vårdplats och månad = (Potentiell produktionsstakt per vård dygn) x 30 dagar

Det viktiga här är att vara konsekvent i det antal dagar man beräknar på en månad annars kan man inte jämföra siffran på ett rättvisande sätt mellan olika månader (då den faktiska kapaciteten kan skilja från månad till månad).

Vi har i vår utvärdering valt att räkna på 30 dagar för varje månad. Kom ihåg att den procentuella skillnaden mellan månaderna blir samma oavsett hur många dagar man väljer att räkna på. Det viktiga är att man räknar på samma antal dagar för varje månad.

4.3 Mätetal samt mall för resultat och analys

Analysmodellen är uppbyggd utefter de mätetal som används. De mätetal som är gemensamma för två eller flera interventioner redovisas och analyseras under rubriken *Gemensamma mätetal*.

Alla resultat av enkätdata redovisas i bilagorna 2, 3 och 4. Analysen av enkätdata sker dock enligt mallen nedan.

Gemensamma mätetal

- Beläggningsgrad (alla interventioner)
- Medelvårddygn (läkarnas schemaläggning och parvård)
- Potentiell produktionstakt (läkarnas schemaläggning och parvård)

Här följer alla mätetal specificerat per intervention (de gemensamma mätetalen står i kursivt för att ge en tydligare överblick även om de redovisas och analyseras gemensamt).

Stängda vårdplatser

- Disponibla vårdplatser
- Jämförelse av ekonomiskt resultat mot budget
- Personalkostnader
- Enkätdata uppdelat på arbetsmiljö och vårdkvalitet
- *Beläggningsgrad (gemensam)*

Läkarnas schemaläggning

- Enkätdata uppdelat på arbetsmiljö och vårdkvalitet
- *Beläggningsgrad (gemensam)*
- *Medelvårddygn (gemensam)*
- *Potentiell produktionstakt (gemensam)*

Parvård

- Personalkostnader per vårdplatsdygn
- Enkätdata uppdelat på arbetsmiljö och vårdkvalitet
- *Medelvårddygn (gemensam)*
- *Potentiell produktionstakt (gemensam)*

4.3.1 Modell för analysavsnittet

I analysavsnittet har vi för avsikt att följa samma modell som för resultatet, dock var det nödvändigt att göra vissa modifieringar. Därför har vi beskrivit analysmodellen nedan.

Analys av gemensamma mätetal

- Beläggningsgrad (alla interventioner)
- Medelvårddygn (läkarnas schemaläggning och parvård)
- Potentiell produktionstakt (läkarnas schemaläggning och parvård)

Analys stängda vårdplatser

- Enkätanalys
- Sammanfattning av analyserade mätetal och enkätdata

Analys läkarnas schemaläggning

- Enkätanalys
- Analys av potentiell produktionstakt och medelvårdtid
- Sammanfattning av analyserade mätetal och enkätdata

Analys parvård

- Personalkostnad per vårdplatsdygn
- Enkätanalys
- Sammanfattning av analyserade mätetal och enkätdata

4.3.2 Modell för slutsatsavsnittet

I slutsatsavsnittet har vi sammanfattat våra slutsatser utefter varje intervention. Vi har dock tagit upp slutsatserna kring värdekriterierna arbetsmiljö och vårdkvalitet som egna punkter. I den sammanfattade slutsatsen ingår analysen av alla ingående värdekriterier och mätetal.

Stängda vårdplatser

- Arbetsmiljö
- Ekonomiskt perspektiv
- Sammanfattad slutsats

Läkarnas schemaläggning

- Arbetsmiljö
- Vårdkvalitet
- Sammanfattad slutsats

Parvård

- Arbetsmiljö
- Vårdkvalitet
- Sammanfattad slutsats

Sammanfattande tabell för slutsatser

Här har vi gjort en förenklad version av våra slutsatser i tabellform för enkel översikt.

5. Teori

I det här kapitlet tar vi bland annat upp teorier kring metod för utvärderingar, samt teorier som har anknytning till vår fallbeskrivning.

5.1 Brown´s metod

Brown et al. har utvecklat ett tillvägagångssätt liknande Övretveits (2001) metod för kontrollerade utvärderingsstudier. De använder sig av termen kontrollerade före- och efter studier. Dessa studier är särskilt användbara då interventioner införts under kontroll av endast en organisation, exempelvis ett sjukhus eller en vårdavdelning. Författarna påpekar också modellens svagheter då effekter kan vara svåra att isolera. Det är svårt att säkerställa att just interventionens åtgärder har bidragit till resultatet. Resultatet påverkas av antal mätningar som är möjliga att genomföra före och efter införandet. De nämner att triangulering av flera bevis och datakällor stärker evidensen av utvärderingen. Jämförelser mot liknande målobjekt där interventionen inte införts bör om möjligt genomföras. (Brown et al. 2008, Part 2. Study design)

5.2 Betydelse av kontext

För att utvärderingen skall bli användbar och möjligheten att se om interventionerna kommer att få liknande genomslag på andra objekt skall intern och extern validitet styrkas. Den interna validiteten påverkas av hur väl populationen är utvald och graden av skevhet i den. När den externa validiteten granskas ser man på hur väl miljön där interventionen införts är beskriven. Beskrivs miljön på ett felaktigt eller ej utförligt sätt, kan interventionens resultat bli annorlunda om den införs på ett objekt man tror har samma egenskaper som grundinterventionens. (Brown et al. 2008, Part 2. Study design)

5.3 Precision i införandet

Här kontrolleras om interventionen införts med alla de avsikter enligt beskrivningen. För att kunna generalisera effekterna i en utvärdering behöver det säkerställas att alla ingående moment följts. (Brown et al. Part 3, End points and measurement)

5.4 Mixed method design

En mixad metod av angreppssätt för att nå fram till ett resultat togs ursprungligen fram av Cook and Reichardt (1979). Brown et al. har tagit fram en lista över ingående komponenter i denna design; olika ändpunkter skall mätas över kedjan, kvantitativa och kvalitativa metoder används parallellt. Vidare beskriver han fyra kärnpunkter inom den mixade metoden; Triangulering, där olika metoder används för att komma fram till samma resultat, nästa kärnpunkt handlar om att skapa förståelse och att förklara resultaten. Den tredje punkten handlar om vikten av att utveckla en teori som bidrar till en enklare generalisering för fortsatta projekt. Den sista punkten trycker på vikten av att utföra kvalitativa undersökningar i tidigt skede som kan leda till ändringar i utvärderingsmaterialet. (Brown et al. 2008, Part 4. One size does not fit all)

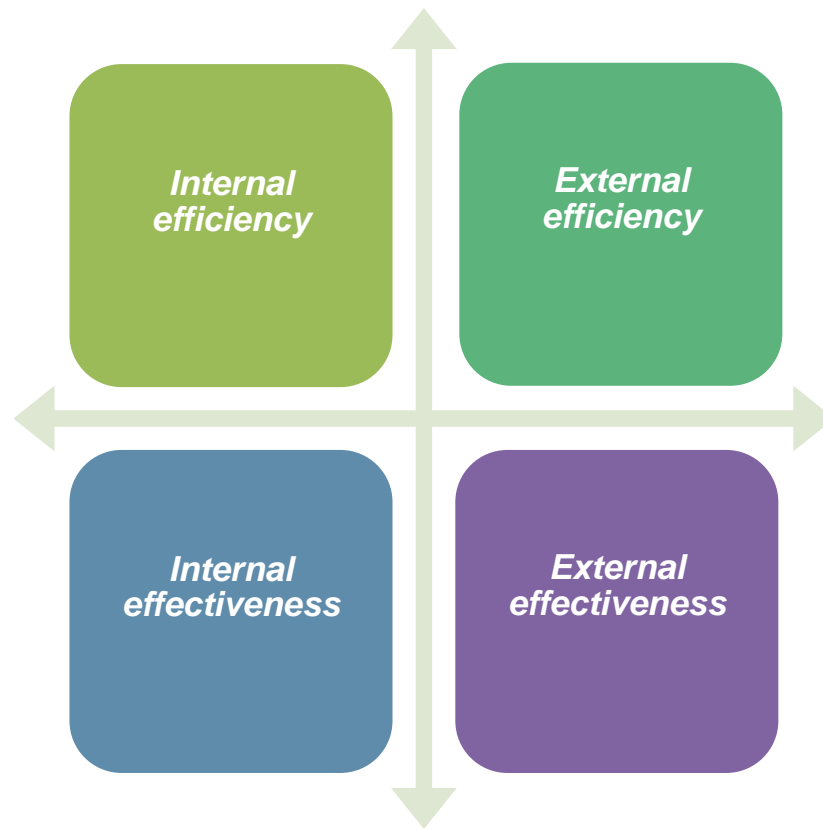
5.5 SQUIRE-metoden

Arbetsättet "SQUIRE" (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) är framtaget som en hjälp för utvärderare som studerar effekter av kvalitetsförbättringar. Metoden består av en checklista som skall följas från planering av intervention till resultat av utvärdering. Checklistan är speciellt framtagen för förbättringsarbete inom vården. Syftet med att ta fram checklistan var att standardisera det sätt som vårdförbättringar rapportera-

des till vetenskapen. Tillvägagångssättet för punkten utvärderingsmetoder i SQUIRE ser ut som följande: Börja med att beskriva vilken vetenskaplig metod som skall användas i rapporten, här väljer man kvalitativ, kvantitativ eller en mix av båda. Detta val skall användas för att utläsa; interventionens effektivitet, interventionens ingående aktiviteter och dess bidrag till interventionens totala resultat. Vidare urskiljs vad som påverkats direkt och indirekt, här tidigare kallat *mål-objekt*. Slutligen skall utvärderaren beskriva arbetet med att styrka validitet och reliabilitet i testresultatet samt tillvägagångssättet för att säkra så att insamlad data är tillförlitlig. Ogrinc et al (2008) skriver att när man utför mätningar i utvärderingssyfte skall man ta hänsyn till de olika perspektiv som interventionen påverkar och vad huvudsyftet med själva utvärderingen är. De olika perspektiven kan bestå av beställare, patient, försörjning och samhällslig. Det är också av vikt att man tar sig tid att hitta alla faktorer som interventionen kan tänkas påverka. Både resultatmässiga faktorer men också mjuka faktorer som också kan tillkomma som positiva eller negativa effekter av åtgärderna, exempel på mjuka faktorer kan vara nöjdhet eller livskvalitet (Ogrinc et al, 2008).

5.6 Effektivitetspåverkan i fyra perspektiv

Med utgångspunkt från Ogrinc et al. (2008) skall utvärderaren ta hänsyn till flera perspektiv i en utvärdering av en intervention. Vi har använt oss av Kilmann och Herden's (1976) modell om "organisationers effektivitetsmått". Här placeras faktorer i ett rutnät där varje ruta representerar det specifika målobjekt/perspektiv som faktorn är direkt kopplad mot (se fig. 2).



Figur 2, effektivitetspåverkan

Det första perspektivet, *Internal efficiency*, visar på produktionsinriktade mått såsom produktivitet, kvantitet, kvalitet, effektiva arbetsflöden och kostnadsbesparingar. Perspektivet innefattar optimerande och kostnadsbesparande åtgärder kring de ingående faktorerna. Fokuserar på att få ut högsta möjliga output för angiven input. *External efficiency* fokuserar på kommunikationen mellan organisationen och dess omgivning. I företagssammanhang ingår här även prissättning, segmentering och marknadsplanering.

Det tredje perspektivet, *Internal effectiveness* syftar på faktorer som är motiveringsskapande. Aktiviteter som skapar motivation för personalen att utföra sina arbetsuppgifter på mest effektivt sätt. Det fjärde och sista perspektivet, *External effectiveness*, behandlar de faktorer som påverkar relationen mellan organisationen och dess omgivning, det kan vara relationen till kommun, landsting och liknande institutioner som man direkt är beroende av. Exempelvis kan man här mäta nöjdhet och serviceförmåga.

5.7 Det balanserade styrkortets samband med effektivitetsmodellen

Norbäck och Targama (2009) beskriver det balanserade styrkortet som en “flerdimensionell styrmodell” (Norbäck och Targama, 2009, s.63). De tar upp antal nöjda patienter som exempel på ett mått inom ett perspektiv. Däremot behöver man vara medveten om att endast för att man har tagit fram mått som indikerar vissa egenskaper inom organisationen betyder inte det att man med hjälp av dessa mått får kunskap om hur man skapar ett bra resultat. För att kunna se hur sambandet ser ut mellan orsak och verkan kan man inte enbart följa måttets utveckling utan andra faktorer måste vägas in. Norbäck och Targama skriver att i komplexa verksamheter där sjukvård ingår kan man se tendenser till att mätbarhet och relevans ligger långt ifrån varandra. Det är generellt sett enkelt att mäta det som inte är relevant kunskap och tvärtom. Det som är intressant att mäta är den output som uppnås i förhållande till input. Ju högre output med oförändrade resurser desto bättre kostnadseffektivitet. Författarna poängterar starkt vikten av att finna kvantitativa nyckeltal som får organisationen att styra åt rätt riktning, dessa nyckeltal skall ta hänsyn både för det man vill nå i patientperspektivet samt effektiviseringen av resursåtgång. Om man inte lyckas pricka in rätt nyckeltal för verksamheten kan organisationen styras åt fel håll och nyckeltalen gör mer skada än nytta. (Norbäck och Targama, 2009). För att kunna använda ett balanserat styrkort inom sjukvården byts med fördel det finansiella perspektivet ut mot huvudmålet för verksamheten, i detta fall kan en lämplig åtgärd vara att man lyfter upp kundperspektivet högst upp i modellen och det ekonomiska perspektivet får ta en plats längre ner i hierarkin. (Kaplan, Norton, 2001)

5.8 Överbeläggningar

Definitioner enligt Socialstyrelsen och SKL:

- *“Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, vilket är en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.”* (Socialstyrelsen 2005)

- *“Utlokaliserad patient definieras som en inskriven patient som vårdas på en annan vård-
denhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.”* (Social-
styrelsen 2005)

Emeny och Collonny (2013) har sammanställt åtta principer för att öka genomströmningen av patienter och motverka överbeläggningar på akutvårdsavdelningar. Här finns en del fakta som styrker de interventioner som gjorts på avd. 230. I artikeln skriven av Emeny och Connolly reder de ut begreppet kapacitet, de menar att alltför många i ledande vårdpositioner hävdar att kapacitet är likställt med sängplatser. I och med detta blir målet att möjliggöra utrymme för fler sängplatser. Men sängplats är endast en fysisk plats där patienten väntar på medicinsk expertis. Kapacitet refererar till denna medicinska kunskap som finns bland personalen och de aktiviteter som skall hjälpa patienten i dess behandling för att senare kunna lämna vårdavdelningen. Vi tar här endast upp de principer som kan härledas till åtgärderna inom vårt forskningsområde. Den första principen handlar om att så tidigt som möjligt se till att patienten får möta erfaren personal som upprättar en vårdplan. Nästa princip talar om att patienten skall få ta del av rondering varje dag. Det har framkommit att patienter som endast fått ta del av ronden två gånger i veckan blir liggande dubbelt så länge som patienter som fått rondering två gånger dagligen. (Ahmad A, Pti-rewal T, Sharma D et al/ (2011). I interventionerna läkarnas schemaläggning och parvård har ett av målen varit att säkra information om patientens tillstånd för att inget skall gå förlorat vid rond- den. Vidare diskuteras i nästa princip om vikten av att konsekvent arbeta med aktiviteter som snabbar på utskrivningen. Det skall ligga till grund för teamets tänk att hela tiden arbeta för att få patienten färdigbehandlad så snabbt som möjligt. (Allen, Cooke, Thornton, 2010). Här kan vi se ett samband med syftet för intervention läkarnas schemaläggning samt parvården där målet bland annat varit att information om patientens tillstånd säkras upp inom teamen för att vårdplanen skall följas och därmed snabba på utskrivningen.

5.9 Begreppet parvård

Den mest vanliga definitionen för parvård består i att en sjuksköterska och en undersköterska tillsammans utgör ett team och ansvarar för ett visst antal patienter på avdelningen. Det har enligt Segesten (1997) genomförts studier på avdelningar där parvård förekommit, dessa studier har visat på tendenser till mer tillfredsställda patienter. Parvården skall också ha lett till “mer välin-

formerade patienter, högre kontinuitet, tydligare ansvar samt ökad arbetstillfredsställelse” (Segesten, 1997, s.23) Enligt en rapport från Spri (1989) har studier gjorts över dokumenterad parvård där man funnit en mängd fördelar som uppkommit för patienter, personal och arbetsgivare. Spri (1989) rapporterar dessutom att det har framkommit vid utvärdering att i grupper om tre personer kan en person lätt hamna utanför och informationsbortfall kan uppstå. Följande fördelar har rapporterats i näst intill samtliga fall; ökad kontinuitet, ökad arbetstillfredsställelse, bättre kommunikation, högre vårdkvalitet, kortare vårdtider och ökad effektivitet (mindre tidsåtgång för rapportering). (Spri, 1989)

Enligt en undersökning utförd på en intensivvårdsavdelning på Genève universitetssjukhus i Schweiz så finns det ett tydligt samband mellan ett ökat antal patienter per sjuksköterska och vårdrelaterade infektioner (infektioner som uppstår under den tiden som patienten är inlagd). I studien såg man att de dagar som man kunde observera ett ökat antal infektioner hos inlagda patienter, oftast hade föregåtts av ett högre antal patienter per sjuksköterska ett par dagar före det att infektionerna upptäcktes. Fördröjningen mellan smittotillfället och upptäckten av infektionen berodde på inkubationstiden. Orsaken till att fler infektioner uppstod efter dagar med fler patienter per sjuksköterska misstänktes vara att den ökade arbetsbelastningen gjorde att sjuksköterskor blev mindre noga med olika infektionsförebyggande åtgärder som t. ex handrengöring. (Hugonnet S. et al., 2007) I och med detta kan det problematiseras huruvida fördelarna med parvård uppväger nackdelarna som kan uppstå av en lägre bemanning.

5.10 Sanningskriterier

Reliabilitet är ett mått som främst behandlar graden av pålitlighet i insamlad data. Ytterligare ett begrepp som ofta nämns i sammanhanget är validitet. När validiteten granskas bedöms huruvida mätningarna verkligen mäter det som de är avsedda att mäta (Bryman & Bell, 2005)

5.11 Övretveits begreppsdefinitioner

Vi behöver identifiera vilka komponenter som skall ingå i utvärderingen, vi utgår från Övretveits (2001) definitioner av begrepp som behöver identifieras för att kunna göra en strukturerad utvärdering. *Användaren* är den som utvärderingen ska ge stöd i sitt beslutstagande. Många kan ha intresse av en utvärdering men de som är intressanta för utvärderaren är främst primäranvända-

ren. Primäranvändaren kan identifieras genom att man ser till vem som kan vara intresserad av de data som samlas in och vad för sorts beslut dessa data kan användas till. Det är viktigt att inte rikta utvärderingen till för många användare utan att välja de viktigaste för att kunna begränsa typen av data som samlas in och göra resultatet användbart för de som utvärderingen är till för. *Interventionen* avser den förändring som ska utvärderas. Det finns olika slags interventioner, men den som utvärderas i denna uppsats är en organisatorisk förändring. Utvärderaren behöver först identifiera tre karaktärsdrag hos interventionen för att tydligt kunna definiera den. Dessa är; *Specificerbarhet* (Hur enkelt interventionen kan beskrivas), *Stabilitet* (Om interventionen är oföränderlig eller ej) och *utsträckning i tiden* (Vilken tid som går från interventionens införande till avslut). Vidare kan interventionen beskrivas med ytterligare tre faktorer; *Komponenter* (de åtgärder som interventionen består av), *Förändring* (om interventionen förändras under utvärderingens gång), samt *gränsdragning* (Att man tydligt definierar vad förändringen består av och vad den inte består av). Här gör man alltså skillnad på interventionen och andra händelser eller omständigheter i sammanhanget). Utvärderaren bör vidare fastställa de *värdekriterier* som utvärderingen skall bygga på. Dessa värdekriterier kan exempelvis vara kostnader, effektivitet, tillgänglighet, rättvisa och kvalitet. För att kunna avgöra vilka kriterier som är relevanta för den aktuella utvärderingen behöver man tänka efter för vem utvärderingen avser att rikta sig mot. Vad är viktigt för den primära intressenten? En helt oberoende utvärderare kan ta sig friheten att själv avgöra vilka kriterier som bäst beskriver det som utvärderas, arbetar man däremot mot en beställare är det viktigt att föra ett resonemang om vad beställaren tycker är viktigt att få ut av utvärderingen. Har man stämt av med beställaren under arbetets gång kan man också få en större trovärdighet för utvärderingen. De värdekriterier som tas med avgör vilken typ av data som skall samlas in, ju fler värdekriterier som tas med i utvärderingen desto större mängder data behöver samlas in. Därför är det viktigt att endast ta med för användaren nödvändiga kriterier. *Målobjekt* för interventionen bestäms genom att utvärderaren tar reda på vilket objekt förändringen haft som avsikt att förändra. Är tanken att förändringen skall påverka personalens arbetsuppgifter blir personalstyrkan själva målgruppen. Det går att dela upp målobjektet i *direkt målobjekt* och *slutligt målobjekt*. Det direkta målobjektet avser det som är beskrivet ovan, det huvudsakliga objektet som förändringen riktar sig mot. Det slutliga målobjektet avser den grupp eller objekt som slutligen påverkas av förändringen. Man skulle kunna tänka sig ett personal-patient förhållande. Det är viktigt att så utförligt som möjligt beskriva sitt målobjekt, detta för att läsare skall kunna

avgöra om det är möjligt att tillämpa utvärderingen på andra liknande målobjekt. *Resultat* skall belysa vad interventionen har resulterat i, alltså vad förändringen har lett till. En utvärdering är ofta till för att undersöka huruvida resultatet stämmer överens med de förväntningar man hade vid initierandet. Här finns både direkta resultat samt bieffekter som uppstått i och med införandet. Man kan specificera bieffekterna som positiva och negativa. *Operationella mål* är de resultat som man haft som mål att uppnå med interventionen. En målgrupp eller ett målobjekt som varit avsett att påverkas av interventionen ska också beskrivas i de operationella målen. Det är vanligt att operationella mål är otydliga, vilket gör att utvärderaren får omdefiniera dem så att de kan utvärderas. Den som utvärderar måste göra skillnad mellan interventionen, dess resultat och vilka data som beskriver resultatet. *Störfaktor* är en faktor som inte finns med i själva interventionen men som ändå påverkar dess resultat. För att kunna påstå att interventionen har varit framgångsrik bör man kunna definiera hur andra faktorer har påverkat. Det bästa är att helt kunna bortse från övriga faktorer och enskilt undersöka interventionen. Här kan man dessutom specificera om det finns övriga externa faktorer som varit nödvändiga för interventionens resultat. *Kontroll* innebär att utvärderaren försöker hålla störfaktorerna på en jämn nivå över hela processen, eller helst av allt håller störfaktorerna borta. Detta görs för att man skall få ett trovärdigt resultat som inte påverkas av variation i någon störfaktor. Det är inte möjligt att kontrollera samtliga störfaktorer men medvetenheten om vilka som finns med och i vilken grad de påverkar ökar utvärderingens trovärdighet. En metod för att isolera störfaktorer är att använda sig av en likartad referensgrupp som inte varit föremål för interventionen. *Datainsamling*; de data som behöver samlas in kan, utöver data om resultatet, även vara data om hur resultatet uppstod. Den kan röra t. ex organisationen, målobjekten, miljön och interventionen. Med hjälp dessa kan man se om annat än själva interventionen kan ha orsakat eller påverkat resultatet.

6. Metod

Detta kapitel innehåller en beskrivning av den metod som vi har använt för vår undersökning. Metoden bygger till stor del på de teorier som beskrivs i teorikapitlet.

6.1 Val av utvärderingsmetodik

Vi utgår främst från utvärderingsmetoder som utvecklats av Dr. John Övretveit som är professor inom förbättrings- och evalueringsforskning vid Karolinska institutet. Övretveit har skrivit ett stort antal böcker och artiklar inom ämnet, runt 300 stycken (Karolinska institutet 2011) Ett fler-

tal av dessa har vunnit internationella priser. (Karolinska institutet 2010). Delar av Övretveits utvärderingsmetod ingår även i SQUIRE-metoden och Mixed method (Yin 2009) som vi till viss del kommer att tillämpa. Att metoden är snarlik de två sistnämnda metoderna gör att vi känner oss trygga i vårt val av analysverktyg.

6.2 Vårt val av uppläggnig

Övretveit (2001) rekommenderar att man svarar på ett antal frågor som han har formulerat för att vägleda utvärderaren i sitt val av uppläggnig. (Övretveit, 2001, s74)

Vi har hämtat frågorna oförändrade från Övretveits guide, samt svarat på dessa för att lättare kunna välja det bästa möjliga upplägget för utvärderingen. Frågorna med svar finns att läsa i bilaga 1. Vi har även läst om alla de olika modellerna för att kunna jämföra dem och säkerställa att vi har valt de modeller som passar bäst för just den här utvärderingen. Bland de modeller som finns framtagna inom området så anser vi att resultatutvärderingen är mest lämplig. Därför kommer vi att använda oss utav resultatutvärderingsmodellen. Enligt Övretveit (2001) är det syftet med utvärderingen som avgör vilken modell som är mest passande. Man behöver också ta hänsyn till de begränsningar som finns i valet av modell. En resultatutvärdering används med fördel då man vill utvärdera effekterna av en intervention och ha svar på om åtgärderna har fungerat (Övretveit, 2001). I resultatutvärderingen tillämpar vi först och främst två befintliga modeller; före/efter uppläggnig samt en modell för att jämföra två objekt. Vi har valt dessa modeller med hjälp av frågorna som beskrevs i stycket val av uppläggnig ovan.

Övretveit (2001) nämner att det finns 6 grundläggande modeller för utvärderingar inom vårdkategorin. Här beskriver vi kortfattat de modeller som vi har valt att inte använda. Detta för att tydliga varför vi har valt de modeller som vi använder.

De två första modellerna hör till s.k. *processutvärdering* och syftar främst till att undersöka om en intervention har implementerats på det vis som det har varit avsett och om den överensstämmer med de operationella målen för interventionen. I denna typ av utvärderingar bortser man helt från att undersöka de faktiska resultaten.

Efter att ha följt Övretveits frågemall undersökte vi ändå alla hans modeller för att verifiera vårt val av modeller. Nedan följer en kort beskrivning av de modeller vi valde bort.

Modell 1, Deskriptiv uppläggnig, används för att beskriva karakteristika hos en intervention och dess omgivning. Ingen mätning av resultat görs. Det kan exempelvis vara användbart när bestäl-

laren själv har en oklar bild av interventionen eller om det ska möjliggöras att införa en likadan intervention på en annan organisation. Modellen används vanligen retrospektivt men kan även användas prospektivt.

Modell 2 Revision, används när man vill jämföra huruvida en implementerad intervention har utförts på det sätt som har avsetts. Standarder, rutiner och mål som ingår i beskrivningen av interventionen jämförs alltså med hur den faktiskt utförs/utförts. Här ingår inte heller någon resultatmätning. (Övretveit, 2001)

Då resultatmätning inte genomförs i någon av de två ovanstående modellerna så utslöt vi dem tidigt som alternativ för den här utvärderingen. Detta då det i uppdragsbeskrivningen uttryckligen skulle ingå resultatmätning, samt för att avgränsa oss från att undersöka för många olika aspekter samtidigt då det skulle bli för omfattande.

Modell 5 Randomiserad kontrollerad studie, går ut på att utvärderaren skapar två identiska grupper. På den ena gruppen tillämpas interventionen och på den andra tillämpas den inte. Interventionen och störfaktorer kontrolleras till så stor del som det är möjligt. Utfallet hos de båda grupperna mäts och jämförs med statistiska metoder. Detta för att kunna ge evidens om huruvida interventionen har bidragit till utfallet hos den grupp som interventionen tillämpades på. Modellen används nästan alltid prospektivt. Den är lämplig för att utvärdera exempelvis behandling och diagnostik. Den är dock svår att tillämpa på interventioner av organisatoriskt slag då det är komplicerat med kontroll både av störfaktorer och av själva interventionen. (Övretveit, 2001)

Ovanstående modell utslöt vi att använda. Delvis för att interventionen redan hade implementerats och att vi därför endast hade som alternativ att genomföra en retrospektiv utvärdering, men även eftersom det inte var möjligt för oss att kontrollera interventionerna och störfaktorer. En utvärdering med modell 5 hade även varit alltför tidskrävande för den tidsplan vi har haft att utgå ifrån.

6.3 Kvalitativ eller kvantitativ?

Vi kommer använda oss av Sahlgrenskas datasystem för att hämta data. Detta är s.k. registerdata. Enligt Dahmström (2005) kan registerdata kombineras med insamlad primärdata, detta kan minska osäkerhet som kan finnas i insamlad primärdata. Man behöver dock beakta risken för att registerdata kan ha registrerats med olika rutiner vid olika tillfällen. Data kan också ha samlats in med olika syften (Dahmström, 2005). Vi kommer att kunna se beläggnings i detalj över hela

den relevanta perioden. Vi kan även se hur lång tid patienten tillbringar på avdelningen. Dessa data får vi visualiserad genom dataprogrammen Qlikview och Cognos. Vi kommer också att utforma en enkät där vi vill mäta hur personalen påverkats av interventionerna. I enkäten mäts också hur patienternas vårdkvalitet påverkats genom att personalen får besvara frågor om hur de uppfattar detta. Anledningen var att det skulle blivit för omfattande att söka upp patienter som vårdats både före och efter interventionen. Alla dessa data kommer vi att behandla som kvantitativ. Vi kommer att ha en kvalitativ del som består av intervjuer av vårdenhetscheferna och verksamhetschefen. Dessa syftar till att få en bra beskrivning av interventionerna och målen som de syftar till. Vi har även utnyttjat tillfällena att ställa frågor till administrativ personal när de har hjälpt oss att sammanställa registerdata. Vi kommer att använda intervjuerna som Bryman & Bell (2010) beskriver som en kunskapsteoretisk ståndpunkt. Tyngden ligger här alltså på hur personalen tolkar verkligheten. Här behöver vi fokusera på att personen vi intervjuar har möjlighet och medvetenhet att skilja på vad som har, respektive inte har direkt koppling till de tre genomförda förändringarna. Enligt Willman (2006) bör olika metodansatser användas vid utvärderingsforskning inom omvårdnad. Perspektivet omfattar kunskap om både mänskliga relationer och verksamhetens processer, målet med forskningen är att finna mönster och kännetecken. Därför bör både kvalitativa och kvantitativa studier förenas i utvärderingen. (Willman 2006)

För att styrka de resultat som framkommer av den kvantitativa undersökningen skall vi komplettera med enkäter som besvaras av den personal som direkt berörs av förändringarna. I enkäten ställs även frågor som berör hur personalens arbetsmiljö och patienternas vårdkvalitet har påverkats med avseende på interventionerna. Bryman och Bell (2005) menar att man med enkäter snabbare kan nå ut till fler personer än vid intervjuer. Detta är något vi vill ta till vara på då vi önskar få reda på åsikter från så stor del som möjligt av den personal som berörs. (Bryman och Bell, 2005) nämner dock även nackdelar med enkätundersökningar som t. ex att många respondenter ofta låter bli att svara, eller att man inte kan förklara frågor eller ställa följdfrågor i de fall som man vill ha ytterligare information kring svaren. Vi har tagit tillvara på tips från (Bryman och Bell, 2005) för att öka svarsfrekvensen. Detta har inneburit att vi har försökt att ha så få frågor som möjligt i enkäten, samt att vi även skrivit en introduktion med undersökningens syfte och tydliga instruktioner för hur enkäten ska fyllas i. Vidare rekommenderar (Bryman och Bell, 2005) att ha så få öppna frågor som möjligt. Vi har begränsat oss till att ha en öppen fråga för

varje intervention för att i alla fall ge utrymme för åsikter som annars inte kommer fram. Frågorna i enkäten besvaras enligt en s.k. Likertskala (Bryman och Bell, 2005) där vi har en 5-gradig skala med svarsalternativ som beskriver respondentens åsikt, t. ex från ”mycket dåligt” till mycket bra”. Vi distribuerade enkäten genom att låta avdelningscheferna på avd. 230 och 231 dela ut den till respektive avdelnings sjuksköterskor och undersköterskor. Enbart de som funnits med sedan innan interventionen infördes har ombetts att besvara enkäten. För läkarna fick vi tillfälle att presentera vår undersökning vid ett personalmöte, varefter vi lämnade enkäten hos chefssekreteraren så att de som ville besvara enkäten kunde hämta och lämna den där. Vi hade på vår femgradiga skala valt att endast skriva ut mått på extrempunkterna samt mittenalternativet eftersom vi främst ville se om förändring åt något håll hade skett eller om situationen var oförändrad. I efterhand insåg vi att det blev problematiskt att beskriva enkätsvaren i analysen då vissa punkter på skalan hade ett namn och andra enbart hade ett siffermått. Vi valde för analysens skull att tolka och sätta namn på siffermått i efterhand. Eftersom de icke namngivna alternativen bara var mellanpunkter. T.ex. mellan ”mycket bra” och ”ingen förändring” så satte vi här ett ungefärligt mått mellan dessa två, exempelvis ”bra”. Vi anser dock att detta inte påverkar utfallet av vår analys på ett snedvridet sätt då vi främst ser till om någon förändring skett och i så fall i vilken riktning. Dessutom kopplar vi även resultaten till de kommentarer som respondenterna gett i enkäten.

6.3.1 Svarsfrekvens enkät

På avdelning 230 uppskattades den berörda populationen för enkäten till 28 personer (sjuksköterskor och undersköterskor). Vi fick in nio svar vilket innebär en svarsfrekvens på 32 %. På vissa frågor har respondenten valt att inte besvara frågan, detta anges i så fall under resultatet på respektive fråga. På avdelning 231 uppskattades den berörda populationen för enkäten till 25 personer (sjuksköterskor och undersköterskor). Vi fick in 22 svar vilket innebär en svarsfrekvens på 88 %. På vissa frågor har respondenten valt att inte besvara frågan, detta anges i så fall under resultatet på respektive fråga. Antalet berörda läkare uppskattades vara 20 st. Av våra utdelade enkäter till läkarna fick vi ej in några svar inom den tidsram vi haft för projektet, därmed blev svarsfrekvensen hos läkarna 0 %.

6.4 Identifiering av datakällor

För utvärdering av det ekonomiska resultatet behöver vi känna till vilka kostnadsdrivare som finns i verksamheten. Vi kommer här fokusera på de kostnadsdrivare som påverkas i och med förändringen men även undersöka om andra har påverkats indirekt. Vi kommer att jämföra det totala resultatet för avdelningen före och efter förändringarna. Resultaten kan vi hämta ur datasystemet Cognos. Sekundärdata, alltså redan insamlad data tas från sjukhusets datasystem. Enligt Övretveit (2001) behöver man undersöka vilken metod som använts då data samlats in. Detta för att kunna säkerställa validitet samt reliabilitet för insamlad data. En tydlig problemformulering är också nödvändig för att veta vilken data som skall samlas in. (Övretveit, 2001).

Termer för att beskriva de ingående komponenterna i den kvantitativa datainsamlingen:

- Intern validitet

Här mäts validiteten hos slutsatserna i förhållande till det urval som undersöks. Vi avser att använda detta mått för att visa om åtgärderna haft någon effekt och hur stor effekten blivit. Vi försöker också hitta samtliga störfaktorer som skulle kunna ha en inverkan på resultatet.

- Extern validitet

Detta mått kan vi använda oss av för att undersöka huruvida åtgärderna är möjliga att tillämpa på en liknande vårdavdelning, exempelvis en ortopediavdelning.

- Oberoende variabler

Här undersöker vi om det finns övriga faktorer som bidragit till resultatet. (Övretveit, 2001)

- Reliabilitet

Vi har vid insamlandet av data försäkrat oss om att all data som jämförs eller används i våra beräkningar är insamlad på samma sätt. Det kan finnas sådant i rutinerna för SU:s eget insamlande av data som gör att små felaktigheter kan finnas. Exempelvis kan vissa patienter som skrivs in, skrivs ut omedelbart igen om de skickas till en annan avdelning. Dessa står då kvar som inskrivna även om de inte upptagit något

vårdtygn. Vi tror dock att eventuella fel av det slaget blir försumbara då vi mäter på längre perioder.

6.5 Vilken typ av data önskas?

Övretveit (2001) har specificerat ett antal frågor som är lämpliga att ställa sig vid en utvärdering inom vården, dessa skall hjälpa till när man bestämmer sig för vilken typ av data som skall samlas in.

- Vem är utvärderingen till för?
- Vilka beslut eller åtgärder kan utvärderingen ligga till grund för?
- Vilka data är lätta att få tag i och håller hög reliabilitet?
- Data om vad som gjorts, före- och efter- effekter.

6.6 Etiskt förhållningssätt

Vi har i undersökningen tagit hänsyn till den etiska problematiken genom att förhålla oss till några etiska regler som tas upp av Bryman & Bell (2005). Dessa innebär bl. a att berörda personer ska få vetskap om syftet med undersökningen. Vi har i vår enkät beskrivit syftet på försättsbladet för att alla respondenter ska veta vad undersökningen är till för. Vidare ska deltagande vara frivilligt. Vi uttrycker oss på ett sätt så att det framgår i försättsbladet att man inte behöver besvara enkäten om man inte vill. Vi har även behandlat alla svar anonymt för att uppfylla krav på konfidentialitet och anonymitet som nämns i Bryman & Bell (2005), samt sett till att ingen obehörig fått tillgång till våra besvarade enkäter. Detta för att se till det så kallade nyttjandekravet (Bryman & Bell, 2005). Innan vår slutliga inlämning hade vi även ett sista möte med verksamhetschefen som står som beställare till utvärderingen. Detta för att få synpunkter och bekräfta våra resultat så att vi fått möjlighet att ändra på eventuella småfel. Vid mötet ansåg han efter en kortare presentation att våra resultat skulle kunna vara rimliga med avseende på egna preferenser och upplevd riktning för verksamheten.

6.7 Källkritik

När vi sökt våra källor har vi i den utsträckning vi kunnat, använt oss av vetenskapligt granskade artiklar för vår uppsats. Vi har utöver detta också försökt att välja källor där författarna har väl-dokumenterad erfarenhet inom sin forskning. Vi har även hämtat information ifrån interna do-kument som hör till vårt studieobjekt. Dessa anser vi bör ha hög tillförlitlighet. Vidare har vi hämtat källor i form av rapporter från myndigheter som bland annat har en granskningsroll gentemot sjukvården.

7. Empiri

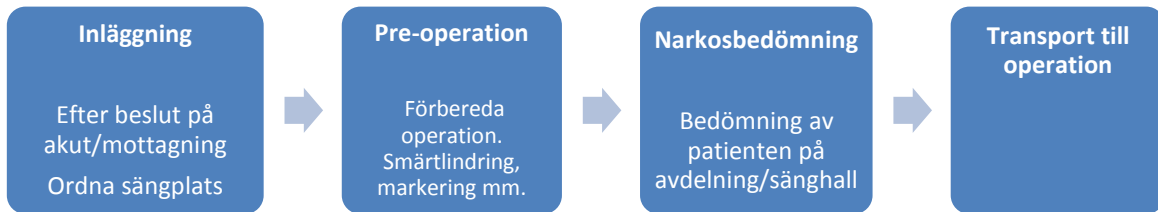
I det här kapitlet finns en verksamhetsbeskrivning för generaliserbarheten. Här gör vi också en fallbe-skrivning och applicerar teorier från teorikapitlet på denna.

För insamling av empiri har vi till stor del varit på plats på sjukhuset och mött personal från ad-ministrativa funktioner samt personal på avdelningarna. Detta är något som skett löpande under arbetets gång och varje insamlingstillfälle är därför inte beskrivet.

7.1 Verksamhetsbeskrivning av ortopediavdelningarna 230 och 231

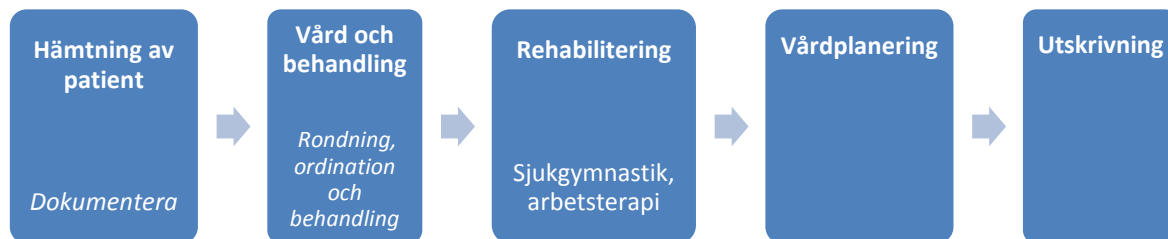
Ortopedin hör till verksamhetsområde 3 i Sahlgrenskas organisation. (se organisationskarta, bi-laga 5). Avdelning 230 är en ortopediavdelning med inriktning på akut verksamhet. Ortopedens traumateam på Mölndals sjukhus är de som ansvarar för patienterna. Frakturpatienter och patien-ter med diverse ortopediska åkommor tas in på avdelning 230, främst från Göteborgsområdet. Inom regionen är avd. 230 även specialiserade inom frakturer i bäcken och hälben. (Sahlgrenska Universitetssjukhuset u.å, Internt dokument). Avdelning 231 är även den en akutavdelning inom ortopedin på Mölndals sjukhus. Verksamheten är i stort sett likadan på båda avdelningarna med avseende på patientflöden då det är näst intill samtliga patienter som är akuta. Den enda större skillnaden avdelningarna emellan är att avd. 231, till skillnad från 230, är specialiserade på den övre delen av kroppen. (Samtal med Camilla Ramnekrok, 2013-05-21). Nedan följer en modell av patientflödet på avd. 230. Detta för generaliserbarhetens skull, d.v.s. för att underlätta bedöm-ning av huruvida denna utvärdering är tillämpbar på andra avdelningar.

Vårdavdelning – före operation



Figur 3, patientflöde på avdelningen före operation, källa: internt dokument SU

Vårdavdelning – efter operation



Figur 4, patientflöde på avdelningen efter operation, källa: internt dokument SU

7.2 Effektivitetspåverkan i fyra perspektiv

Vi använder denna effektivitetsmodell för att visualisera vilka perspektiv som kan ha påverkats av interventionerna.

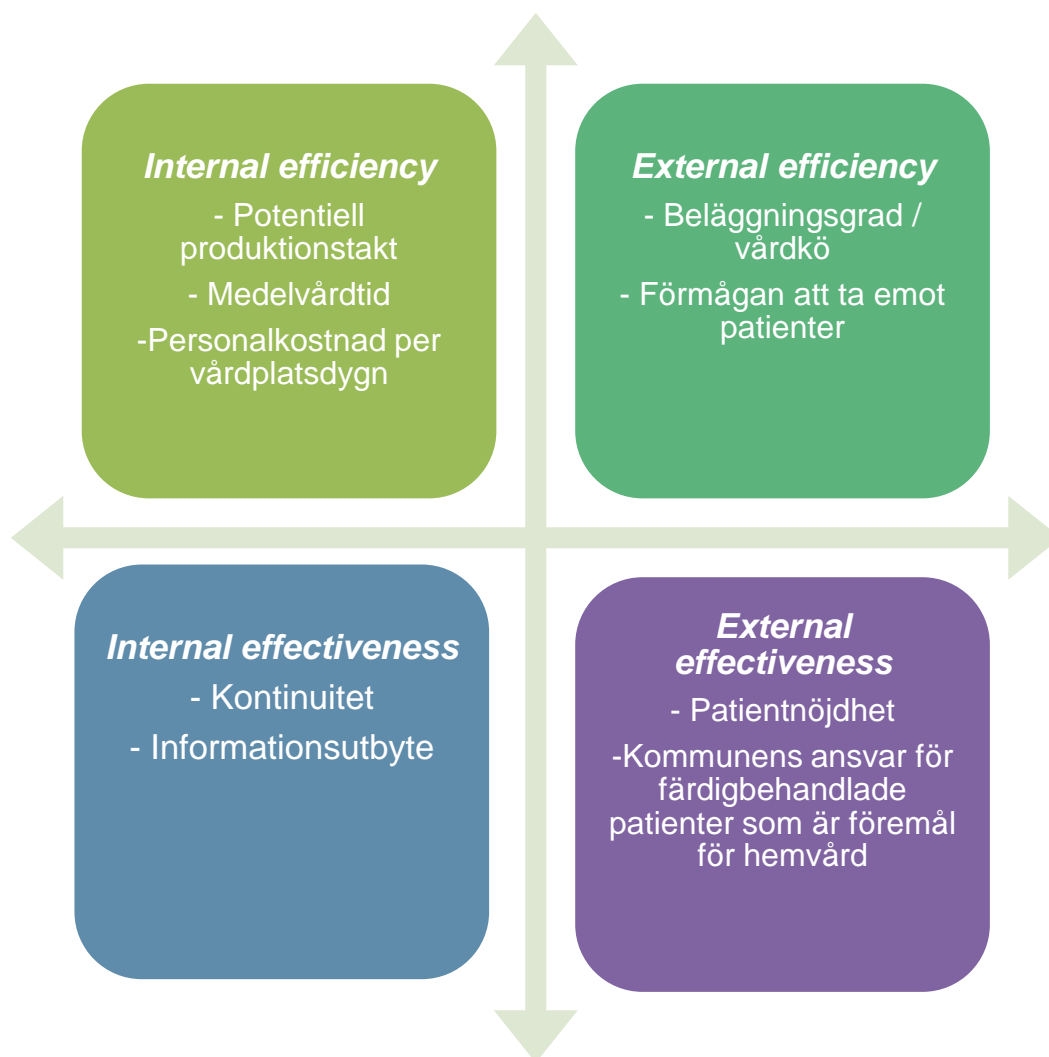


Fig 5, effektivitetsmodellen.

Här har vi kategoriserat de områden som vi anser har blivit berörda av åtgärds paketet

7.3 Övretveits begreppsdefinitioner

Här identifierar vi viktiga begrepp och applicerar dem på utvärderingen som en del i fallbeskrivningen.

Användare

Verksamhetschef och vårdenhetschef. Kvalitetsstrategiska avdelningen på SU. Dessa användare har för avsikt att få veta om interventionen var lyckad och vad av ingående förändringar som är

tillämpbara på liknande avdelningar. Beställare var ursprungligen vårdenhetschefen på avd. 230 men det togs senare över av verksamhetschefen för ortopedin på område 3.

Intervention

Består av tre separata åtgärder varav två har samma syften och den tredje ett separat syfte. Stängda vårdplatser, läkarnas schemaläggning samt parvård.

Värdekriterier

Stängda vårdplatser	Läkarnas schemaläggning	Parvård
Personalkostnad	Patientomsättningshastighet	Patientomsättningshastighet
Fasta kostnader per vårdplats	Vårdkvalitet	Vårdkvalitet
Patientomsättningshastighet	Arbetsmiljö	Arbetsmiljö
Arbetsmiljö		Personalkostnad

Tabell 1, värdekriterier

Ett värdekriterie som inte var uttalat men som användaren önskar utvärdera är arbetsmiljön före och efter införandet. Därför tas även detta med i vår rapport.

Målobjekt

Stängda vårdplatser

Vårt direkta målobjekt som förändringen riktar sig mot är vårdplatser.

Det slutliga målobjektet är kostnad

Läkarnas schemaläggning

Det direkta målobjektet som förändringarna riktar sig mot är läkarna på avd. 230. (bättre planering, snabbare utskrivning av patienter, bättre information till patient). Det slutliga målobjektet är patienter i slutna vård på avd.230. (får bättre behandlingsplan och tillgång till information).

Parvård

Det direkta målobjektet som förändringarna riktar sig mot är sjuksköterskorna och undersköterskorna på avd. 230.(bättre information om patienten, minskad personalkostnad). Denna åtgärd benämns som parvård. Det slutliga målobjektet är patienter i slutenvård på avd. 230 (Bättre behandlingsplan snabbare utskrivning), samt personalkostnad.

Operationella mål

Med åtgärden *stängda vårdplatser* var målet var att få ner belägningsgraden från en ohållbar situation samt att minska avdelningens kostnader. Med läkarnas schemaläggning var avsikten att öka patientomsättningshastigheten och att öka vårdkvaliteten. Parvårdens mål var att öka patienternas omsättningshastighet och vårdkvalitet samt att minska personalkostnaden.

Störfaktorer

En renovering genomfördes på avd. 230 under perioden hösten 2011- till och med sommaren 2012. Interventionerna genomfördes dock i september 2012. I december 2012 infördes ett nytt system (Heroma självservice) där samtlig personal skall administrera sina egna scheman. Detta innebär merarbete i och med att personalen själva får korrigera sina felstämplingar och liknande. Sådant hanterades tidigare av en särskild administratör (Samtal med Meyer, 2013). Dessutom kan det faktum att tre åtgärder genomfördes samtidigt innebära att de blir störfaktorer till varandra. Eventuellt kan även tider med exempelvis extrem halka, medföra toppar i beläggningen och därmed påverka utfallet. I december 2010 inträffade detta, dock påverkar inte det vår utvärdering då tidpunkten ligger utanför våra mätperioder.

På avd. 231 infördes åtgärden läkarnas schemaläggning i januari 2011 (Ramnekrok, 2013), långt före det att samma åtgärd infördes på avd. 230. Detta relaterar vi till när vi analyserar resultatet av åtgärden på avd. 230. Dessutom har det genomförts två andra interventioner utöver läkarnas schemaläggning under den tidsperiod vi undersöker: I mars 2012 infördes en samordningsåtgärd som innebar att en sjuksköterska i tre veckor åt gången enbart hade ansvar för att samordna och planera patientflödet, vilket syftade till att få en effektivare utskrivning av patienter. Oktober 2012 infördes en annan liknande åtgärd för samordning. I denna åtgärd var det istället en extern vårdplaneringsgrupp som skulle styra hela flödet. Enligt vårdenhetschefen på avd. 231 blev det

effektivare utskrivning när enbart en sjuksköterska ansvarade för styrning av patientflödet. När den externa vårdplaneringsgruppen tog över blev det motsatt effekt eftersom gruppen fick för mycket att göra för att hinna med, något som medförde att patientflödet blev mindre effektivt. (Samtal med Camilla Ramnekrok, 2013-05-21). Dessa åtgärder har gemensamma syften med åtgärden läkarnas schemaläggning, vilket gör att de bör beaktas som eventuella störfaktorer. Sedan 2013-03-19 pågår även en renovering på avd. 231. Detta innebär att avdelningen sedan nämnda datum har dragit ned från 28 vårdplatser till att enbart ha 23 öppna vårdplatser under tiden för renoveringen. (Samtal med Camilla Ramnekrok, 2013-05-21)

Kontroll

Vissa jämförelser kan göras mellan avdelningarna 230 och 231. På avdelning 231 har endast interventionen läkarnas schemaläggning genomförts.

Datainsamling

Insamlad data delas upp i två typer, verksamhetsdata och vårdverksamhetens aktivitets- och verksamhetsdata. (Övretveit, 2001). Under verksamhetsdata finner vi antal vårdplatser, inläggningar, personalstyrka och resultatdata. Under vårdverksamhetens aktivitets- och verksamhetsdata finns antal utskrivna, patientgenomströmning, beläggning, genomsnittlig behandlingstid.

7.4 Interventionsbeskrivning

Interventionen bestod av tre åtgärder som beskrivs nedan:

Stängda vårdplatser

Problem:

Avdelningen var tvungen att minska kostnaderna för att hålla sig inom budget.

Åtgärd:

Från att ha haft alla 28 vårdplatser öppna genom hela veckan, stängde man nu fem platser över helgerna. Att detta skulle fungera trots den höga beläggningen var något vårdenhetschefen kom fram till av en slump. Under hösten 2011 gjordes en sjukhusövergripande åtgärd som innebar anställningsstopp av vikarier då budgeten överskridits. (Samtal med Emmy Fhager 2013-05-21). Detta påverkade följaktligen avd. 230, vilket innebar att man var

tvungen att stänga ner fem vårdplatser över helgen p.g.a. personalbrist. Man insåg då att när kapaciteten minskade så blev man mer försiktig med att låta patienter ligga kvar mer än nödvändigt. Man kunde därmed klara sig med en lägre kapacitet utan att beläggningen blev högre. Vårdenhetschefen kände redan till fenomenet från tidigare forskning, att om överflödskapacitet finns så används den. Eftersom de blev tvungna att stänga vårdplatser vid anställningsstoppet och dessutom hålla dem stängda ända fram till sommaren 2012 p.g.a. renoveringen, insåg vårdenhetschefen att konceptet med att stänga vårdplatser fungerade, utan att beläggningen ökade. Vi beaktade möjligheten att avdelningen kunde ha köpt mer vård på andra vårdenheter och därmed bidragit till att det fungerat bra med beläggningsgraden när man stängde vårdplatser. Efter att ha lyft denna fundering vid en intervju med Sandra Elmäng, fick vi veta att det finns en mängd olika faktorer som påverkar om man köper extern vård. Bland annat är i många fall även patienterna själva delaktiga i beslutet. De kan exempelvis ibland själva välja mellan att få omedelbar vård eller att vänta till dess att en särskild specialist är tillgänglig. Dessa och andra faktorer gör det till en väldigt omfattande uppgift att hämta ut data kring detta på ett sätt som kan beskriva om stängningen av vårdplatser har gjort att man köpt mer vård. (Samtal med Sandra Elmäng, 2013-05-17). Då detta skulle ta alldeles för mycket tid i anspråk av vår kontaktpunkt begränsar vi oss genom att inte undersöka detta i denna uppsats. De stängda vårdplatserna nyttjas inte på något annat sätt under helgen. (Samtal med Mats Abrahamsson, 2013-04-19). Med vårdplats avses den kapacitet som krävs för att på ett säkert sätt kunna ha en patient inlagd, inräknat sängplats, personal och andra resurser.

Mål med interventionen:

Att minska avdelningens personalkostnader.

Mätetal:

- Personalkostnad (sjuksköterskor och undersköterskor)
- Disponibla vårdplatser

Vi väljer att ta ut data månadsvis då det är den kortaste tidsperioden som data är sammanställt för i systemet. Det hade annars varit intressant att undersöka data veckovis för att se om kostnader förskjutits från helg till veckodag.

Läkarnas schemaläggning

Problem:

Före omorganisationen var den teoretiska tanken att sammanlagt åtta läkare i par skulle ansvara för varsin fjärdedel av avdelning 230. Planeringen fungerade bra när samtliga var på plats, men strukturen blev tidvis bristfällig och en otydlighet i ansvarsfördelning uppstod då någon saknades. Detta då läkarna även hade andra ansvarsområden och endast hade ansvar för sin del av avdelningen i ett fåtal dagar i sträck. Att de ibland ensam ansvarade för sin respektive del, samt att det var såpass korta perioder i sträck, gjorde att det ibland kunde skjutas på utskrivningar av patienter i onödan då nästa läkare kunde ta över ansvaret nästkommande dag. En uppfattning fanns även om att planeringen för patienter blev bristfällig när flera olika läkare hade ansvar för deras behandlingsplan under behandlingstiden. Utöver detta fanns det en uppfattning hos personalen att vissa patienter, om de fick möjlighet, gärna låg kvar längre än vad som var medicinskt nödvändigt.

Åtgärd:

Vårdenhetschefen kom med förslaget att läkarnas schemaläggning skulle ändras så att istället ett par bestående av en överläkare och en underläkare var gemensamt ansvariga för hela avdelningen under en vecka i sträck.

Mål med åtgärden:

I och med åtgärden skulle en tydligare ansvarsfördelning uppstå, samt att det skulle bli svårare att skjuta över ansvaret på nästa ansvariga läkare när läkarparet har ansvar under flera dagar i sträck. Patienternas behandlingsplaner skulle förbättras genom att information om patienten skulle förmedlas mer tydligt mellan läkarna, samt att informationen mellan läkare och patienter skulle bli mer kontinuerlig när samma läkare har ansvar för sin patient under hela eller en större del av dennes behandlingstid. Sammantaget ville man alltså skapa bättre kontinuitet, uppföljning och information i patienternas behandlingsplaner så att färre patienter

ter skulle behöva ligga inlagda längre än nödvändigt och att vårdkvaliteten skulle bli bättre. Åtgärden skulle även bidra till att minska beläggningsgraden på avdelningen.

Mätetal:

- Genomloppstider (omsättningshastighet, vilket mäts i medelvårddygn och potentiell produktionstakt)
- Beläggningsgrad

Parvård

Problem:

Före omorganisationen bestod arbetsgrupperna av en sjuksköterska och två undersköterskor. Sjuksköterskan gick då oftast rondan själv med läkaren. Undersköterskorna arbetade mest tillsammans och en informationsklyfta uppstod mellan sjuksköterskor och undersköterskor vilket gjorde att information om särskilda behov hos patienterna gick förlorad vid rondan. Efter omorganisationen arbetar man i grupper om två, en sjuksköterska och en undersköterska. Detta har bidragit till ökad flexibilitet och ett bättre informationsutbyte.

Åtgärd:

I stället för att ha team om tre (en sjuksköterska och två undersköterskor), minskade man teamstorleken till en sjuksköterska och en undersköterska. I den förstnämnda konstellationen hade man sammanlagt fyra team över veckan. När parvård infördes ökade man till fem team över veckan. Detta ledde till en sammanlagd minskning av två personalresurser under veckan.

Mål:

- Att få ner personaltimmar och minska personalkostnader
- Förbättrad information och kontinuitet i patienternas behandlingsplan som kan bidra till en förkortad vårdtid och minska beläggningsgraden.
- Ökad vårdkvalitet

Mätetal:

- Genomloppstider (medelvårddygn, potentiell produktionstakt)
- Kostnad för sjuksköterskor per månad
- Kostnad för undersköterskor per månad

7.5 Samband mellan vårdtid och återinläggning

I figur 9 nedan kan vi se att när vårdtiden minskar över tid så stiger antalet återbesök. Dessa mätningar gäller dock generellt för hela Sahlgrenska sjukhuset. För ortopedin på Mölndals sjukhus finns inga motsvarande siffror men i intervjun med verksamhetschefen får vi veta att Mölndals ortopediavdelningar generellt sett har en låg återbesöksfrekvens vilket gör att sambandet mellan återbesök och vårdtid här blir mindre relevant. En förkortning av medelvårdtiden här kan man alltså anta är mest till nytta, utan att återbesöksfrekvensen skulle bli lidande.

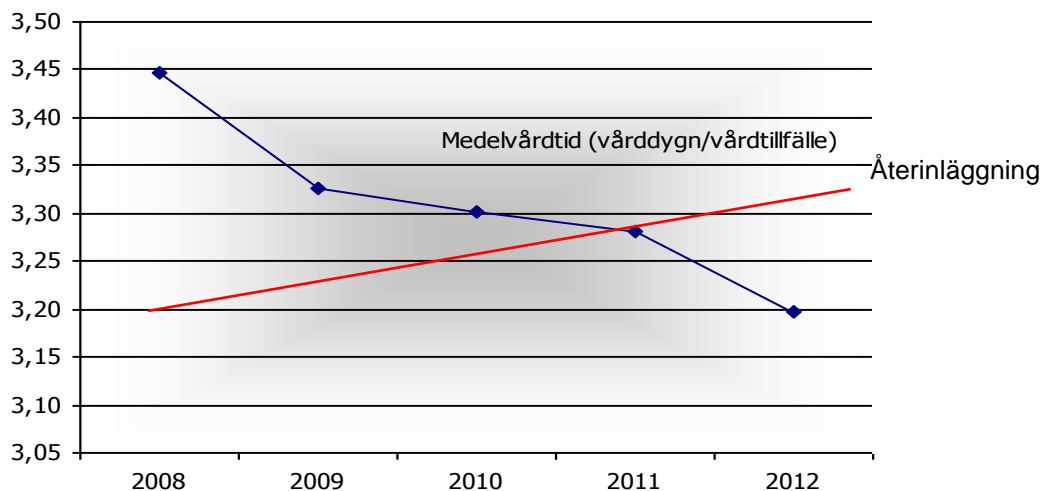


Fig. 6, samband vårdtid och återinläggning

7.6 Samband mellan förkortad vårtid och vårdkvalitet

Regionen har utfört mätningar med hjälp av en konsultfirma för att undersöka hur vårdkvaliteten påverkas av att omsättningshastigheten av patienter ökar. Resultatet av dessa mätningar var att inget samband kunde hittas mellan förkortad vårtid och följande faktorer:

- Vårdrelaterade infektioner

- Antal fall av MRSA (resistenta stafylokocker)
- Patientnöjdhet
- Dödlighet ("dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser") (Internt dokument, Vårdplatssituationen inom VGR)

7.7 Samband mellan patientnöjdhet och vårdtid

Vid en studie genomförd vid Stony Brook University Medical Center (Hall, 2008) har man funnit ett tydligt samband mellan förkortad vårdtid och en ökad nöjdhet bland patienter och personal. Enligt författarna är effektivitetsarbete ett lyckat angreppssätt på patientnöjdheten genom exempelvis borttagning av flaskhalsar som skapar missnöje. Författarna har studerat likheter mellan vinnare av Malcolm Baldrige National Quality Award som är en utmärkelse för vårdorganisationer som lyckats åstadkomma framsteg gällande patientsäkerhet och resultat under kostnadsbesparing. Utmärkelsen är initierad av det Amerikanska näringsdepartementet (The National Institute of Standards and Technology (2012)). Några av dessa gemensamma aktiviteter är: De tar tillvara på den påverkan som nöjdhet bland patienter och personal ger på den vård man erbjuder, de tar med patienters och anställdas behov i övergripande strategier såsom uppdrag, vision och normer, regelbunden rapportering och utvärdering av nöjdhetsmått och andra kvalitetsmått för att informera och sprida inom organisationen, samt att man regelbundet söker information hos patienter och personal för att aktivt kunna förbättra vårdkvaliteten. (Hall, 2008).

8. Resultat

I detta kapitel följer resultaten av vår undersökning. Resultaten presenteras enligt mallen för mätetalen som finns i kapitlet "Utveckling av analysmodell".

8.1 Gemensamma mätetal

Beläggningsgrad

Avd. 230

Beläggningsgrad i snitt under de två jämförelseperioderna

Tidsperiod:	Sep 2011 - Jan 2012	Sep 2012 - Jan 2013
Beläggningsgrad:	95,05%	91,67%

Avd. 231

Beläggningsgrad i snitt under de två jämförelseperioderna

Tidsperiod:	Sep 2011 - Jan 2012	Sep 2012 - Jan 2013
Beläggningsgrad:	93,10%	90,33%

Medelvårddygn

Avd. 230

Medelvårddygn under de två jämförelseperioderna

Tidsperiod:	sep 2011 - jan 2012	sep 2012 - jan 2013
Medelvårddygn:	5,44 vårddygn/patient	5,18 vårddygn/patient

Tabell 2, Medelvårddygn i snitt för jämförelseperiod, avd. 230.

Avd.231

Medelvårddygn under de två jämförelseperioderna

Tidsperiod	sep 2011 - jan 2012	sep 2012 - jan 2013
Medelvårddygn	5,06 vårddygn/patient	4,79 vårddygn/patient

Tabell 3, Medelvårddygn i snitt för jämförelseperiod, avd. 231

Potentiell produktionstakt

Avd. 230

Potentiell produktionstakt i medel under två jämförelseperioder. (På avd 230 var interventionerna införda endast i mätperioden efter.)

FÖRE

Månad	Antal patienter per vårdplatsdygn	Antal patienter per vårdplats och månad
sep-11	0,16533	4,95987
okt-11	0,19211	5,76329
nov-11	0,14655	4,39655
dec-11	0,20841	6,25229
jan-12	0,23005	6,90141
Snitt för perioden	0,18849	5,65468

Tabell 4, Potentiell produktionstakt för avd. 230, före interventionerna

EFTER

Månad	Antal patienter per vårdplatsdygn	Antal patienter per vårdplats och månad
sep-12	0,18257	5,47697
okt-12	0,21801	6,54028
nov-12	0,19301	5,79021
dec-12	0,19213	5,76378
jan-13	0,18382	5,51471
Snitt för perioden:	0,19391	5,81719

Tabell 5, Potentiell produktionstakt för avd. 230, efter interventionerna

Skillnaden i effektivitet mellan de två jämförelseperioderna är +2,87 %

Avd. 231

Potentiell produktionstakt i medel under två jämförelseperioder. (På avdelning 231 infördes åtgärden läkarnas schemaläggning redan i januari 2011. På avd. 231 var alltså åtgärden fullt införd under båda mätperioderna.)

FÖRE

Månad	Antal patienter per vårdplatsdygn	Antal patienter per vårdplats och månad
sep-11	0,22378	6,71329
okt-11	0,18264	5,47927
nov-11	0,15067	4,52009
dec-11	0,21175	6,35246
jan-12	0,24958	7,48752
Snitt för perioden	0,20368	6,11053

Tabell 6, Potentiell produktionstakt för avd. 231, före det att interventionerna infördes på avd.230.

EFTER

Månad	Antal patienter per vårdplatsdygn	Antal patienter per vårdplats och månad
sep-12	0,17095	5,12853
okt-12	0,22500	6,75000
nov-12	0,18926	5,67785
dec-12	0,21933	6,57975
jan-13	0,17737	5,32123
Snitt för perioden:	0,19638	5,89147

Tabell 7, Potentiell produktionstakt för avd. 231, före det att interventionerna infördes på avd. 230.

Skillnaden i effektivitet mellan de två jämförelseperioderna är -3,58 %

8.2 Åtgärdsspecifika data

8.2.1 Stängda vårdplatser

Disponibla vårdplatser

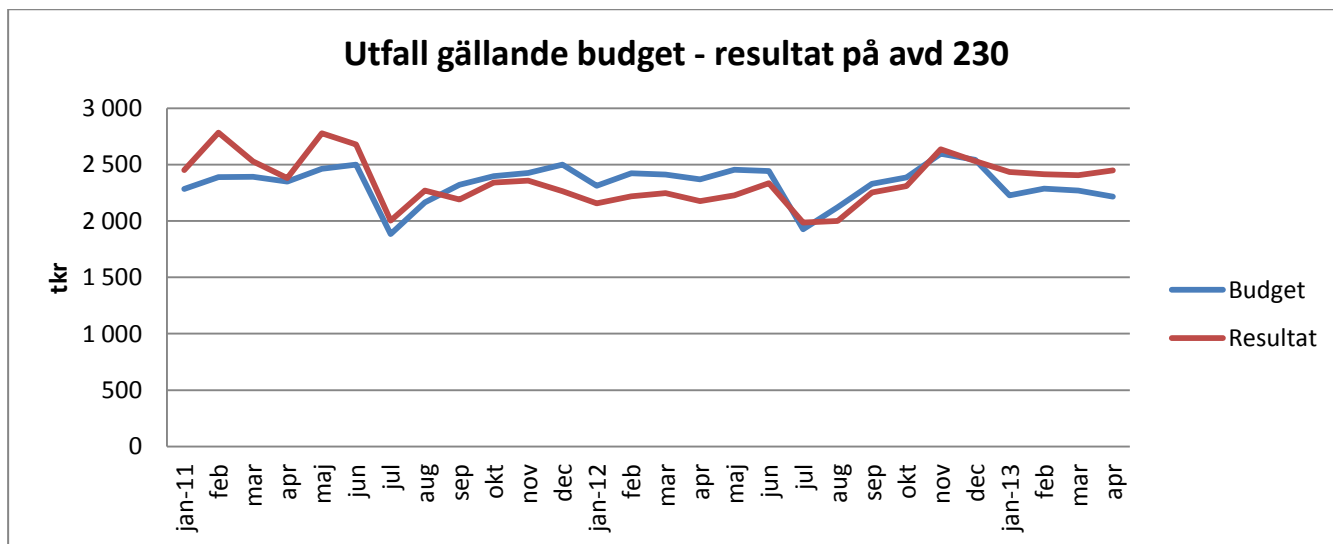
Under vår jämförelseperiod september 2011 t.o.m. jan 2012 samt september 2012 t.o.m. jan 2013 har neddragning av vårdplatser sett ut som följer:

Period:	september 2011 t.o.m. jan 2012	september 2012 t.o.m. jan 2013
Utfall:	23 vårdplatser eller färre under hela perioden	19 helger utav 22 med 23 vårdplatser eller färre

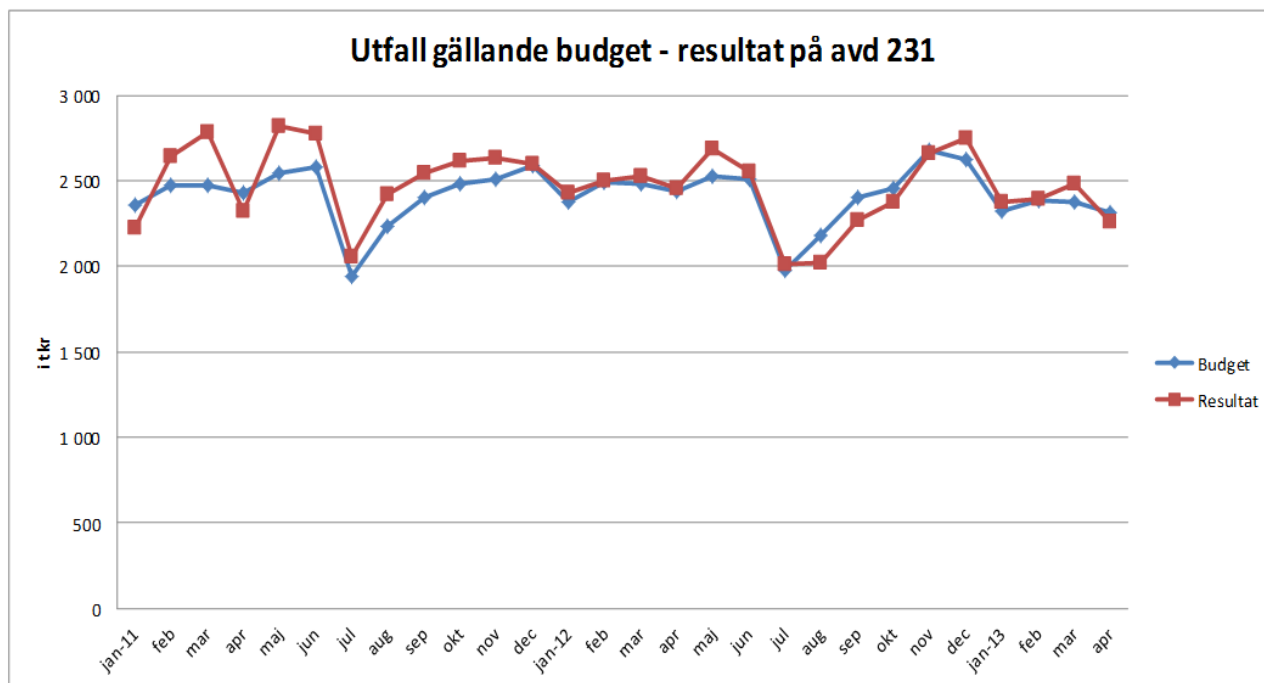
Tabell 8, utfall av stängda vårdplatser

Under perioden 2012-09-01 t.o.m. 2012-10-14 har dock antalet vårdplatser konstant legat på 23 vårdplatser. Dessutom har endast 18 vårdplatser varit öppna mellan 2012-12-21 t.o.m. 2013-01-06.

Jämförelse av ekonomiskt resultat mot budget



Figur 7, utfall resultat mot budget på avd. 230, 2011-01-01 - 2013-04-30



Figur 8, utfall resultat mot budget på avd. 231, 2011-01-01 - 2013-04-30

Personalkostnader för sjuksköterskor och undersköterskor

Period	apr-11	nov-12
Utfall	1601 mkr	1640 mkr

Totala personalkostnader för samtlig personal på avdelningen (exklusive läkare)

Period	apr-11	nov-12
Utfall	1720 mkr	1839 mkr

Se även bilaga 6 för diagram över personalkostnaden fördelat över hela mätperioden

Enkätdata

Resultatet för detta redovisas i bilaga 2

8.2.2 Läkarnas schemaläggning

Enkätdata

Resultatet för detta redovisas i bilaga 3

8.2.3 Parvård

Personalkostnader per vårdplatsdygn för avdelning 230

Period:	sep 2011 - jan 2012	sep 2012 - jan 2013
Personalkostnad per vårdplatsdygn:	2 043 kr	2 024 kr

Diagram för hela vår mätperiod finns i bilaga 6

Enkätdata

Resultatet för detta redovisas i bilaga 4

9. Analys

I detta kapitel analyserar vi resultaten av vår undersökning. Kapitlet följer det upplägg som beskrivs med analysmallen i kapitlet "Utveckling av analysmodell".

9.1 Gemensamma data

Här följer analys av de data som delas av mer än en åtgärd.

9.1.2 Beläggningsgrad

Här har vi visat data från januari 2011 till och med januari 2013. Avdelning 230 visar en minskad beläggningsgrad under perioden augusti 2012 till december 2012. Därefter ökar den dock igen för att hamna kring 100 % i januari 2013. Även referensavdelning 231 följer samma utveckling. De två jämförelseperioderna visar en nedgång för avdelning 230 i beläggningsgrad med ca 3 %. Även här har referensavdelning 231 följt samma mönster. Därmed kan vi inte säga att nedgången är ett resultat av införda interventioner. Beläggningsgraden beror både på antal disponibla vårdplatser och inflödet av patienter. Sett till hela vår mätperiod har man dock lyckats med att oftast ligga lägre än 100 %. Beläggningsgraden bör ligga en bit under 100 % för att man ska ha möjlighet att ta emot patienter ifall det plötsligt blir ett ökat inflöde av någon anledning. Vi undersöker även i enkätfrågorna om personalen upplever att åtgärderna (Läkarnas schemaläggning) och (Parvård) kan ha hjälpt till att hålla beläggningsgraden på en lägre nivå än den hade varit annars.

9.1.3 Medelvårddygn

Vi har tagit fram data över medelvårdtiden gällande perioden jan 2011 till och med jan 2013. Dels vill vi bryta ner den i jämförbara perioder men också vill vi se på hela perioden för att hitta en eventuell brytpunkt i samband med införandet av interventionerna. I diagram 10 ser vi en nedgång i medelvårdtiden före interventionens införande. Medelvårdtiden har sedan fortsatt att sjunka för att sedan öka från och med en kortare tid efter att interventionerna infördes. De nivåskillnader som syns efter införandet är dock inte större än andra variationer sett över året, varför en naturlig variation inte kan uteslutas. Diagrammet för referensavdelning 231 följer ungefär samma mönster som avd 230 under året och så även för perioden kring interventionernas införande, vilket gör att dessa variationer kan antas ha andra orsaker än interventionerna. För att ta

hänsyn till säsongsvariationer så jämför vi istället ett medelvärde för vår jämförelseperiod september t.o.m. januari, mot motsvarande period året före. Då ser vi en näst intill identisk utveckling för både avdelning 230 och 231, en svag minskning i medelvårdtiden. Medelvårdtiden är ett bra mått för att visa hur lång vårdtid patienterna faktiskt haft, men för att kunna relatera den till personalens effektivitet har vi tagit fram ytterligare ett mätetal som är baserat på medelvårdtiden; *potentiell produktionstakt*.

9.1.4 Potentiell produktionstakt per vårdplats

När vi analyserar våra jämförelseperioder ser vi en ökning i potentiell produktionstakt med 2,87 % för avd. 230, vilket motsvarar att en disponibel vårdplats efter införandet skulle ha kunnat behandla 4,55 fler patienter per månad om man antar att en månad är 30 dagar, jämfört med samma period ett år tidigare då åtgärden inte var i bruk. På avd. 231 ser vi en minskning i effektivitet med -3,58 % under samma mätperiod. Då åtgärden var i bruk på avd. 231 under båda mätperioderna så säger det inget om hur åtgärden fungerat på avd.231 som är vår referensavdelning. Dock tyder det på att något verkligen blev bättre vad gäller effektivitet på avd. 230 när åtgärderna infördes. Detta kan visa på att arbetssättet blivit mer effektivt efter införandet av interventionerna. Vi kan inte med 100 % säkerhet säga att det beror på någon av de tre interventionerna, men det skulle kunna bero på en ökad närvaro av överläkare. Dessa kan ta beslut gällande behandling och utskrivning vilket gör att utskrivningar inte drar ut på tiden lika mycket som förut (Läkarnas schemaläggning). Parvården syftade också till en bättre kontinuitet och snabbare utskrivning, varför den heller inte kan uteslutas som en orsak. Andra möjliga orsaker behöver dock också beaktas. Det skulle kunna vara så att det råkar vara färre patienter med tyngre diagnoser som kräver längre vårdtid i den senare mätperioden. En annan orsak skulle kunna vara att vår mätperiod är förhållandevis kort mot vad som hade varit önskvärt. Därför kan inte risken uteslutas att den ökade effektiviteten endast beror på en slumpvis ökning för denna period. Vi skulle vilja rekommendera att samma mätning genomförs månad för månad under en längre period framöver för att se om detta mönster håller i sig, vilket skulle kunna öka sannolikheten för att interventionerna varit lyckade och fyllt sitt syfte. Däremot ser vi inte någon möjlighet att med enbart med hjälp av registerdata isolera effekten till någon specifik åtgärd. Vi relaterar resultatet till åtgärderna med hjälp av enkätsvaren längre ned i analysen.

9.1.5 Ekonomiskt resultat jämfört med budget

De ekonomiska data vi har tillgång till sträcker sig till och med april 2013 och visar således en längre period efter interventionens införande än den data vi har tillgång till gällande beläggning. Vi kan se att man har lyckats hålla sig en bit under budget under hela renoveringsperioden hösten 2011 till sommaren 2012, då man endast hade 23 disponibla vårdplatser under perioden. På avd. 231 har man legat på eller över budget under samma period. Det kan ha varit så att avd. 231 kan ha fått ta emot fler patienter under perioden för att avlasta avd. 230 som haft en lägre kapacitet p.g.a renoveringen.

9.2 Åtgärdsspecifik analys

Här följer data som är specifika för respektive åtgärd.

9.2.1 Stängda vårdplatser

På denna åtgärd har vi valt att enbart se till personalperspektivet eftersom patienter inte påverkas direkt av åtgärden. Man kan ändå ha i åtanke att patienter i slutändan kan påverkas av personalens stressnivå och arbetsbelastning.

Personalperspektivet för avd. 230 (enkätanalys)

På fråga 1 (Stressnivå) angav 33 % att den minskat delvis. 11 % svarade "Ingen förändring" medan sammanlagt 56 % svarade att de upplevde en ökning i någon grad. På frågan om arbetsbelastning svarade 22 % att den minskat delvis. 11 % svarade "Ingen förändring" medan sammanlagt 67 % angav att den ökat i någon grad. På fråga 3 (Vad anser du om åtgärden?) svarade hela 45 % "Mycket bra" och 33 % svarade "Bra". Endast 11 % svarade "Dålig" och 11 % "Ingen åsikt". Förklaringar till de negativa resultaten på fråga 1 och 2 kan finnas bland kommentarerna som vi fick i enkäten. Här menar några att förutsättningarna gör att man inte alltid klarar av att vara konsekvent med att stänga platser på helger. Inflödet av patienter samt patienter som inte är utskrivningsklara nämns som en faktor som gör att man i många fall blir tvungen att öppna upp platser som egentligen skulle stängas. I dessa fall blir konsekvenserna att personal tvingas till att jobba dubbelpass, samt att arbetsbelastningen för de som jobbar ökar när det inte finns tillgänglig extrapersonal att ta in. Åtgärden orsakar alltså en onödig press på medarbetarna när man inte alltid klarar av att efterfölja den. Åtgärden är tänkt att minska kostnader, men det kan vara värt att undersöka vidare hur mycket extra det kostar att ta in extrapersonal och att betala övertidslö-

ner för de som tvingas till dubbelpass. En fördel som lyfts fram i en annan kommentar är att det blir färre helgpas för de anställda. Detta kan möjligtvis vara det som bidragit till den övervägande positiva uppfattningen av åtgärden i sin helhet.

Sammanfattning av analys för Stängda vårdplatser

Under perioden jan 2011 till och med april 2013 har personalkostnaderna på avd. 230 i snitt legat på 68 % av den totala kostnaden. Den största delen av den resterande totalkostnaden står röntgentjänster, laboratorietjänster, material samt lokalhyra för. Målet med åtgärden *stängda vårdplatser* var att minska avdelningens totalkostnad och då främst personalkostnader. Under den period av data som vi haft tillgång till hittar vi endast en sammanhängande månad där avdelningen stängt fem vårdplatser under helgerna (november 2012). Vår tanke var annars att jämföra personalkostnaderna för en längre period av hela månader där åtgärden efterföljts, med en period där vårdplatserna varit öppna hela månaden igenom. Från utgångsläget 28 vårdplatser ser vi att avdelning 230 minskat med fem vårdplatser eller mer under 19 av 22 helger sedan interventionen infördes. Avdelningen har alltså inte varit konsekvent med att hålla platserna stängda alla helger. Vi kan visserligen se längre perioder där ännu fler vårdplatser varit stängda utöver helgerna, vilket troligen beror på en minskning i kapacitet över storhelger som jul och nyår samt i samband med renovering. Detta gör att det är svårt att jämföra rättvist för perioden före och efter. Omsättningshastigheten som vi beräknar i medelvårddygn, alltså den genomsnittliga genomloppstiden per patient, har inte heller den visat någon tendens att minska som en effekt av interventionen. Vi har jämfört den totala kostnaden för november 2012, som är den enda hela månad man lyckats stänga fem vårdplatser på helgen, med april 2011 då samtliga 28 vårdplatser varit öppna hela månaden. Den totala kostnaden för undersköterskor samt sjuksköterskor uppgår april 2011 till 1,601 mkr och för november 2012 uppgår kostnaden till 1,640 mkr. Vi kan också se en ökning om vi jämför de totala personalkostnaderna, alltså inräknat administratörer m.fl. För april 2011 uppgår de totala personalkostnaderna till 1,720 mkr, i november 2012 har denna kostnad gått upp till 1,839 mkr. Vi kan alltså inte se att kostnaderna minskat, utan snarare ökat en aning för vår mätperiod i och med att man stänger vårdplatser över helgen. Det kan ha att göra med att en intervention som denna kan ta tid att få genomslag i kostnader. Exempelvis för att personalens fasta månadslöner är konstanta. De kostnader som eventuellt direkt kan minska är helgersättningar. Eftersom avdelningen inte lyckats hålla platserna stängda konsekvent kan interventionen till och med leda till en kostnadsökning p.g.a. övertidsersättningar och dyr extrapersonal när personalens schemalägg-

ning rubbas. För personalens del verkar det som att införandet lett till vissa bekymmer gällande stress och arbetsbelastning, då man inte har lyckats att stänga vårdplatser över helgen har man fått ta in extrapersonal eller så har personalen fått arbeta dubbelpass för att täcka upp behovet. Vi kan styrka personalens kommentarer om att man ibland inte lyckas att stänga vårdplatser med hjälp av beläggningsdata. Gällande åtgärden som helhet har vi fått övervägande positiva kommentarer från personalen som då hänvisar till att de arbetar färre helger.

9.2.2 Läkarnas schemaläggning

Analys av enkätkommentarer (öppen fråga)

Avd. 230

Fråga 6: "Vad anser du om själva åtgärden?"

Bland fördelarna nämns att personalen fått bättre och närmre kontakt med läkaren som rondar. Patienter sägs även ha fått bättre information från läkarna sedan åtgärden infördes. En nämner att rondningen oftare blir färdiggjord efter åtgärdens införande. Bland bristerna nämns att det ibland bara är ickespecialister som rondar. Dessa kan inte ta några större beslut vilket innebär att rondan inte blir slutförd ordentligt. Ett par menar att rondningen ofta blir gjord senare, särskilt på helgerna, vilket gör att t.ex. inspektion och såromläggningar blir senarelagda. Det innebär i slutändan att många patienter kan bli kvar onödigt länge när de ska skrivas ut. Kontinuiteten i åtgärden nämns av någon vara bristfällig, vilket vi tolkar som att det finns en uppfattning hos sjuk- och undersköterskorna att överläkare alltid skall finnas på plats efter åtgärden. Detta trots att överläkarna fortfarande har andra ansvarsområden och åtgärden egentligen inte innebär att de skall vara på avdelningen till 100 procent.

Avd. 231

Fråga 3: "Vad anser du om själva åtgärden?"

Här gav många av de som valde att kommentera positiv respons. Bland de faktorer som anses bra nämns en bättre kontinuitet, att patienter och anhöriga får bättre information från läkarna och personalen får lättare att planera sitt arbete när det hela tiden finns läkare på avdelningen. Man vet oftast när rondan blir av och den kan oftast slutföras utan avbrott för att läkaren behöver

springa till operation. Med läkare på plats som kan ta beslut kan även enklare medicinska åtgärder bli avklarade snabbare. Tidigare kunde ibland vissa grupper bli helt utan rondning när det var oklart vem som skulle ronda.

Bland de negativa kommentarerna ser vi mest kritik kring hur åtgärden efterföljs i praktiken. De flesta av dessa kommentarer handlar om att överläkarna inte finns på plats hela tiden, vilket innebär att viktiga beslut inte alltid kan tas när de behövs. I slutändan leder det till att patienter inte blir utskrivna så snabbt som de skulle kunnat bli, d.v.s. onödiga extra vård dygn. Det nämns också att det ibland byts avdelningsläkare flera gånger i veckan trots att det är tänkt att det ska vara samma en vecka i sträck. Här blir det en brist i kontinuiteten. En menar på att ronderna numera ofta blir förlagda senare på dagen och att detta leder till att exempelvis stora såromläggningar krockar med raster eller patientlunchutdelning.

Arbetsmiljö

Avd. 230

Analys av slutna enkätfrågor

För att utvärdera åtgärden ur ett personalperspektiv ställde vi två frågor i enkäten. Den ena syftade till att få svar på hur stressnivån påverkats och den andra hur arbetsbelastningen påverkats av åtgärden. På stressnivån ser vi att 45 % av respondenterna inte upplever någon skillnad. 11 % tycker att den har ökat delvis och 11 % att den har ökat. 33 % anser att den har minskat delvis. På frågan om arbetsbelastning ser vi en närmast identisk svarsfördelning. Detta tror vi beror på att faktorerna stress och arbetsbelastning ofta hänger ihop med varandra. Om personalen upplever en minskning eller att det inte är någon skillnad tolkar vi som positivt för åtgärden förutsatt att den har effekt på de målobjekt den är avsedd för. Det väger dock ganska jämnt mellan positivt och negativt i diagrammet. Svansfrekvensen var 32 % på enkäten på avd. 230 så det är även svårt att dra generella slutsatser utifrån dessa svar. Bland kommentarerna ser man att det uppskattas att det oftare är läkare på plats vilket förbättrar kommunikationen mellan sjuksköterskor, undersköterskor och ansvariga läkare. Det tycks som att det blivit något bättre med ronderna, att de inte avbryts lika ofta. Dock verkar det finnas en del frustration över att det inte alltid finns överläkare på plats. Detta gör att beslut tar längre tid och det blir svårare för personalen att planera sitt arbete. På fråga 6 (Vad anser du om åtgärden) har sammanlagt 56 % svarat "Bra" eller "Mycket bra". 33 % har svarat "Dålig" eller "Mycket dålig", och 11 % har svarat "Ingen åsikt". Frågan

berör åtgärden generellt och vi kan inte säga exakt utifrån diagrammet vad det är som respondenterna tycker är bra respektive dåligt. Det får vi mer information om från kommentarerna till frågan som vi tar upp under frågorna om arbetsmiljö och vårdkvalitet. Diagrammet ger dock en översiktlig bild av vad medarbetarna tycker om åtgärden och där kan vi läsa ut att en majoritet tycker att den är bra.

Avd. 231

Analys av slutna enkätfrågor

Här ställdes samma frågor kring åtgärden som på avd. 230. Vi fick dock en högre svarsfrekvens här vilket skulle kunna bero på att denna enkät hade betydligt färre frågor och därmed inte var lika tidskrävande att fylla i. Här liknar svarsfördelningen den på avd. 230 för frågorna om stressnivå och arbetsbelastning. En andel på 36 % upplever ingen skillnad i stressnivå (fråga 1). 41 % upplever en viss minskning och 5 % en större minskning. 18 % tyckte att den ökat till viss del. Sammantaget tycker alltså den största andelen (46 %) att stressnivån har minskat i någon grad. Det verkar alltså som att stressnivån har minskat till viss del även om det finns en liten andel som tycker att den har ökat. Många tycker fortfarande att det inte är någon skillnad vilket kan bero på att eventuella positiva effekter kan ha vägts upp av andra negativa effekter av åtgärden.

På fråga 2 (Arbetsbelastning) tyckte sammanlagt 28 % att den hade ökat i någon grad. 27 % tyckte sammanlagt att den hade minskat i någon grad och 45 % upplevde ingen skillnad. I slutändan väger alltså de positiva åsikterna jämnt mot de negativa i frågan.

På fråga 3 (Vad tycker du om åtgärden?) anser 32 % att den är bra och 32 % att den är mycket bra. 23 % tycker att den är dålig och 4 % att den är mycket dålig. 9 % har svarat "Ingen åsikt". Det verkar alltså som att de flesta är positivt inställda till åtgärden. I kommentarerna till fråga 3 kan vi se samma typ av positiva kommentarer som för avd. 230. Detsamma gäller de negativa kommentarerna. Det verkar alltså även här som att åtgärden medför positiva effekter på kontakten mellan läkare och sjuksköterskor, undersköterskor på avdelningen, vilket underlättar planeringen av arbetet för sjuksköterskor och undersköterskor. De negativa uppfattningarna är personalens förväntning att överläkare alltid skall finnas på plats. Något som enligt verksamhetschefen inte är tanken med åtgärden.

Vårdkvalitet

Avd. 230

Analys av slutna enkätfrågor

För att få kvalitativ information om huruvida åtgärden uppfyller sitt syfte för de slutliga målobjekten (patienter) har vi ställt två frågor. Dessa berör de mål man hade med åtgärden, d.v.s. att patienter skulle få en bättre kontinuitet i sin behandling och kontakt med läkare, samt att de därmed skulle kunna skrivas ut snabbare och inte behöva ligga kvar extra dygn i onödan. Svarsfrekvensen var 32 %. På fråga 7 (Har åtgärden bidragit till att patienter kan skrivas ut snabbare?) fick respondenterna svara på en skala från 1-5 hur mycket åtgärden bidragit. På skalan stod 1 för "Inte alls", 3 för "Delvis" och 5 för "Mycket". Av respondenterna svarade 22 % "Inte alls", 11 % svarade 2 på skalan, 45 % svarade "Delvis" och 22 % svarade 4 på skalan. 78 % upplever alltså att det har blivit en förbättring i någon grad. Av dessa har 67 % svarat 3 eller 4 på skalan. En majoritet anser alltså att åtgärden bidrar till snabbare utskrivning av patienter. Den andra frågan (fråga 8) sökte svar på hur kontinuiteten påverkats av åtgärden. Här svarade 33 % "Lite bättre" 11 % "Mycket bättre" alltså sammanlagt 44 % som ansåg att en förbättring har skett. 45 % svarade "Lite sämre" medan resterande 11 % inte upplevde någon skillnad. Det är alltså ganska jämnt fördelat mellan de som tycker att kontinuiteten blivit bättre och de som tycker att den blivit sämre. Kontinuiteten är en del av åtgärden som är tänkt att bidra till att påskynda utskrivningar. Därför är det lite överraskande att se att många upplever att utskrivningar till stor del går snabbare medan kontinuiteten inte tycks ha blivit varken bättre eller sämre på det hela taget. Det kan vara så att överläkare oftare än innan finns tillgängliga och kan ta beslut som leder till snabbare utskrivning, men att kontinuiteten brister i att det inte alltid är samma avdelningsansvariga läkare under veckan så som det är meningen. Detta ser vi exempel på bland kommentarerna i fråga 3 för den andra avdelningen (avd. 231). På fråga 9 (Har åtgärden bidragit till att sänka beläggningen) har en av respondenterna valt att inte svara, därför får vi här en lägre svarsfrekvens på 29 %. Av de som besvarat frågan har 25 % svarat 1 ("Stämmer inte alls") på den femgradiga skalan. Resterande 75 % har svarat 2 eller 3 på skalan där 3 är "Stämmer delvis". Beläggningen borde sjunka om patienter skrivs ut snabbare (kortare genomloppstid). Detta kan dock motverkas av exempelvis ökat inflöde av patienter. Vi drar inga större slutsatser av den här frågan, men det verkar inte som att personalen upplever att det är någon avsevärd skillnad på beläggningen. Vi

ser istället till beläggningen i vår analys av registerdata. Där har vi dock inte möjlighet att koppla en eventuell skillnad till någon specifik åtgärd.

Avd. 231

Vi hade huvudsakligen två frågor för att få ytterligare indikationer på hur de slutliga målobjekten patienter kan ha påverkats av åtgärden; fråga 4 (Snabbare utskrivning) och fråga 5 (Kontinuitet). På frågan om utskrivningen blivit snabbare fick respondenterna svara på en skala från 1-5, där 1 var "Inte alls", 3 var "Delvis" och 5 var "Mycket". 14 % har svarat "Inte alls", 43 % har svarat "Delvis" och sammanlagt 24 % har svarat 4 eller 5 på skalan. Det är alltså sammanlagt 67 % av respondenterna som tycker att åtgärden har bidragit delvis eller mer.

På den andra frågan om kontinuiteten tycker 55 % att den blivit lite bättre och 9 % mycket bättre. 23 % tycker "Lite sämre" och 9 % "Mycket sämre". 4 % svarade "Ingen förändring". Här är det en någorlunda stor andel (64 %) som tycker att en förbättring skett i någon grad. Det skiljer sig något från svaren på samma fråga på avd. 230, där en ungefär lika stor andel respondenter upplevde en förbättring som de som upplevde en försämring. Detta kan mycket väl bero på den stora skillnaden i svarsfrekvens mellan avdelningarna, men det skulle också kunna vara så att man har fått åtgärden att fungera bättre på 231 vad gäller kontinuitet. På avd. 231 har åtgärden varit i bruk betydligt längre. Något som skulle kunna innebära att man där har haft mer tid att lösa eventuella problem med implementeringen. Andra faktorer kan också spela in, som t.ex. att det till viss del är olika läkare på de två avdelningarna som skulle kunna ha olika förutsättningar i sina arbetsbeskrivningar. På fråga 6 (Har åtgärden bidragit till att sänka beläggningen?) har en av respondenterna valt att inte svara, därför får vi här en lägre svarsfrekvens på 84 %. Här hade vi en likadan skala från 1-5 som i fråga 4. 19 % svarade "Inte alls". Sammanlagt svarade 57 % 3 eller 4 på skalan, d.v.s. "Delvis" eller högre. Här ser vi precis som i fråga 4 en anmärkningsvärd andel som upplever en förbättring till en sådan grad att den bör uppmärksammas. Beläggningsgraden hör såklart till viss del ihop med en snabbare utskrivning men man får inte glömma att den även påverkas av inflödet av patienter samt avdelningens kapacitet. Svaren styrker dock enligt vår tolkning att man upplever en förbättring i hur snabbt patienter kan skrivas ut. Bland det som i de frivilliga kommentarerna till åtgärden nämndes som positivt, var att det alltid finns läkare på plats, vilket leder till bättre kontakt och information till patienter. Det verkar också som att det

inte längre är lika ofta som någon grupp blir helt utan rond. Med läkare som kan ta beslut kan enklare medicinska åtgärder oftast bli avklarade snabbare, vilket är bra för patienterna. Bland det negativa ser vi i stort sett samma svar som för avd. 230. Alltså att man ibland saknar den närvaro av överläkare som behövs för beslut och att avdelningsläkarna ibland byts ut oftare än det är menat med åtgärden. Detta gör i dessa fall att flera läkare följer patienter under deras vårdtid, istället för att samma läkare kontinuerligt träffar och följer upp sina patienter. Med samma läkare som följer upp får man bättre kontinuitet. Vi uppfattar resultatet som att åtgärden har gjort att det blivit bättre för patienterna.

Analys av mätetalet Potentiell produktionsstakt

Här utvärderar vi resultatet av registerdata för interventionerna läkarnas schemaläggning och parvård. Dessa har båda haft samma syfte d.v.s. att patienter skall få bättre kontinuitet under behandlingen och därmed en snabbare utskrivning. Det gemensamma målet för dessa två interventioner var att minska genomloppstiden och att öka patientens vårdkvalitet. För att undersöka om dessa interventioner gett önskad effekt har vi i första hand använt oss av ett befintligt prestationsmått, medelvårdtid, men för att kunna relatera detta till personalens produktivitet har vi skapat en beräkning som är baserad på medelvårdtiden. Detta förklaras i empirin. Vi kallar detta mått för potentiell produktionsstakt. Vi beräknar detta per vårdplatsdygn och kan då se hur många patienter som varje vårdplatsdygn potentiellt hade kunnat omsätta, baserat på den faktiska produktivitetsnivå samt kapacitet som avdelningen haft under månaden. Då vi jämför de två mätperioderna före och efter interventionen ser vi att den potentiella produktionsstakten gått från 0,189 patienter per vårdplatsdygn till 0,194. Alltså en ökning med 2,87 %. Det är möjligt att denna ökning kan ha uppkommit som en effekt av båda eller någon av interventionerna, läkarnas schemaläggning och parvård, men vi kan inte säkert utesluta möjligheten att det skulle kunna bero på någon annan faktor. Exempelvis kan det vara en slumpfaktor. Det faktum att vi på referensavdelning 231 såg en minskning på -3,58 för samma mätperioder styrker dock att interventionerna haft effekt på avd. 230. Detta eftersom läkarnas schemaläggning redan var införd på avd. 231 under båda mätperioderna. Vi har dock bara kunnat mäta på en relativt kort period efter införandet av åtgärderna och produktiviteten i förhållande till kapacitet skulle av en slump kunnat vara högre under denna tidsperiod. Alternativt skulle det kunna vara så att det bara är det faktum att någon slags förändring har skett som har gjort att produktiviteten tillfälligt ökar.

Sammanfattning av analysen för läkarnas schemaläggning

Avd. 230

Personalens enkätsvar tyder på att en stor andel upplever att interventionen bidragit till att patienter skrivs ut snabbare, alltså en minskad medelvårdtid. Det går att se en svag minskning i medelvårdtiden för jämförelseperioderna, men eftersom referensavdelningen följt samma mönster kan vi inte säga säkert att det beror på interventionen. Med tanke på att vintern 2012-2013 haft ett högre inflöde än mätperioden före (Samtal med Magnus Karlsson, 2013-06-03), så skulle det dock kunna ses som en effektivitetsökning även om medelvårdtiden hade varit konstant. Som vi förklarat tidigare så tar inte måttet hänsyn till hur stort inflödet och kapaciteten varit under månaden. För att kunna se om personalens effektivitet ökat vill vi därför istället använda oss av vårt mått för potentiell produktionstakt. Detta mått visar att personalen ökat sin effektivitet med 2,87 % efter införandet om man jämför med motsvarande period året innan. Detta ihop med enkätcommentarerna tyder starkt på att arbetssättet kan ha blivit effektivare efter åtgärden, även om andra orsaker till ökningen inte kan uteslutas. När det gäller beläggningsgraden upplever personalen sammanfattningsvis ingen förändring i och med interventionens införande. Ur våra mätningar ser vi inte någon brytpunkt vid införandet och inte heller går det att urskilja något ur jämförelseperioden då både avdelning 230 och 231 följt samma mönster.

Avd. 231

Vi har möjlighet att se effekter av interventionen utifrån enkäten som delades ut på avdelningen. Flertalet respondenter upplever att interventionen bidragit till en snabbare utskrivning, alltså en minskning i medelvårdtid. Detta skulle kunna stämma då avdelning 231 haft något lägre medelvårdtid under jämförelseperioderna än avdelning 230. Ser vi till hur personalen upplever att interventionen bidragit till att sänka beläggningsgraden så anser en övervägande del att beläggningsgraden minskat i och med införandet. Även i beläggningsgrad ligger avdelning 231 en aning under avdelning 230 om vi ser på jämförelseperioden, vilket skulle kunna tyda på att interventionen bidragit till en minskad beläggningsgrad. När vi mäter samma före och efter -period för avd. 231 med vårt mått för potentiell produktionstakt ser vi en minskning i effektivitet med 3,58 % vilket är ett motsatt resultat jämfört med avd. 230. Eftersom åtgärden var i bruk under båda mätperioderna säger det inget om själva åtgärden men det styrker att åtgärden haft avsedd effekt på avd.

230. Att också personalen på avd.231 upplever att åtgärden haft avsedd effekt där, styrker ytterligare resultaten för avd 230.

9.2.3 Parvård

Personalkostnad per vårdplatsdygn

Ett intressant mått för att beräkna ett ekonomiskt utfall för parvården är personalkostnad per vårdplats, detta eftersom en lägre bemanning per vecka borde kunna ge en minskning i kostnad per vårdplats. Eftersom antalet vårdplatser skiljer sig mellan månaderna så blir den totala personalkostnaden per månad inte ett rättvisande mått. Vi ser att denna kostnad minskat med 19 kr per vårdplats efter interventionens införande, detta skulle motsvara 15 960 kr för hela avdelningen per månad förutsatt att 28 vårdplatser hålls öppna månaden igenom samt ett antagande om att en månad innehåller 30 dagar. Detta för att rättvist kunna jämföra olika månader mot varandra.

Analys av mätetalet Potentiell produktionstakt

Se samma rubrik i analysen av läkarnas schemaläggning. Resultatet av mätetalet kan ha koppling till både parvården och läkarnas schemaläggning. Därför analyseras de i samma stycke.

Analys av enkätkommentarer

Avd. 230

Fråga 12 "Vad anser du om själva åtgärden?"

En av kommentarerna var från en undersköterska som menar att det handlar om kommunikation och vem man arbetar med, men att åtgärden under dessa förutsättningar är bra. De två övriga som kommenterade frågan var båda sjuksköterskor. Båda dessa ogillade åtgärden. De upplever att de fått en utökad arbetsbelastning med mer dokumentationsarbete och utökade arbetssysslor som egentligen hör till undersköterskornas arbete. Detta ökar på stressen och det uppstår slitningar mellan arbetssysslorna som sjuksköterska. De upplever annars att tanken med närmre patientkontakt är bra och att parvården fungerar något bättre nu än i början. Den ena tycker dock att det på ett sätt var mer patientsäkert på det förra sättet.

Arbetsmiljö

Analys av slutna enkätfrågor

Avd. 230

Här ställde vi samma frågor som för läkaråtgärden då de hade samma mål. På fråga 10 (Stressnivå) upplevde 67 % att den hade ökat på grund av åtgärden 11 % upplevde en minskning och 22 % svarade "Ingen förändring". På frågan om arbetsbelastning svarade 11 % "Ingen förändring" medan resterande hade angett en ökning med 4 eller 5 på den femgradiga skalan. De flesta respondenter ansåg alltså att åtgärden har bidragit till mer stress och en hög ökning av arbetsbelastning. På fråga 12 (Vad anser du om åtgärden?) svarade sammanlagt 44 % "Dålig" eller "Mycket dålig". Endast 22 % svarade "Bra" medan resterande svarade "Ingen åsikt". Det tycks alltså vara en övervägande andel som ogillar åtgärden. Även här får vi vara försiktiga med slutsatser med tanke på svarsfrekvensen, men från de kommentarer vi fick på fråga 12 (Vad anser du om åtgärden?) så kunde vi se att båda de som var sjuksköterskor säger sig ha fått mer arbetsuppgifter och dokumentationsarbete som de inte tycker hör till deras roll. Detta menar de gör att deras huvudsakliga uppgifter blir lidande. En undersköterska kommenterade på frågan och denne ansåg att det är olika beroende på vem man jobbar med och att kommunikationen är grundläggande för att det ska fungera. Med de förutsättningarna ansåg denne dock att åtgärden är bra. Det verkar alltså som att åtgärden ur ett medarbetarperspektiv kan ha försämrat arbetsmiljön genom att öka arbetsbelastning och stress. Med så få kommentarer vet vi inte om detta talar för hela avdelningen eller om det bara är sjuksköterskorna som upplever utökade arbetsuppgifter. Är det så kan det förstås försvåra kommunikationen mellan sjuksköterskor och undersköterskor. Något som i så fall skulle kunna motverka meningen med åtgärden.

Arbetsmiljö

Analys av slutna enkätfrågor

Avd.231

Här är frågorna desamma som för läkaråtgärden och söker samma svar. På fråga 13 (*Åtgärden bidragit till snabbare utskrivning?*) har en av respondenterna valt att inte svara, därför får vi här en lägre svarsfrekvens på 29 %. Av de som besvarat har 25 % svarat "Inte alls" medan 75 % har svarat i princip jämnt fördelat mellan 2 eller 3 på den femgradiga skalan där 3 står för "Delvis". På fråga 14 (*Hur har kontinuiteten påverkats?*) har 56 % svarat "Ingen förändring". 11 % har

svarat "Lite bättre" och 33 % "Lite sämre". På fråga 15 (*Åtgärden har bidragit till att sänka beläggningen?*) har en av respondenterna valt att inte svara, därför får vi här en lägre svarsfrekvens på 29 %. Av de som besvarat har 25 % svarat "Inte alls". 25 % har svarat 2 på den femgradiga skalan medan 75 % har svarat 3 "Delvis". Det verkar alltså inte som att så många av respondenterna tycker att åtgärden gör det särskilt mycket bättre ur ett patientperspektiv, i alla fall inte på de punkter vi mäter. Vi får främst se till kommentarerna vad det kan bero på. Av kommentarerna ser vi att arbetsbelastning och stress verkar ha ökat med åtgärden. Sjuksköterskorna upplever att de inte hinner med sina huvudsysslor när de får utökade arbetsuppgifter. Om de känner en sådan press så kan det påverka relationen med undersköterskorna och kommunikationen blir lidande. Vem man arbetar med tycks också spela roll för kommunikationen som är ju en viktig del i åtgärden. När det gäller att få patienter utskrivna snabbare så kan det vara så att andra faktorer bromsar den effekt som parvård möjligen har. T.ex kanske information om patienter delas bättre mellan sjuksköterskor och undersköterskor av åtgärden. Det kan i så fall leda till att deras behandling löper smidigare och lättare behandlingsåtgärder blir klara snabbare. Utskrivning kan trots det dröja om en läkare som kan ta beslut om utskrivning inte alltid är där.

Sammanfattning av analysen för parvård

Jämför vi personalens åsikter med de mätningar vi gjort ur beläggningsdata stämmer de överens, vi kan inte styrka att åtgärden enskilt bidragit till en snabbare genomloppstid eller en lägre beläggning. Beläggningen har minskat, men så även på referensavdelning 231 som inte infört åtgärden, varför andra orsaker är troliga. Vårt mått potentiell produktionstakt visar på en förbättring i effektivitet. Detta skulle kunna bero på parvården men även på åtgärden *läkarnas schemaläggning* eller andra orsaker. Mätningar under en längre period efter införandet bör kunna ge bättre indikationer på parvårdens påverkan. Personalkostnaden per vårdplats har minskat. Den borde dock ha minskat mer om man ser till att det totalt ska vara två färre personalresurser per vecka i och med parvården. Det kan vara så att extrapersonal och dubbelpass som tillkommit p.g.a. att man inte varit konsekvent med åtgärden stängda vårdplatser, gjort att personalkostnaden inte minskat så mycket om man kan förvänta sig. Detta trots att parvården är införd till fullo.

10. Slutsats

I det här kapitlet presenterar vi de slutsatser vi kommit fram till genom analysen. Upplägget följer mallen i kapitlet "Utveckling av analysmodell". En sammanfattning av slutsatserna för alla tre åtgärden visas i en tabell sist i kapitlet.

10.1 Stängda vårdplatser

Arbetsmiljö

Den största andelen respondenter angav i enkäten att stressnivån och arbetsbelastningen har ökat i och med åtgärden. Detta verkar enligt kommentarerna bero på att man inte har kunnat vara konsekvent med att hålla dem stängda, vilket gör att personalen ofta tvingas till dubbelpass. En fördel var att det blir färre helpass för personalen när de väl lyckas hålla platserna stängda. Detta kan vara förklaringen till personalens övervägande goda inställning till åtgärden generellt sett.

Ekonomiskt perspektiv

Då vi jämförde november 2012 som var den enda månad man lyckats stänga vårdplatserna på helgen med april 2011 då samtliga vårdplatser varit öppna, ser vi ingen minskning av personalkostnader, utan snarare en ökning. Det är uppenbart att man inte lyckats vara konsekvent med nedstängningarna. Med stöd i enkäten blir slutsatsen att den kostnadsbesparing som uppstår när avdelningen stänger platser på helger, jämnas ut eller ökar av att avdelningen tvingas betala övertidsersättningar samt ta in extrapersonal när platserna ändå får öppnas upp akut.

Sammanfattad slutsats för stängda vårdplatser

Stängning av vårdplatser har enbart införts till 86 % under vår mätperiod. Vi har inte kunnat se någon effekt avseende personalkostnadsminskning för denna åtgärd. Detta kan bero på att det tar tid att genomföra personalomställningar och därmed tid innan en eventuell kostnadsminskning får genomslag. Dessutom medför tillsvidareanställd personal en kostnad som inte direkt påverkas av att vårdplatser stängs tillfälligt. Direkt besparing kan dock ske genom att undvika att ta in vikarier och extrapersonal. Med utgångspunkt i vår relativt korta mätperiod kan vi inte se att en 100 % implementering skulle ha medfört någon större skillnad i resultatet, men med en längre mätperiod är det möjligt att personalomställningar hinner få genomslag på kostnaden och därmed ett mer ett annat resultat. Att införa åtgärden till 100 % verkar inte vara möjligt i nuläget. Detta då avdelningen, p.g.a. vårdplatsbrist tvingats hålla platser öppna som egentligen skulle vara

stängda. Enkätdata indikerar att stress och arbetsbelastning har ökat i och med åtgärden. Däremot finns det positiva åsikter gällande färre helgpass.

10.2 Läkarnas schemaläggning

Arbetsmiljö

På avdelning 230 tyder enkätsvaren på att de flesta inte upplever någon skillnad i arbetsbelastning eller stress. På åtgärden som helhet har sammanlagt 56 % uppgett bra eller mycket bra. Personalen upplever en förbättring i kontakten med läkarna och att ronderna inte avbryts lika ofta vilket underlättar personalens planering. De verkar dock ha förväntningar på att överläkare alltid skall finnas till hands på avdelningen för att kunna ta avgörande beslut. Överläkare skall dock enligt verksamhetschefen inte vara på plats 100 % av tiden utan de har även ett flertal andra ansvarsområden såsom operation och mottagning. Här kan det finnas en brist i informationen till personalen om de exakta målen med interventionen. Ibland verkar det även vara så att avdelningsläkarna byts ut flera gånger under veckan vilket orsakar avbrott i kontinuiteten. På avdelning 231 ser det ut som att personalen upplever en minskning i stressnivå medan arbetsbelastningen är oförändrad. Sammanlagt 64 procent tyckte att åtgärden i sig var bra eller mycket bra, alltså en lite högre siffra än på avdelning 230. Att personalen tycker bättre om åtgärden på avdelning 231 kan bero på att den varit i bruk under en längre tid och man är mer van vid arbetssättet.

Vårdkvalitet

En stor majoritet på avdelning 230 ansåg att interventionen, i viss eller större omfattning har gjort att patienter skrivs ut snabbare. På frågan om kontinuiteten tyckte ungefär lika många att den blivit bättre som sämre. Detta beror förmodligen på att det ofta händer att avdelningsläkarna byts ut under veckan. Troligtvis gör den tydligare ansvarsfördelningen för läkarna att beslut gällande viktiga medicinska åtgärder och utskrivning kan tas snabbare. På avdelning 231 verkar det också vara en tydlig uppfattning bland personalen att utskrivningarna går snabbare tack vare åtgärden. Gällande kontinuiteten upplever majoriteten en förbättring vilket skulle kunna bero på att de på avd. 231 haft längre tid på sig att anpassa sig till förändringen. Det verkar på det stora taget som att patienternas vårdkvalitet har ökat med hjälp av åtgärden.

Sammanfattad slutsats för läkarnas schemaläggning

Personalens effektivitet på avdelning 230 har enligt vårt mått för potentiell produktionstakt ökat i och med interventionen med 2,87 %. För samma period har effektiviteten på avdelning 231 (där interventionen var i bruk under båda mätperioderna), minskat med 3,58 %. Detta tyder starkt på att interventionen har bidragit till en effektivitetsökning. Då avdelningarna normalt följer varandra i utveckling på både medelvårdtid och beläggning är denna skillnad extra anmärkningsvärd. Ökningen i effektivitet kan låta låg, men då avdelningen har effektiviseringskrav på mellan två och tre procent per år innebär det att man uppnått målet. Vi kan dock inte med säkerhet utsluta andra orsaker till ökningen, t.ex. färre patienter med svårare diagnoser. Att en förbättring skett stöds även i enkätsvaren, något som ytterligare talar för att åtgärden har gett önskad effekt. Här föreslår vi att fortsätta mäta löpande med hjälp av vårt effektivitetsmått "*potentiell produktionstakt*" för att kunna se om effekten håller i sig över tid. Måttet kan kopplas till Sahlgrenskas balanserade styrkort och då till perspektiven process samt patientperspektivet. För processperspektivet gäller att vården är tillgänglig och fri från köer vilket gynnas av en snabbare omsättning av patienter. Processerna skall även vara effektiva och följas upp kontinuerligt. Ur ett patientperspektiv innebär en snabbare behandlingstid att åtgärder i behandlingen beslutats och genomförts med mindre väntetid mellan olika åtgärder vilket innebär säkrare vård. Personalen på avdelningen tycks ha en uppfattning om att överläkare alltid skall finnas på plats för att ta större beslut som utskrivningar. Detta är inte tanken med åtgärden varför det verkar finnas en brist i hur man informerat om åtgärden till personalen.

10.3 Parvård

Arbetsmiljö

Vi ser i enkäten att en stor majoritet av personalen upplever att införandet lett till en ökad stressnivå och arbetsbelastning. Det ser ut som att denna ökning beror på utökade arbetsuppgifter hos sjuksköterskorna, nu får de ansvara för ytterligare uppgifter som utfördes av undersköterskorna innan införandet. Enligt enkäten är den sammantagna åsikten om åtgärden övervägande negativ men även här får vi ha svarsfrekvensen i åtanke.

Vårdkvalitet

Med enkäten till grund kan vi inte visa på att patienten fått en bättre tillvaro på avdelningen, snarare skulle den stress och arbetsbelastning personalen upplever kunna bidra till en försämrad vårdkvalitet. Personalen tror däremot att åtgärden till viss del bidragit till snabbare utskrivning vilket gynnar patienterna.

Sammanfattad slutsats för parvård

För att kunna se om interventionen gett någon effekt på personalkostnaderna har vi använt oss av en uträkning som visar på personalkostnad per vårdplatsdygn. När vi ser på våra jämförelseperioder ser vi att personalkostnaden per vårdplatsdygn minskat med 19 kr. Om vi gör antaganden om att en månad består av 30 dagar samt att avdelningen konstant har 28 vårdplatser öppna visar det på en minskning för hela avdelningen med 15 960 kr per månad. Eftersom parvården teoretiskt sett leder till en sammanlagd minskning av två anställda per vecka finns det en möjlighet att kostnadsminskningen beror på detta. Denna kostnadsminskning borde i så fall vara högre men det kan vara så att övertid och extrapersonal i samband med bristande kontinuitet i åtgärden stängda vårdplatser, har ökat på andra personalkostnader.

Effektivitetsökningen som vi kunde se med vårt mått potentiell produktionstakt skulle även kunna bero på denna intervention då den har samma mål som läkarnas schemaläggning. Enkät-svaren stödjer detta till viss del då personalen upplever att åtgärden har bidragit något till snabbare utskrivning.

För att fortsättningsvis göra löpande mätningar av parvårdens ekonomiska resultat föreslår vi att måttet personalkostnader per vårdplatsdygn används. Det kan inte exakt knytas till åtgärden men då personalkostnader är den största kostnaden för ett vårdplatsdygn så relaterar måttet till exempelvis förändringar i personalstruktur. Man bör dock väga in användning av extrapersonal och övertidstillfällen i analys av måttet. Måttet kan också kopplas till Sahlgrenskas balanserade styrkort och då främst i det ekonomiska perspektivet som syftar till en ekonomi i balans. Samtidigt skulle det vara lokalt användbart vid avdelningar där effektivitetsarbete inriktat mot kostnadsbesparingar genomförts. Vilket måltal som kan vara rimligt för måttet anser vi bör fastställas av användaren.

10.4 Svar på frågeställningar

Har införda åtgärder på vårdavdelningarna gett önskad effekt? I så fall i vilken utsträckning?

Stängda vårdplatser

Vi kan inte styrka att denna åtgärd har haft avsedd effekt.

Läkarnas schemaläggning

Det finns mycket som tyder på att denna åtgärd kan ha bidragit till ett mer effektivt arbetssätt även om vi inte helt kan utesluta möjligheten att uppmätt effekt kan bero på andra orsaker.

Parvård

Ekonomiskt sett visar vår mätning att personalkostnaden per vårdplatsdygn är något lägre efter införandet men ett flertal osäkerhetsfaktorer gör att resultatet inte med säkerhet kan kopplas ihop med åtgärden.

Med avseende på en mer effektiv arbetsprocess så har vi mätt på samma sätt som för läkarnas schemaläggning där vi uppmätt en ökning i effektivitet. Om den beror på läkarnas schemaläggning eller parvården kan vi inte säkert säga. Med enkätsvaren som stöd tror vi dock att läkarnas schemaläggning är den åtgärd av dessa två som har gett störst effekt. Detta förutsatt att resultatet inte beror på andra faktorer, något som vi inte kan utesluta.

Finns det befintliga metoder som kan tillämpas för att utvärdera lokala omorganiseringar på en ortopedisk sjukvårdsavdelning i offentlig sektor?

Vi finner de metoder vi har använt som tillämpbara i detta sammanhang. En viss anpassning tror vi krävs för varje särskild utvärderingssituation.

Vilka prestationsmått kan användas för att utvärdera effektivitetsarbete på en vårdavdelning?

Vi föreslår att vid framtida utvärderingar samt för löpande kontroll av interventionernas resultat borde följande mått användas:

- Vårt situationsanpassade effektivitetsmått *potentiell produktionstakt*
- Vårt kostnadsbaserade mått *personalkostnad per vårdplatsdygn*

10.5 Sammanställning

Resultat	Stängda vårdplatser	Läkarnas schemaläggning	Parvård
Införd till:	86 %	Till fullo, men med bristen att kontinuiteten bryts delvis då avdelningsläkarna ibland byts ut under veckan.	100 %
Medarbetarperspektiv	Positivt: Färre helgpass Negativt: Ökad arbetsbelastning och upplevd stressnivå.	Ingen förändring i arbetsmiljö och stressnivå. Positivt: Förbättrad kontakt med läkare, bättre rondning och planering.	Negativt: Ökad arbetsbelastning och upplevd stressnivå.
Patientperspektiv	-	Positivt: Ökad patientgenomströmning och ökad vårdkvalitet. Ökad effektivitet med 2,87 % som med stor säkerhet beror på att åtgärden innebär ett effektivare arbetssätt. Dock kan det inte med 100 % säkerhet sägas ifall effektivitetsökningen beror på denna åtgärd, på parvårdsåtgärden, en kombination av dessa, eller av andra orsaker.	Positivt: Personalen upplever att åtgärden har lett till snabbare utskrivning. Ökad effektivitet uppmätt med 2,87 % hos personalen. Dock inte säkerställt om effektivitetsökningen beror på denna åtgärd, på läkarnas schemaläggning, en kombination av dessa, eller av andra orsaker.
Ekonomiskt perspektiv	Ingen minskning av personalkostnader.	-	En minskning med 15960 kr/mån vid 28 öppna vårdplatser. (OBS! Siffran är baserad på måttet personalkostnad per vårdplats och inte på totala personalkostnaden).

Stängning av vårdplatser har enbart införts till 86 % under vår mätperiod. Vi har inte kunnat se någon effekt avseende personalkostnadsminskning för denna åtgärd. Detta kan bero på att det tar tid att genomföra personalomställningar och därmed tid innan en eventuell kostnadsminskning får genomslag. Dessutom medför tillsvidareanställd personal en kostnad som inte direkt påverkas

av att vårdplatser stängs tillfälligt. Direkt besparing kan dock ske genom att undvika att ta in vikarier och extrapersonal. Med utgångspunkt i vår mätperiod kan vi inte se att en 100 % implementering skulle ha medfört någon större skillnad i resultatet, men med en längre mätperiod är det möjligt att personalomställningar hinner få genomslag på kostnaden och därmed ett mer ett annat resultat. Att införa åtgärden till 100 % verkar inte vara möjligt i nuläget. Detta då avdelningen, p.g.a. vårdplatsbrist tvingats hålla platser öppna som egentligen skulle vara stängda. De resterande två åtgärderna är införda till 100 % men skulle kunna ge ett annat resultat med en längre mätperiod.

11. Vidare forskning

I det här kapitlet följer ett antal faktorer som vi funnit intressanta men ej kunnat ta med i vår rapport på grund av tidsbrist, samt att metod för att ta fram relevant data har saknats.

En faktor värd att undersöka är ifall kostnader som försvinner i och med att platser stängs ned på helger kanske bara förskjuts till andra helger då man tvingas att öppna upp platser med dyr extrapersonal som följd. Vidare tycker vi att det skulle vara intressant att ta fram vissa medicinska indikatorer som mäter vårdkvalitet. Ett exempel på detta skulle kunna vara antal infektioner som uppstått under vårdtiden eller antal återbesök. Ett annat förslag är att undersöka om det är samma läkare som tar emot och skriver ut patienten. Detta för att vi anser att det skapar en trygghet och visar på bättre planering om en och samma läkare följer patientens tid på avdelningen.

12. Källförteckning

Ackerby Stefan. (2005). Kommer vi att ha råd med sjukvården? Sveriges kommuner och länning, åttio.45, Stockholm

Ahmad A, Ptirewal T, Sharma D et al. (2011).

The impact of twice-daily consultant ward rounds on the length of stay in two general medical wards. *Clinical Medicine*. 11, 6, 524-528.

Allen M, Cooke M, Thornton S.

(2010). *Simulation of Patient Flows in A&F and Elective Surgery*. University Hospitals Coventry and Warwickshire NHS Trust, Coventry.

Ax, C, Johansson, C & Kulvén, H. (2009). *Den nya ekonomistyrningen*. Malmö: Liber AB, Upplaga 4:3.

The National Institute of Standards and Technology (2012) Baldrige Performance Excellence Program

http://www.nist.gov/baldrige/enter/health_care.cfm, hämtad [2013-05-26]

Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin B D, Lilford R J. (2008). An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualising and developing interventions, *Qual Saf Health Care*. Jun;17(3):158-62.

Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin B D, Lilford R J. (2008). An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 2. Study design. *Qual Saf Health Care* 2008;17:163–169.

Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin B D, Lilford R J. (2008). An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 3. End points and measurement, *Qual Saf Health Care*. Jun;17(3):170-7

Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin B D, Lilford R J. (2008). An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 4. One size does not fit all, *Qual Saf Health Care*. Jun;17(3):178-81

Bryman, A , Bell, E. (2005). *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Liber, upplaga 1:2

Cook Thomas D, Reichardt Charles S (1979). *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*, SAGE Publications

Dahmström, Karin. (2005), *Från datainsamling till rapport*, Studentlitteratur. Upplaga 4.

Emeny, R, & Connolly, V. (2013). Improved patient pathways can prevent overcrowding, *Emergency Nurse*, 20, 10, pp. 20-24,

Gregory, D, Baigelman, W, Wilson, Ira B (2003). Hospital Economics of the Hospitalist, *Health Services Research*. June; 38(3): 905–918.

Hall, MF. (2008). Looking to improve financial results? start by listening to patients, *Hfm (Healthcare Financial Management)*, 62, 10, pp. 76-80, Business Source Premier, EBSCOhost, viewed 26 May 2013.

Henriks, G, Bardon, R, Hansson U. (2007): *Bästa möjliga varje gång, Professionell kunskap och förbättringskunskap -broar till bättre vård*, Qulturum, Landstinget i Jönköpings län, ISBN 91-976015 35

Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. (2007). The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med* 2007; 35:76–81

Kaplan, R. & Norton, D. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press

Kaplan, R. & Norton, D. (2001). Balance without profit. *Financial Management*. January:p23

Karolinska institutet (2010). John Övretveit
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=25350> [2013-04-20]

Karolinska institutet (2011). John Övretveit
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=36440&a=89578&cid=36444&l=en> [2013-04-20]

Kilmann, Ralph H, Herden, Richard P. (1976). Towards A Systemic Methodology for Evaluating the Impact of Interventions on Organizational Effectiveness, *The Academy of Management Review*, Vol. 1, No. 3 (Jul., 1976), pp. 87-98

Nationalencyklopedin (2013). Interventionsundersökning.
http://www.ne.se/interventionsunders%C3%B6kning?i_h_word=intervention [2013-05-06]

Norbäck, L E, Targama A. (2009) *Det komplexa sjukhuset*, Studentlitteratur AB, upplaga 1:1

McGowan B, Nightingale, M. (2003). The hospitalist program: A new specialty on the horizon in acute care medicine A hospital case study, *BC Medical Journal* Issue: BCMJ, Vol. 45, No. 8, October 2003, page(s) 391-394

Meyer, Carina, 2013-05-29, Intervju

Ogrinc, G, Neily, J, Nelson, W, Pronovost, PJ, Provost, L, Rubenstein, LV, Speroff, T, Splaine, M, Thomson, R, Tomolo, AM, Watts, B, Mooney, SE, Estrada, C, Foster, T, Goldmann, D, Hall, LW, Huizinga, MM, Liu, SK, Mills, P. (2008). The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration, *Qual Saf Health Care* 2008 17: i13-i32

Sahlgrenska sjukhuset (2011) Årsredovisning 2010

<http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/arsredovisning/SU-Arsredovisning-2010.pdf?epslanguage=sv> [2013-04-15]

Sahlgrenska universitetssjukhuset. (u.å) verksamhetsbeskrivning [internt dokument]

Sahlgrenska universitetssjukhuset, balanserat styrkort 2013 [internt dokument]

Segesten, Karin, (1997). *The dream team, Bemanning och arbetsmodeller på vårdavdelning*, Socialstyrelsen, LTAB Linköping

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut
(Spri) (1989) *Rondsystem, gruppvård, parvård -personalkonsekvenser*, Spri rapport 272

Socialstyrelsen (2005) Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg
(http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9963/2005-110-7_20051107_webb.pdf) [2013-04-15]

Sveriges kommuner och landsting (2013) Överbeläggningar i vården
http://www.skl.se/press/nyheter_2/en-ny-bild-av-overbelaggnings-i-varden

Sveriges Kommuner och Landsting (u.å)
<http://www.vantetider.se/foerbaettringsarbete/kunskapsbank/nyheter/nio-av-tio-faar-vaard-i-tid-1>
[2013-04-08]

Västra götalandregionen (u.å)
<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/framtidens%20sjukv%E5rd%202011/M%E5ldokument%20slutversion%20111128.pdf> [Hämtad 2013-04-16]

Västra götalandregionen (2011)
Internt dokument, Vårdplatssituationen inom VGR, McKinseyrapport sep. 2011.

Vårdförbundet (2013)

<https://www.vardforbundet.se/Agenda/Aktuellt/Bra-men-i-elfte-timmen-SKL/#allComments>

(Hämtad 2013-04-16)

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C (2006) *Evidensbaserad omvårdnad*, Studentlitteratur AB, 2:a upplagan

Yin, Robert K. (2009) . *Case study research: design and methods*. SAGE

Övretveit John. (2001) *Metoder för utvärdering av hälso och sjukvård och organisationsförändringar*, upplaga 1:4, Studentlitteratur, Lund

Bilaga 1 - Val av uppläggnig

Övretveit (2001) rekommenderar att man svarar på ett antal frågor som han har formulerat för att kunna vägleda utvärderaren i sitt val av uppläggnig. (Övretveits 2001, s74)

Vi har hämtat frågorna som följer oförändrade från Övretveits guide, samt svarat på dessa för att lättare kunna välja det bästa möjliga upplägget för vår utvärdering:

a) *I vilken utsträckning kan man kontrollera intervention och störfaktorer?*

Svar: Eftersom vi som utvärderare kom in i processen efter det att interventionen påbörjats har vi ingen möjlighet eller för avsikt att kontrollera någon del av varken intervention eller störfaktorer. I den mån det är möjligt kommer vi däremot att isolera och exkludera identifierade störfaktorer genom selektering av insamlad data.

b) *Kan du beskriva och specificera interventionen? (Om inte, får man använda sig av den deskriptiva uppläggnigen enligt modell 1.)*

Svar: Vi upplever att alla tre interventionerna är relativt lättspecificerade och konkreta med tydliga gränser. Vårdenhetschefen har beskrivit dem för oss på ett sätt som gör det tydligt vad de innebär. Därmed utesluter vi den deskriptiva uppläggnigen.

c) *Kan du jämföra intentionerna bakom programmet eller reformen med vad som faktiskt gjordes? Är operationella mål och rutiner specificerade? (I så fall kan en uppläggnig enligt modell 2 vara möjlig)*

Svar: Vi har en tydlig beskrivning av de avsedda målen för respektive intervention. Uppläggnig enligt modell 2 kan trots detta uteslutas då det i beskrivningen av modell 2 hänvisas till en uppläggnig enligt modell 3 i de fall som målen är uttryckta i resultatetermer (t. ex minskning av kostnader). Målen med interventionerna är i vårt fall formulerade precis på detta sätt, vilket antyder att ett upplägg enligt modell 3 (s.k. resultatutvärdering) kan vara lämpligt.

d) Kan du jämföra målgruppen före och efter interventionen (modell 3)?

Svar: Vi har tillgång till data från tiden före interventionen fram tills dess att vår utvärdering påbörjas. Detta gör att vi kan jämföra resultat gällande perioder före och under interventionen.

e) Kan du ställa interventionen mot något jämförelsematerial (ingen intervention eller liknande; modell 4)?

Svar: Tanken med modell 4 är att man skall jämföra två olika interventioner. Vi har en referensavdelning (231) där endast en del av interventionen införts. Vi anser det ej lämpligt att använda oss av modell fyra då vi endast har en unik intervention att utvärdera.

f) Kan du jämföra interventionen med placebo och randomisera (för bättre kontroll; modell 5)?

Svar: Ej aktuellt då vi utvärderar en organisatorisk förändring.

g) Kan du jämföra före och efter för den direkta målgruppen (modell 6a)?

Svar:

Stängda vårdplatser, den direkta målgruppen är vårdplatser.

Läkarnas schemaläggning, den direkta målgruppen är läkarna.

Parvård, den direkta målgruppen är sjuksköterskor och undersköterskor.

Direkta målgruppen för samtliga interventioner kan jämföras före och efter, vilket innebär att modell 6a kan vara aktuell

h) Kan du jämföra före och efter för den slutliga målgruppen (modell 6b)?

Svar:

För stängda vårdplatser kan vi jämföra den slutliga målgruppen (kostnader) före och efter.

För läkarnas schemaläggning och parvård kan vi mäta före och efter för den slutliga målgruppen (patienter). Detta mäts i termer av medelvårddygn, omsättningshastighet.

Bilaga 2 – Resultat av enkätdata för åtgärden *Stängda vårdplatser*

Arbetsmiljö



Figur 10, enkätsvar ang. stressnivå

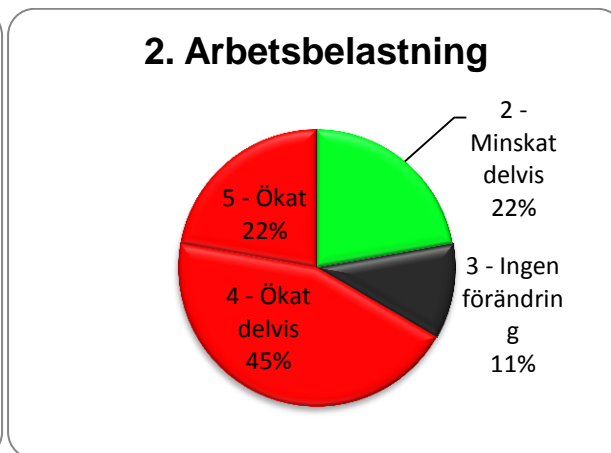


Fig 11, enkätsvar ang. arbetsbelastning

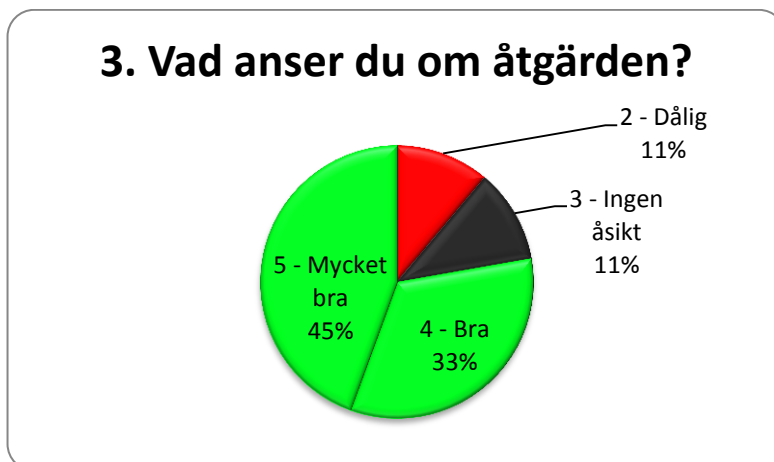


Fig 12, Enkätsvar om åtgärden.

Kommentarer från enkäten:

6 st. av respondenterna valde att kommentera sitt svar på fråga 3; ”Vad anser du om själva åtgärden?”

Det var 4 av dessa som hade svarat ”Bra” eller ”Mycket bra”. Av dessa har 3 st. gett kommentarer som antyder att åtgärden är bra, men under vissa förutsättningar. Deras kommentarer följer nedan:

Nr 3 SSK: ”Åtgärden är bra men ibland har det ej gått att stänga beroende på att patienter ej kunnat skrivas ut samt stort inflöde. Personal får då gå dubbelpass eftersom det inte finns någon att ta in. Detta är inte bra.”

Nr 5 USK: ”Vill till att arbeta med rätt personal.”

Nr 7 USK: ”Åtgärden är bra men allt beror ju på vårddyngden”

Den resterande respondenten hade gett en kommentar som lyfte fram en fördel med åtgärden.

Nr 4 SSK: ”Vi kan jobba färre helger. Istället för varannan helg kan vi jobba 2 helger på 5 veckor.”

En av de övriga två respondenterna hade svarat ”Dålig”. Dennes kommentar följer nedan:

Nr 6 SSK: ”Det är inte alltid att beläggningen kan hållas nere på helgen och därmed ökar arbetsbelastningen”

Den sista respondenten hade svarat "Ingen åsikt". Dennes kommentar följer nedan:

Nr 1 USK: *"För det mesta måste vi ändå öppna upp fler platser p.g.a. platsbrist vilket innebär merarbete och personalbrist. Eftersom alla vet att det blir så här, kan man lika gärna låta bli att dra igång dessa åtgärder."*

Bilaga 3 - Resultat av enkätdata för åtgärden *Läkarnas schemaläggning* Avdelning 230

Enkät svar:

Arbetsmiljö



Fig 13, stress

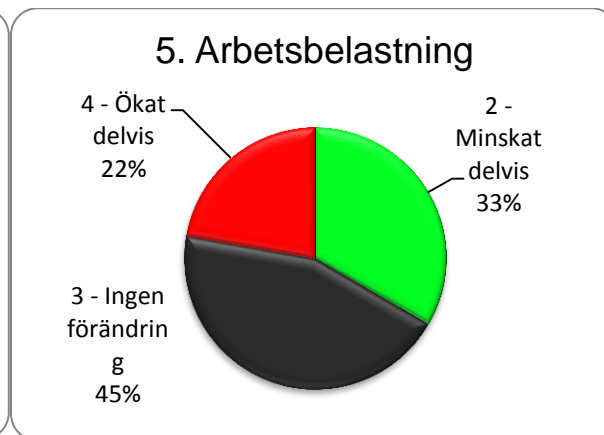


Fig 14, arbetsbelastning



Fig 15, vad anser du om åtgärden?

Vårdkvalitet

7. Åtgärden har bidragit till snabbare utskrivning?

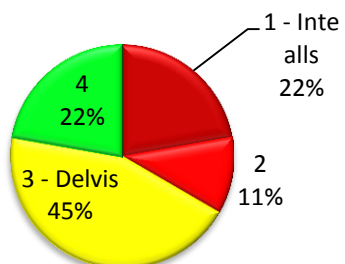


Fig 16, snabbare utskrivning

8. Hur har kontinuiteten påverkats?

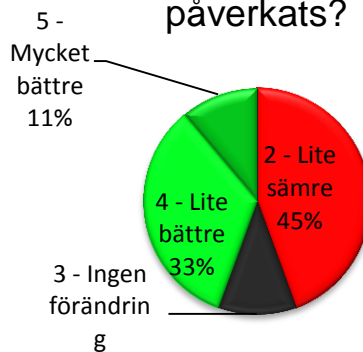


Fig 17, kontinuitet

9. Åtgärden har bidragit till att sänka beläggningen?

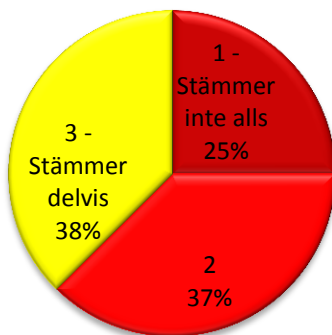


Fig 18, beläggning

Kommentarer från enkäten

5 st. av respondenterna valde att kommentera sitt svar på fråga 6; ”Vad anser du om själva åtgärden?”

Det var 2 av dessa som svarat ”Bra” Deras kommentarer följer nedan:

Nr 4 SSK: *”Det fungerar något bättre än innan. Förr kunde Dr. komma och ronda 2pat för att sedan försvinna till operation några timmar för att sedan ronda färdigt. Vissa dagar blev man aldrig färdigrondad! I dagsläget är det negativa att vi ibland rondar med ick-especialister som inte kan ta några egna beslut vilket gör att du ändå inte får rondat ordentligt.”*

Nr 6 SSK: *”En bättre och närmare kontakt med läkaren som rondar” Bättre information av läkare till patienten.”*

Två av de andra respondenterna hade svarat ”Dåligt” samt ”Mycket dåligt”. Deras kommentarer följer nedan:

Nr 3 SSK: *”Ronder på helger fungerar inte bra. Ibland blir det inte rondat innan fm passet är över.”*

Nr 5 USK: *”Senare rond, vet aldrig när rondande läkare kommer, fördröjning av inspektion av sår (såromläggning), pat ligger kvar längre/senare vid hemgång.”*

Den sista respondenten hade svarat ”Ingen åsikt”. Dennes kommentar följer nedan:

Nr 1 USK: *”Man trodde det skulle bli bättre kontinuitet och bättre för patienterna, men tyvärr verkar det inte blivit så”*

Läkarnas schemaläggning

Avd. 231

Arbetsmiljö



Fig 19,

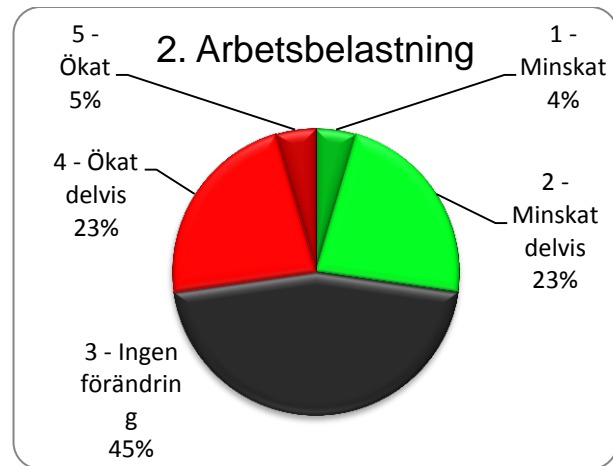


Fig 20,

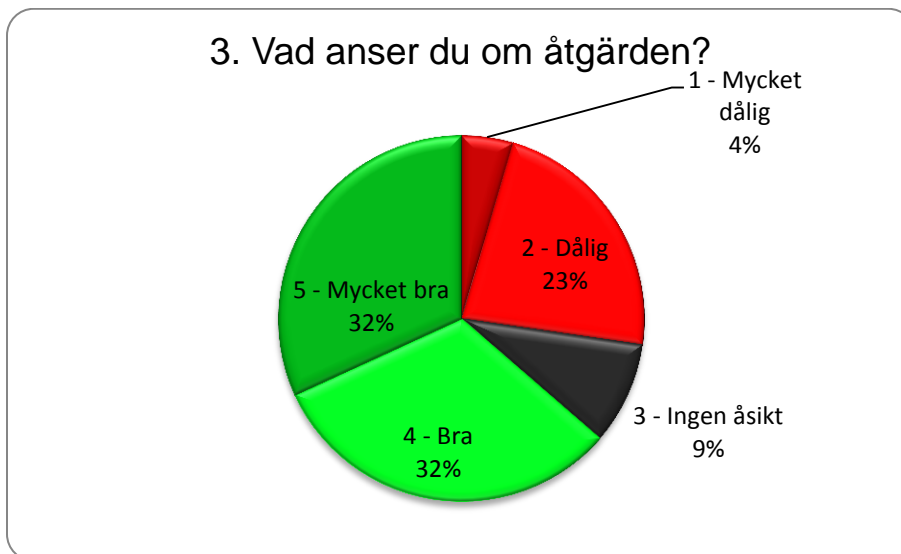


Fig 21,

Vårdkvalitet

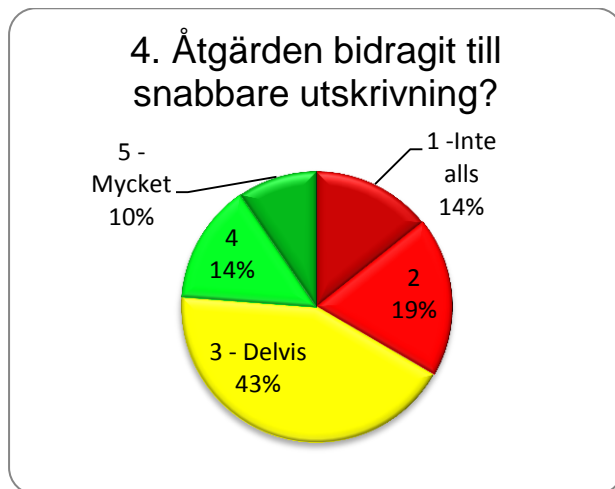


Fig 22,

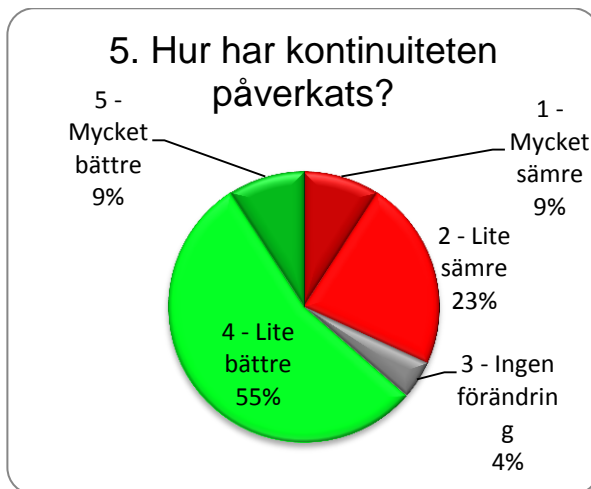


Fig 23,

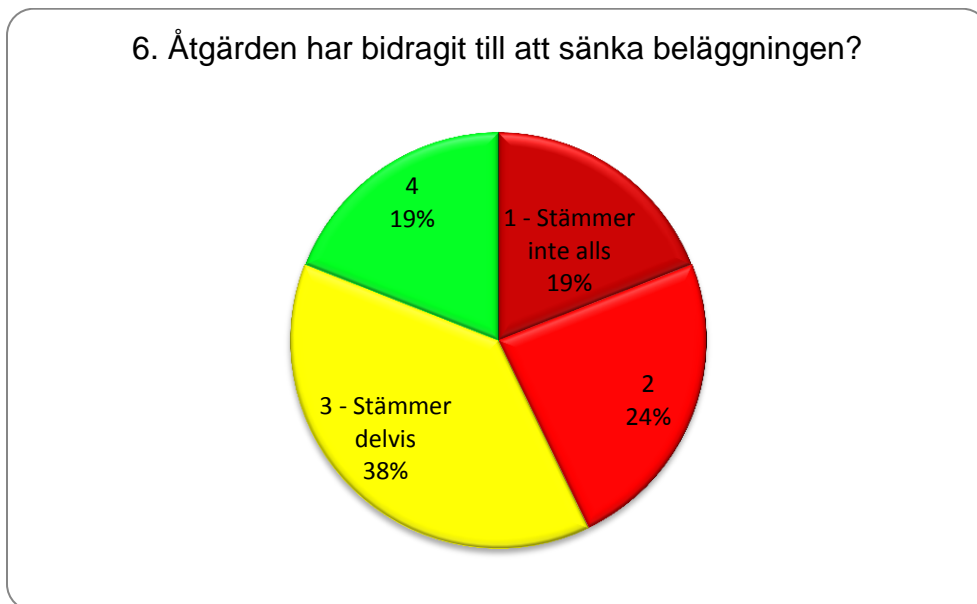


Fig 24, skalan går från 1- (stämmer inte alls) till 5- (Stämmer helt)

Kommentarer på enkäten

15 av respondenterna valde att kommentera sitt svar på fråga 3; ”Vad anser du om själva åtgärden?”

Det var 10 av dessa som svarat ”Bra” eller ”Mycket bra”. Av dessa har 5 stycken gett kommentarer som antyder att åtgärden fungerar som den ska. Dessa följer nedan:

Nr 2 SSK: *”Kontinuiteten bättre med en läkare på avd. hela tiden. Lättare att planera in-utskrivn av patienter. Möjlighet att få enkla medicinska åtgärder utförda snabbt.”*

Nr 5 USK: *”Läkare på avd. dagtid är bra.”*

Nr 8 USK: *”Det man ser och hör är att anhöriga och patienter är nöjda med att ha fått träffa och få bra information från läkaren”*

Nr 16 SSK: *”Läkarna som rondar har nu i princip endast avdelningsansvar vilket medför att rondan kommer igång i tid d.v.s. 8:30-9:00 samt avbryts inte för att de ska springa till op. Tidigare kunde rondan avbrytas som oftast om den startade tidigt då operation ringde. Oftast startade rondan sent på dagen o inte sällan efter lunch. Numera är ronderna oftast klara innan lunch.”*

Nr 18 USK: *”Man kan planera sitt arbete o vet när man ska ronda o blir färdig med rond (Dr. behöver inte springa till op eller mott.)”*

De övriga fem som också svarat ”Bra” eller ”Mycket bra” har gett kommentarer som antyder att åtgärden inte fullt ut fungerar som den ska. Dessa följer nedan:

Nr 4 SSK: *”Superbra om doktorerna verkligen är på avd. hela veckan. Bättre kontinuitet, säkrare vård.”*

Nr 7 USK: *”Oftast bättre då alla grupper har en ansvarig läkare i en vecka. Förut kunde en grupp bli utan läkare och inte bli rondad alls, förvirring kring vem som skulle ronda. Tung belastning för ibland underläkare som får ronda alla grupper sedan införandet av det nya systemet.”*

Nr 13 SSK: *”Naturligtvis bör själva åtgärden vara bra om den hade följts så som det var tänkt, men så är inte fallet. Det är alldeles för ofta fortfarande som vi står utan läkare,*

seniora läkare och därmed "beslutsavsaknad".

Nr 14 SSK: "Men det fungerar fortfarande inte fullt ut då en del läkare ändå är på op när de ska vara på avdelning o har mottagningar. Ibland byter vi avdelningsläkare 3 ggr från måndag till fredag. Ibland får vi en helt ny läkare på fredag när vi haft samma mån-tors."

Nr 19 USK: "(om det fungerar som det ska)) tanken är väldigt bra, men det ska vara en överläkare o en underläkare här hela dagen o det är det oftast inte. Överläkaren är oftast på operation på em. "

Av de övriga 5 respondenterna hade 4 svarat "Dålig" eller "Mycket dålig". En hade svarat "Ingen åsikt". Deras kommentarer följer nedan:

Nr 3 USK: "Senare ronder vilket resulterar i att stora såromläggningar ibland hamnar illa i tid (i samband med raster, patientlunchutdelning m.m.)"

Nr 11 SSK: "Det är fortfarande så att många gånger finns inte läkare tillgängligt när man vill ta tag i de."

Nr 17 USK: "Oftast går U-läkaren ensam rondan. Kan inte ta några egna beslut, därför förlängs vårdtiden."

Nr 20 USK: "(Överläkarna kommer och går hela tiden) Eftersom överläkaren sällan är med på ronderna tas inga beslut. Då stannar pat. extra dygn."

Nr 22 SSK: "Jag saknar en PAL till patienten, "speciellt långliggarna" de behöver 1 dr. Som det är nu ändras ordinationerna hela tiden, patienten känner sig ej trygg."

Bilaga 4 - Resultat av enkätdata för åtgärden *Parvård*

Avd.230

Arbetsmiljö



Fig 25,

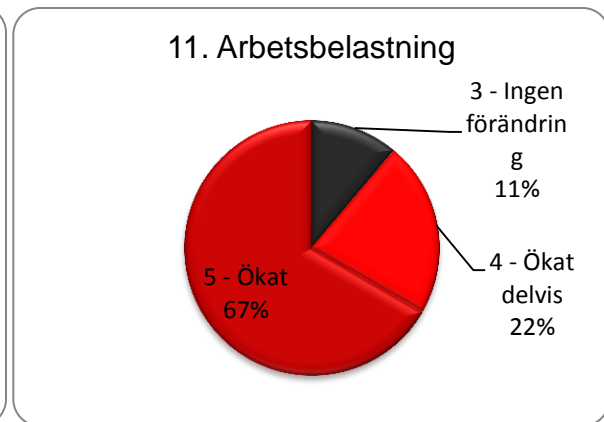


Fig 26,

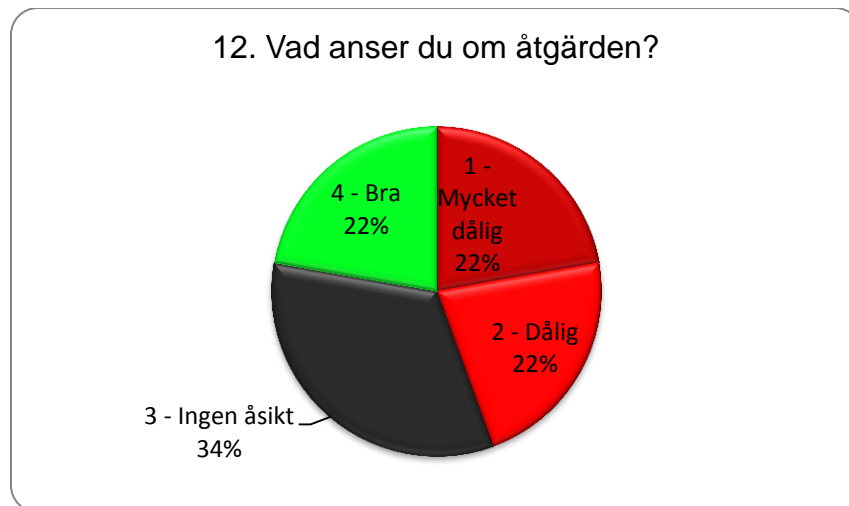


Fig 27,

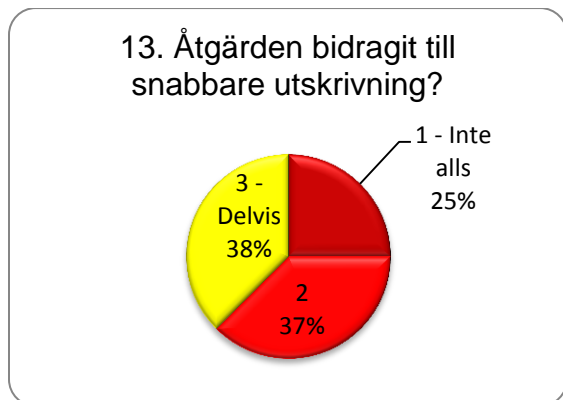


Fig 28,

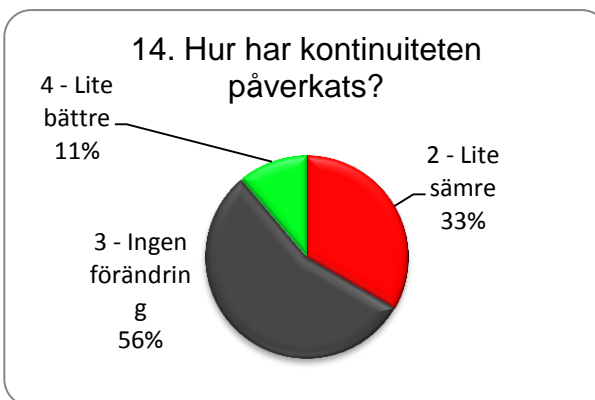


Fig 29,

13. Har åtgärden bidragit till snabbare utskrivning?

Har åtgärden, enligt din uppfattning, bidragit till att patienter skrivs ut snabbare när de inte längre har ett medicinskt behov av att vara inlagda på avdelningen?

Totalt åtta personer har svarat på denna fråga, således har vi ett st. bortfall.

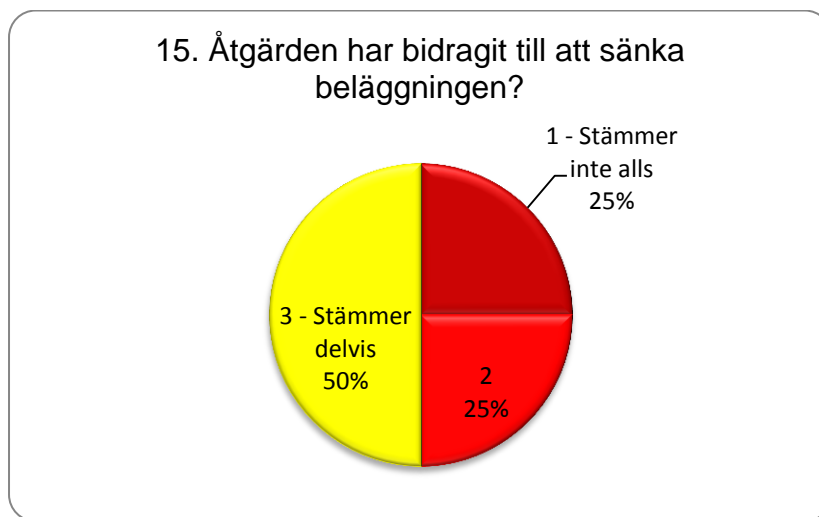


Fig 30,

15. Åtgärden har bidragit till att sänka beläggningen?

Åtgärden har bidragit till att sänka beläggningen på avdelningen

Totalt åtta personer har valt att svara på denna fråga, således har vi ett st. bortfall.

Kommentarer på enkäten

Fråga 12 (Parvård):

3 st. av respondenterna valde att kommentera sitt svar på fråga 6; ”Vad anser du om själva åtgärden?”

Av dessa hade en respondent svarat ”Bra”. Dennes kommentar följer nedan:

Nr 5 USK: *”Handlar om kommunikation, och vem man arbetar med. Mycket personligt. Viktigt att vara trygg i sin arbetsroll och planera sitt arbete.”*

De övriga 2 hade båda svarat ”Dålig”. Deras kommentarer följer nedan:

Nr 4 SSK: *”Vi som SSK är ofta mer stressiga. Nu jobbar vi 100 % som SSK samt 100 % USK. En känsla av otillräcklighet. Vi har ”vårat” jobb men ska samtidigt jobba lika mycket ute i vården vilket fallerar. Dock fungerar parvården bättre nu än i början, men det förra var mer patientsäkert på ett sätt.”*

Nr 6 SSK: *”Det kan vara bra att ha en nära patientkontakt men en del dokumentationsarbete och allmäntillstånd kan bidra till slitningar emellan de olika arbetssysslorna som SSK.”*

Bilaga 5 - Organisationskarta

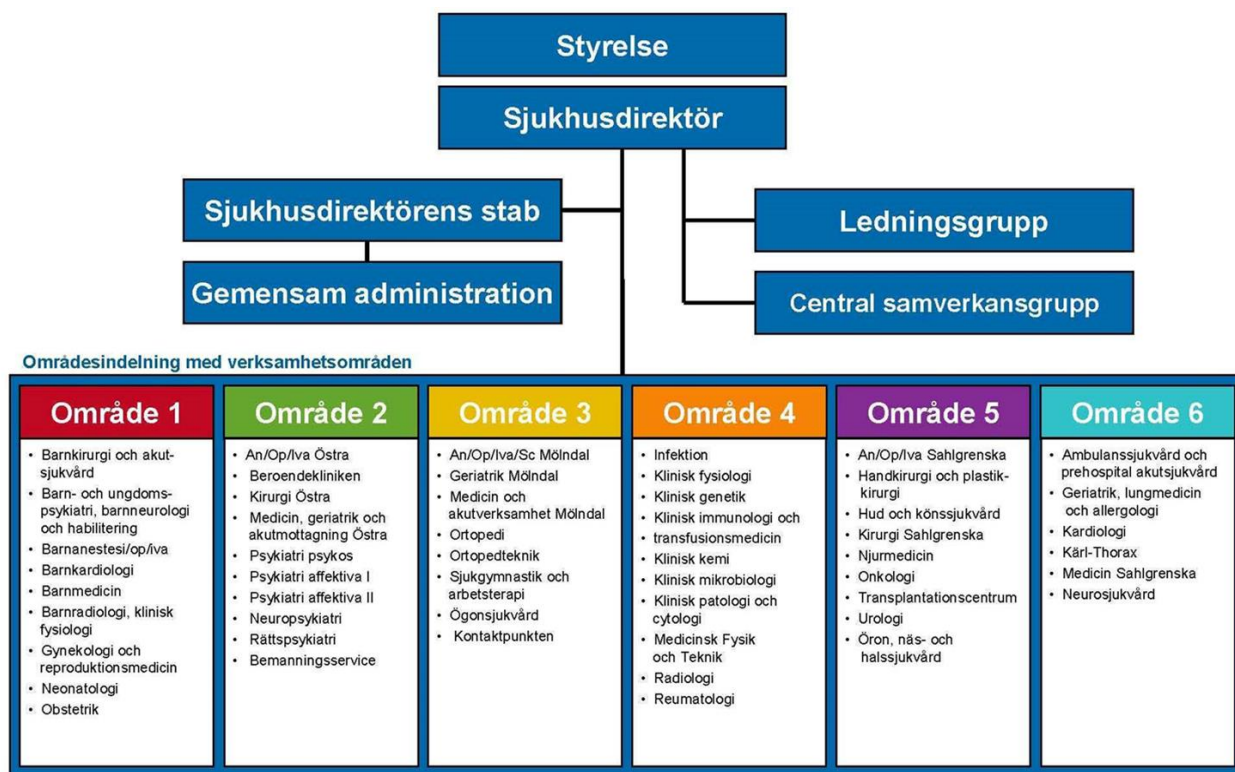


Fig. 31, organisationskarta över Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Bilaga 6 - Gemensamma mätetal

Beläggningsgrad

Avd. 230

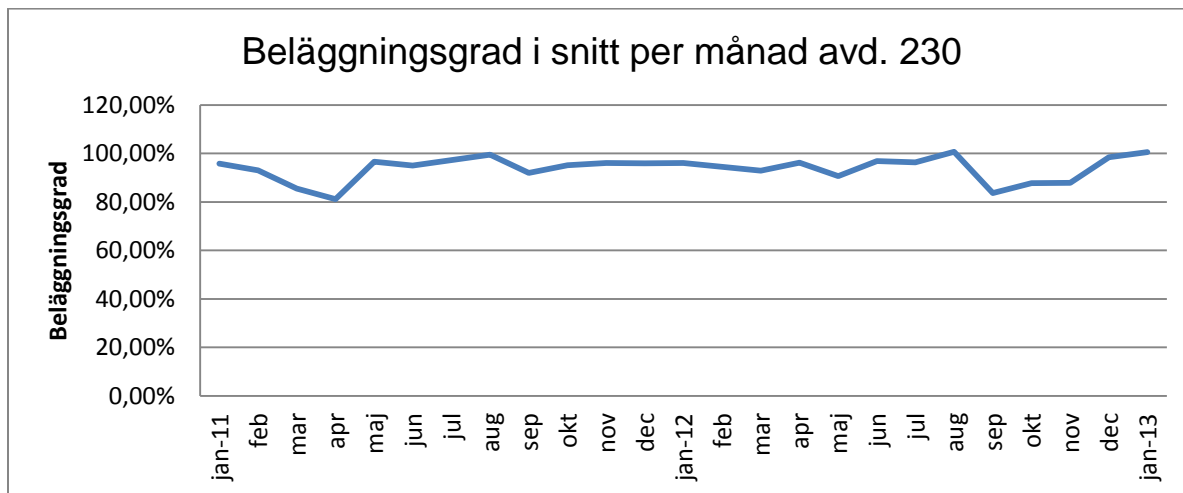


Fig 32, Beläggningsgraden på disponibla vårdplatser, avd. 230.

Avd.231

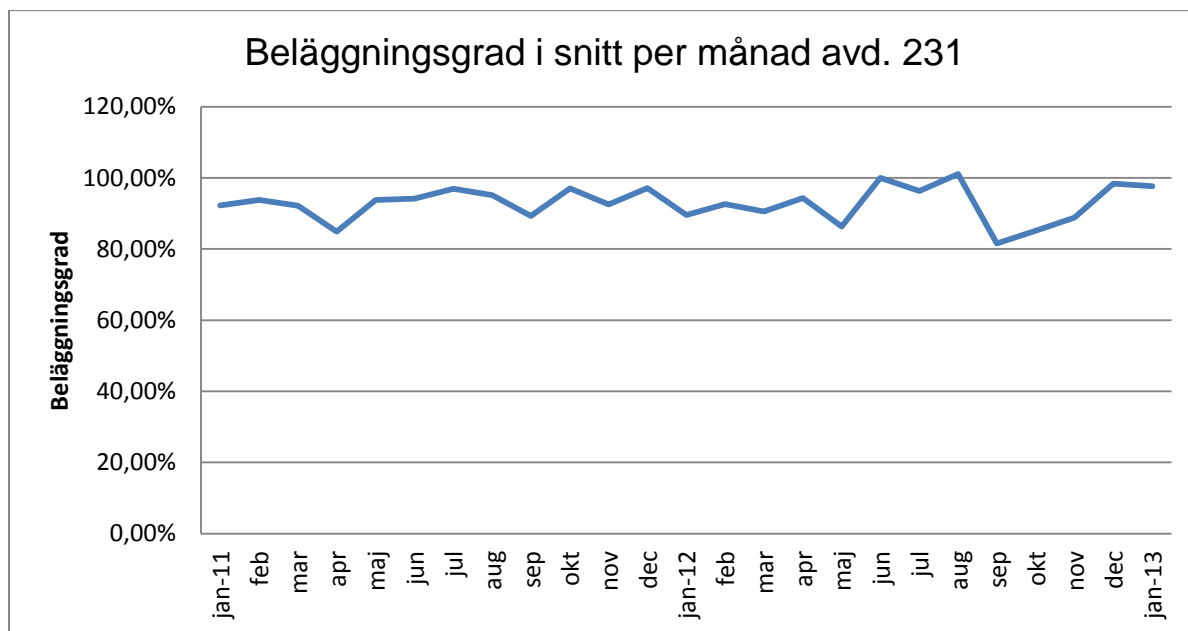


Fig 33, Beläggningsgraden på disponibla vårdplatser avd. 231.

Medelvårddygn

Avd. 230

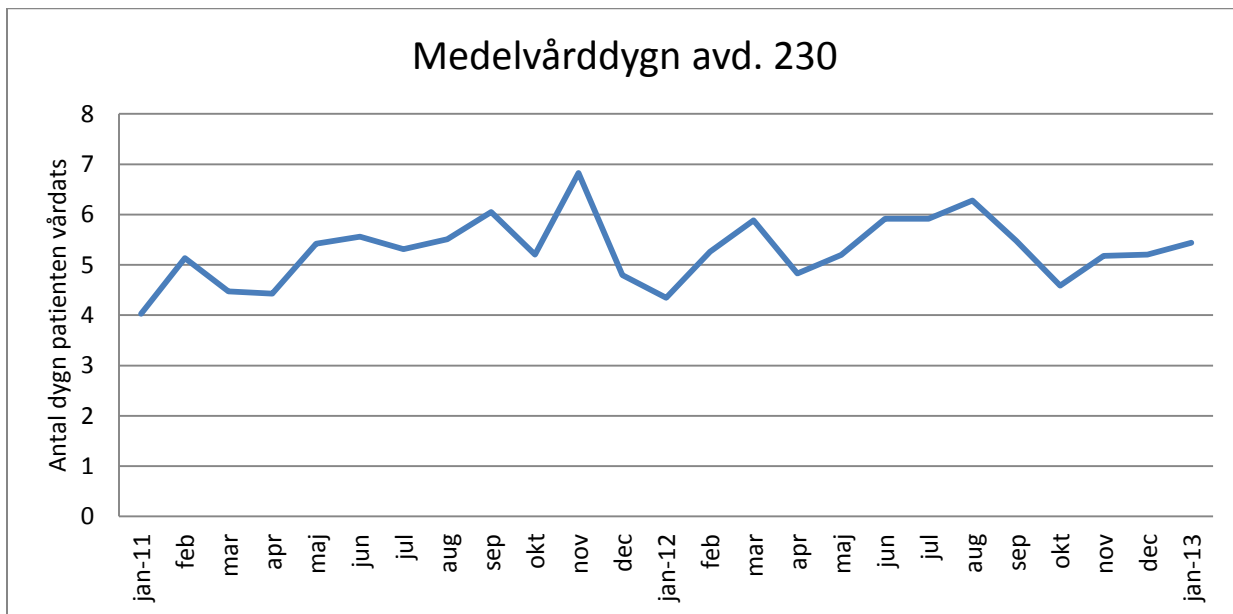


Fig 34, medelvårddygn avd. 230

Avd.231

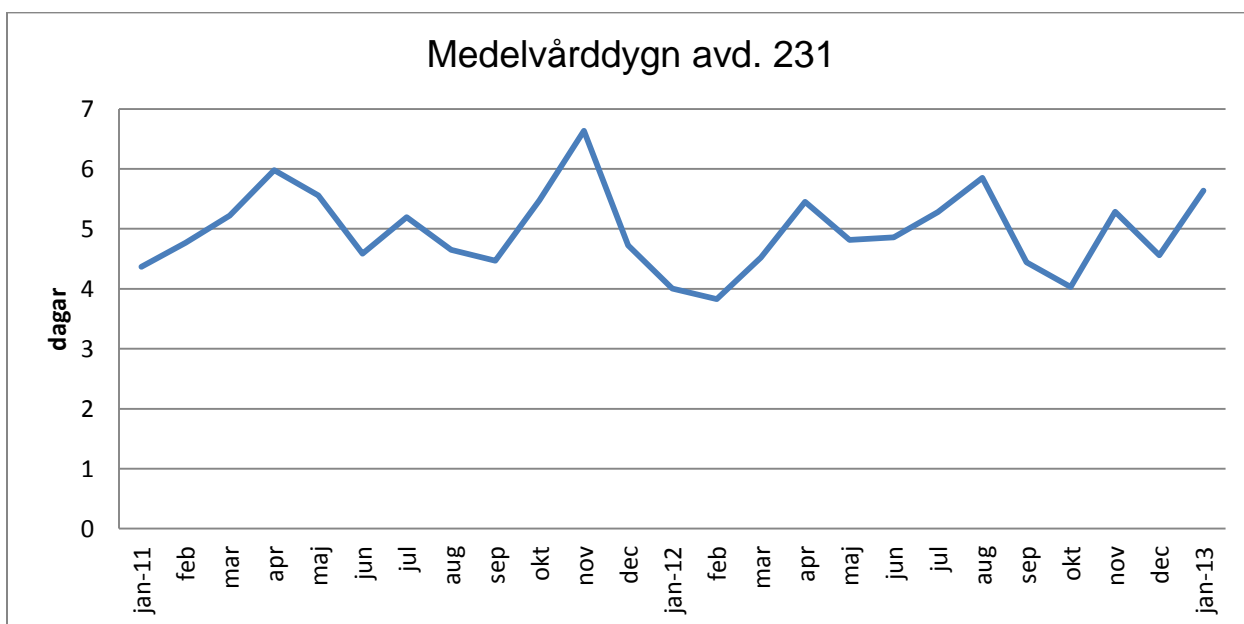
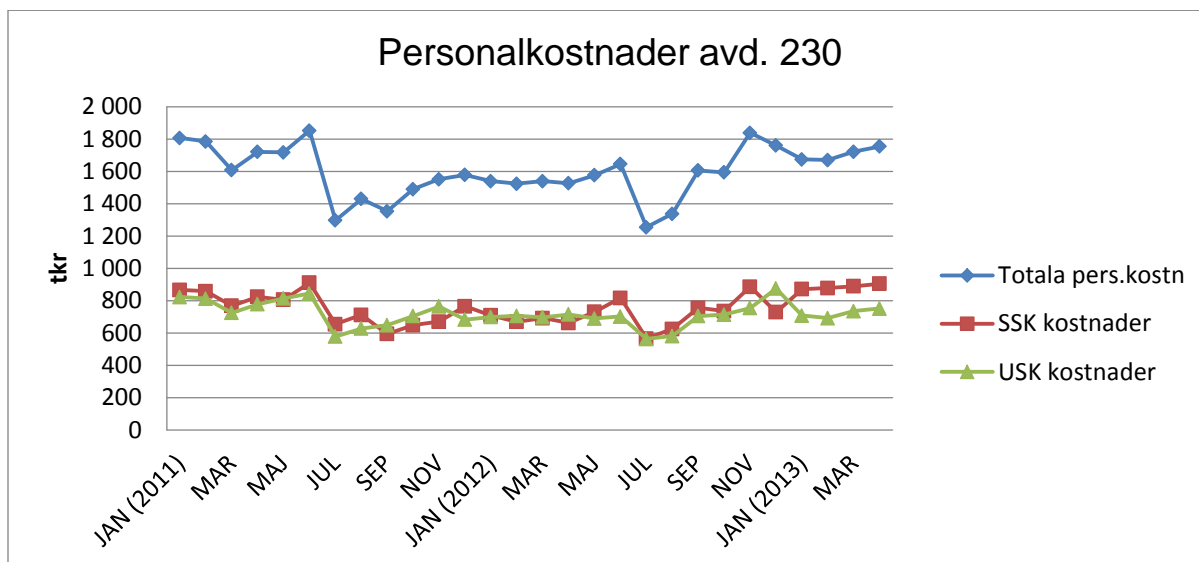


Fig. 35, Medelvårddygn, avdelning 231

Personalkostnader

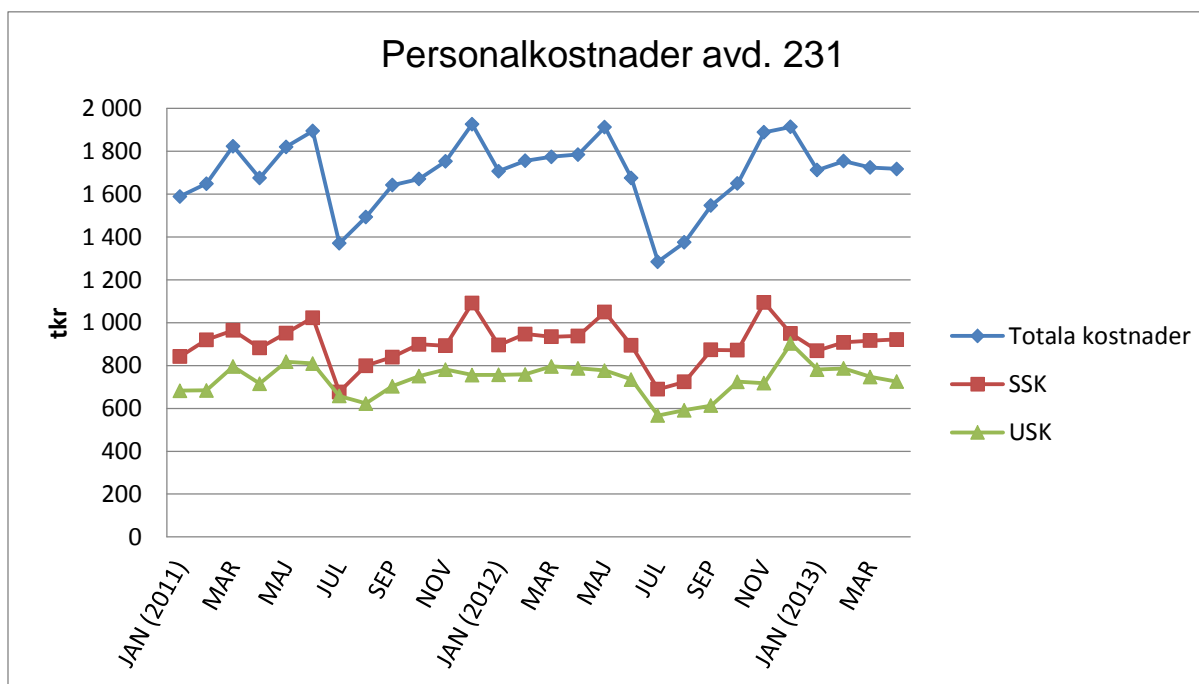
Avd. 230



Figur 36, kostnader för ssk samt usk på avd 230, 2011-01-01 - 2013-04-30

I den totala kurvan ingår sjuksköterskor, undersköterskor samt administration.

Avd.231



Figur 37, kostnader för ssk samt usk på avd 231 2011-01-01 - 2013-04-30. I den totala kurvan ingår sjuksköterskor, undersköterskor samt administration.

Personalkostnad per vårdplatsdygn

Avd. 230

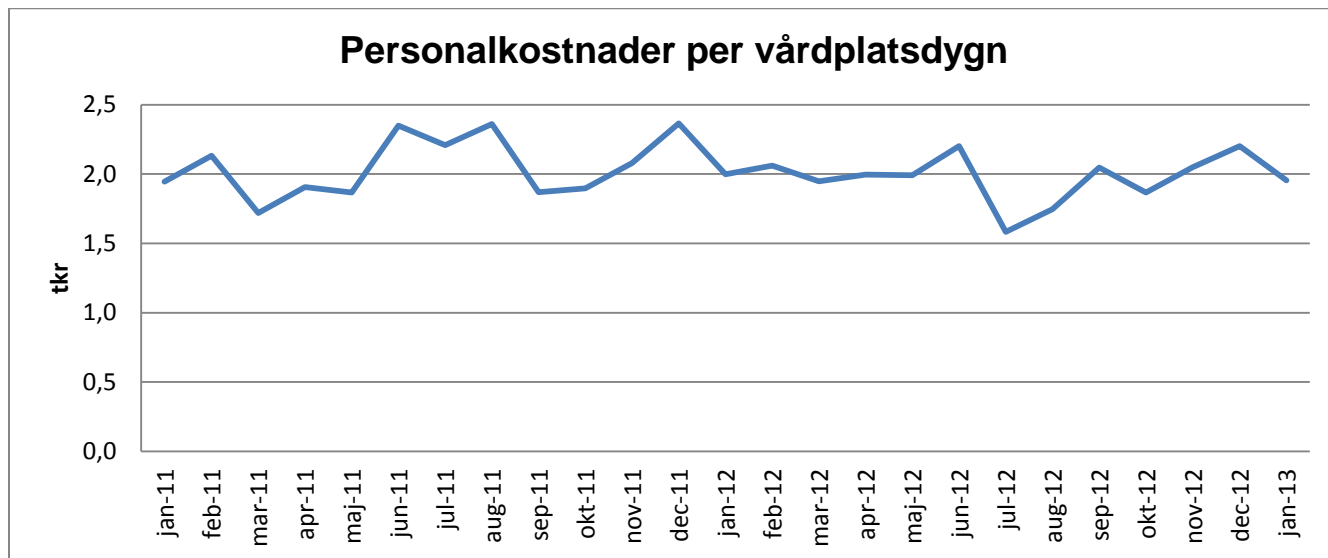


Fig 38, personalkostnad per vårdplatsdygn

Bilaga 7 – Enkät avd. 230

Under september 2012 infördes tre organisatoriska förändringar på avdelning 230.

1. Fem vårdplatser stängdes ned över helgen
2. Läkarnas schemaläggning ändrades från att fyra läkare ansvarade för var sin del av avdelningen till att en specialistläkare och en icke-specialist gemensamt ansvarar för hela avdelningen.
3. Parvård infördes, vilket innebar att man gick från att arbeta i team om 3 (1 sjuksköterska+2 undersköterskor) till att arbeta i par (1 sjuksköterska + 1 undersköterska)

Vi genomför en utvärdering av dessa förändringar som en del i vår kandidatuppsats vid Handelshögskolan. Utvärderingen är tänkt som ett underlag för att undersöka möjligheten att använda sig av samma åtgärder på andra vårdavdelningar. Vi är mycket tacksamma om du vill hjälpa oss genom att besvara denna enkät.

/ Andreas och Magnus

Andreas Filipsson e-mail: filipsson@student.gu.se

Magnus Lilja e-mail: magnusen@hotmail.com

Läs nedan innan du fyller i enkäten!

Frågorna besvaras genom att du, för varje fråga, kryssar i den ruta på den femgradiga skalan som enligt din uppfattning bäst motsvarar graden av förändring. Observera att endast en av de fem rutorna får fyllas i på varje fråga. Om du på någon fråga upplever att du inte är tillräckligt insatt i frågan, kan du hoppa över den.

Samtliga svar behandlas anonymt!

Kön: Man Kvinna

Personalkategori Läkare Sjuksköterska Undersköterska Annat, speci-
 cera.....

Hur upplever du att din arbetsituation har påverkats av åtgärden att stänga **fem vårdplatser** under helgerna, sedan den infördes?

1 Med avseende på din stressnivå:
Den har:
 1 2 3 4 5
Minskat Ingen förändring Ökat

2 Med avseende på din arbetsbelastning:
Den har:
 1 2 3 4 5
Minskat Ingen förändring Ökat

3 Vad anser du om själva åtgärden?
 1 2 3 4 5
Mycket dålig Ingen åsikt Mycket bra

Utveckla gärna svaret på fråga 3:

Hur upplever du att din arbetssituation har påverkats av åtgärden med läkarnas schemaläggning, sedan den infördes?

Med avseende på din stressnivå:
Den har:

4 1 2 3 4 5

Minskat Ingen förändring Ökat

Med avseende på din arbetsbelastning:
Den har:

5 1 2 3 4 5

Minskat Ingen förändring Ökat

Vad anser du om själva åtgärden?

6 1 2 3 4 5

Mycket dålig Ingen åsikt Mycket bra

Utveckla gärna svaret på fråga 6:

Har åtgärden, enligt din uppfattning, bidragit till att patienter skrivs ut snabbare när de inte längre har ett medicinskt behov av att vara inlagda på avdelningen. I så fall, hur mycket?

Den har bidragit:

7 1 2 3 4 5

Inte alls Delvis Mycket

Hur upplever du att åtgärden har påverkat kontinuiteten, med avseende på hur patienternas behandlingsplaner följs upp, sedan den infördes?

Den har blivit:

8 1 2 3 4 5

Mycket sämre Ingen förändring Mycket bättre

9 Åtgärden har bidragit till att sänka beläggningen på avdelningen

1 2 3 4 5

Stämmer inte alls Stämmer delvis Stämmer helt

Hur upplever du att din arbetssituation har påverkats av åtgärden med **parvård**, sedan den infördes?

10 Med avseende på din stressnivå:
Den har:

1 2 3 4 5

Minskat Ingen förändring Ökat

11 Med avseende på din arbetsbelastning:
Den har:

1 2 3 4 5

Minskat Ingen förändring Ökat

12 Vad anser du om själva åtgärden?

1 2 3 4 5

Mycket dålig Ingen åsikt Mycket bra

Utveckla gärna svaret på fråga 12:

13 Har åtgärden, enligt din uppfattning, bidragit till att patienter skrivs ut snabbare när de inte längre har ett medicinskt behov av att vara inlagda på avdelningen?

Den har bidragit:

1 2 3 4 5

Inte alls Delvis Mycket

Hur upplever du att åtgärden har påverkat kontinuiteten, med avseende på hur patienternas behandlingsplaner följs upp, sedan den infördes?

Den har blivit:

14

1

2

3

4

5

Mycket sämre

Ingen förändring

Mycket bättre

Åtgärden har bidragit till att sänka beläggningen på avdelningen

15

1

2

3

4

5

Stämmer inte alls

Ingen förändring

Stämmer helt

Bilaga 8 - Enkät avd. 231

Under 2012 infördes en organisatorisk förändring på avdelning 231:

1. Läkarnas schemaläggning ändrades från att fyra läkare ansvarade för var sin del av avdelningen till att en specialistläkare och en icke-specialist gemensamt ansvarar för hela avdelningen.

Vi genomför en utvärdering av förändringar som införts på avdelning 230 och 231, detta som en del i vår kandidatuppsats vid Handelshögskolan. Utvärderingen är tänkt som ett underlag för att undersöka möjligheten att använda sig av samma åtgärder på andra vårdavdelningar. Vi är mycket tacksamma om du vill hjälpa oss genom att besvara denna enkät bestående av sex frågor.

/ Andreas och Magnus

Andreas Filipsson, e-mail: filipsson@student.gu.se

Magnus Lilja, e-mail: magnusen@hotmail.com

Läs nedan innan du fyller i enkäten!

Enkäten skall endast besvaras av dig som funnits med på avd. 231 både före och efter det att åtgärden infördes.

Frågorna besvaras genom att du, för varje fråga, kryssar i den ruta på den femgradiga skalan som enligt din uppfattning bäst motsvarar graden av förändring. Observera att endast en av de fem rutorna får fyllas i på varje fråga. Om du på någon fråga upplever att du inte är tillräckligt insatt i frågan, kan du hoppa över den.

Samtliga svar behandlas anonymt!

Kön:	Man <input type="checkbox"/>	Kvinna <input type="checkbox"/>		
Personalkategori	Läkare <input type="checkbox"/>	Sjuksköterska <input type="checkbox"/>	Undersköterska <input type="checkbox"/>	Annat,specificera <input type="checkbox"/>

Hur upplever du att din arbetssituation har påverkats av åtgärden med **läkarnas schemaläggning**, sedan den infördes?

Med avseende på din stressnivå:
Den har:
1 1 2 3 4 5
Minskat Ingen förändring Ökat

Med avseende på din arbetsbelastning:
Den har:
2 1 2 3 4 5
Minskat Ingen förändring Ökat

Vad anser du om själva åtgärden?
3 1 2 3 4 5
Mycket dålig Ingen åsikt Mycket bra

Utveckla gärna svaret på fråga 3:

Har åtgärden, enligt din uppfattning, bidragit till att patienter skrivs ut snabbare när de inte längre har ett medicinskt behov av att vara inlagda på avdelningen. I så fall, hur mycket?
Den har bidragit:
4 1 2 3 4 5
Inte alls Delvis Mycket

Hur upplever du att åtgärden har påverkat kontinuiteten, med avseende på hur patienternas behandlingsplaner följs upp, sedan den infördes?
Den har blivit:
5 1 2 3 4 5
Mycket sämre Ingen förändring Mycket bättre

Åtgärden har bidragit till att sänka beläggningen på avdelningen

6

1

2

3

4

5

Stämmer inte alls

Stämmer delvis

Stämmer helt