



CHALMERS



Mellan produktionsplan och vårdprocess

En studie av patientflöden och prioriteringar inom specialiserad öppenvård

Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet Ekonomi och produktionsteknik

Kalle Alsterberg
Adam Johansson

INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
AVDELNINGEN FÖR INNOVATION OCH R&D MANAGEMENT

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, 2026

Mellan produktionsplan och vårdprocess - En studie av patientflöden och prioriteringar inom specialiserad öppenvård

Kalle Alsterberg
Adam Johansson

© Kalle Alsterberg 2026
© Adam Johansson 2026

Teknikens ekonomi och organisation
Chalmers tekniska högskola
412 96 Göteborg
Sverige
Telefon + 46 (0)31-772 1000

Omslag: Eget fotografi

Sammanfattning

Denna studie undersöker hur obalanser i patientflöden uppstår och upprätthålls inom specialiserad öppenvård, med Öron-Näsa-Halsmottagningen vid Södra Älvsborgs Sjukhus som fallstudie. Bakgrunden till studien är att mottagningen arbetar mot en produktionsplan där de besök som täcks av vårdgarantin har en central roll i uppföljning och ersättning, samtidigt som verksamheten behöver hantera även övriga besök samt se till vårdkvaliteten som helhet.

Studien genomfördes som en explorativ fallstudie där kvantitativ data om produktion, köer och tillgänglighet kombinerades med kvalitativ data från workshop, möten, samtal och observationer i verksamheten. Analysen utgår från teorier om ersättningsmodeller och incitament, processtyrning samt vårdnätverk och systemperspektiv.

Resultaten visar att mottagningen producerar i linje med sin produktionsplan för vårdgarantirelaterade besök, men att detta inte nödvändigtvis innebär ett balanserat patientflöde. Under den studerade perioden minskade kön till förstabesök, samtidigt som köerna till återbesök och operation/åtgärd ökade. Detta tyder på att belastningen förskjuts nedströms i mottagningens vårdprocess, där kapaciteten inte motsvarar det inflöde som skapas tidigare i flödet.

Analysen visar att obalanserna inte enbart kan förklaras av generell kapacitetsbrist, utan av samspelet mellan styrning, prioriteringar, variation och organisatoriska beroenden. Förstabesök får hög synlighet genom ersättningsmodell och uppföljning, vilket riskerar att skapa incitament att prioritera ett tidigt processteg framför helheten i patientens vårdprocess.

Studien visar slutligen att åtgärder behöver ske på flera nivåer. Inom mottagningen kan arbetssätt, bokning, digital kontakt och uppgiftsväxling förbättra kapacitetsutnyttjandet. I samverkan med primärvården kan remisskvalitet och direktkonsultation påverka inflödet. På systemnivå krävs en styrning som i större utsträckning följer upp hela patientflödet, snarare än enskilda produktionsmått. Slutsatsen är att ett mer sammanhållet processtänkande behövs för att minska köbildning och skapa bättre balans mellan inflöde och kapacitet.

Förord

Vi skulle vilja rikta ett stort tack till enhetschef Rickard Oscarsson, och hela ÖNH-avdelningen på SÄS för deras otroligt varma välkomnande och stora hjälpsamhet. Ytterligare ett stort tack går ut till vår handledare på plats Fredrik Sernborn Kallin för hans expertis och hjälp med datainsamling och samordning av studien i praktiken. Sist men inte minst vill vi också tacka vår handledare Kaj Sunesson för all outhärlig hjälp, diskussioner och pekpinningar som lett oss fram till ett lyckat examensarbete.

Centrala begrepp och definitioner

Vårdprocess är den samlade och strukturerade kedja av hälso- och sjukvårdsaktiviteter som hanterar ett hälsoproblem.

Processteg är ett samlingsbegrepp för de olika typerna av vårdkontakter på en mottagning. I studien utgör förstabesök, återbesök, samt operation/åtgärd de tre väsentliga processtegen (Rosenbäck, 2017).

Förstabesök är de besök som utgör patientens första kontakt med specialistvården, ofta med undersökning som huvudsakligt syfte. Förstabesök omfattas av vårdgarantin (SKR, 2025).

Återbesök Ett återbesök är ett specialistvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde eller motsvarande, och vars huvudsakliga syfte är en uppföljning. Återbesök omfattas ej av vårdgarantin (SKR, 2026).

Operation/åtgärd är de vårdtillfällen vars syfte är själva genomförandet av en behandling eller ett ingrepp. Operation/åtgärd omfattas av vårdgarantin (SKR, 2026).

Ersättningsmodell beskriver de mekanismer som avgör hur ersättning fördelas mellan olika vårdenheter, och vad den baseras på.

Flaskhals syftar till det specifika processteg där flödet stoppar upp systemet på grund av långsam bearbetning (Hall, 2013).

Nätverk I denna studie avser nätverk det system av ömsesidigt beroende aktörer, såsom primärvård, specialistvård och regional ledning, som tillsammans formar patientens väg genom vården. Det beskriver hur beslut och prioriteringar hos en enskild aktör får konsekvenser för hela systemets funktion och kräver koordinering för att skapa effektiva flöden.

Styrning avser de mekanismer som påverkar vad verksamheten faktiskt prioriterar (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

PK är benämningen som personalen använder för avdelningens produktionsplan. Egentligen "Produktions- och kapacitetsstyrning".

Kapacitet avser de samlade resurserna i form av personal, lokaler och utrustning som finns tillgängliga för verksamheten.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund	1
1.1.1 Olika sorters vård	1
1.1.2 Vårdprocessen i specialistvård	1
1.1.3 Vårdgaranti och medicinskt måldatum	2
1.2 Det svenska vårdsystemet	3
1.2.1 Ersättningsmodeller	4
1.2.2 Öron-Näsa-Halsmottagningen på Södra Älvsborgs Sjukhus	4
1.3 Problembeskrivning	5
1.4 Syfte och frågeställningar	5
1.4.1 Syfte	6
1.4.2 Frågeställningar	6
2. Teoretisk referensram	7
2.2 Analytisk utgångspunkt	7
2.3 Ersättningsmodeller och incitament i vården	7
2.4 Processtyrning i vårdflöden	8
2.5 Vårdnätverk och systemperspektiv	9
2.6 Integrerad modell	10
3. Metod	12
3.1 Datainsamling	12
3.2 Kvantitativ data	12
3.3 Kvalitativ data	13
3.4 Närvaro och verksamhetsobservationer	14
3.5 Analysmetod	15
4. Resultat	17
4.1 Processkartläggning genom samtal och möten	17
4.2 Kvantitativ data	18
4.2.1 Variation i inflöde och fördelning av kapacitet	18
4.2.2 Patienter i kö	19
4.2.3 Prestation mot olika mått	20
4.3 Observationer	22
4.4 Workshop	22
4.4.1 Prioriteringar och incitament	23
4.4.2 Strukturella och organisatoriska begränsningar i flödet	23
4.4.3 Möjliga åtgärder och förändringar	24
5. Analys	26
5.1 Nuläget som flödessystem: minskad kö vid inloppet men växande belastning nedströms	26
5.2 Styrning och incitament: varför förstabesök får särskild prioritet	27
5.3 Från lokal produktion till systemisk obalans	29
5.4 Strukturella begränsningar och beroenden i vårdnätverket	30
5.5 Åtgärder för att balansera inflöde och kapacitet	31
5.5.1 Åtgärder inom verksamhetens kontroll	31
5.5.2 Åtgärder som kräver samverkan med andra aktörer	32
5.5.3 Åtgärder på systemnivå	32
5.6 Sammanfattande svar på syftet	33
6. Diskussion	34
6.1 Rekommendationer	34
6.2 Granskning av metod och data	36
6.3 Fortsatt forskning	37
7. Referenser	39

1. Inledning

Detta kapitel introducerar studiens kontext, problemområde och syfte. Inledningsvis ges en bakgrund till hur vården är organiserad, vilka uppföljningsmått som används och hur ersättningsmodeller kan påverka styrningen av specialiserad öppenvård. Därefter presenteras den studerade mottagningen och det problem som ligger till grund för studien. Kapitlet avslutas med studiens syfte och forskningsfrågor.

1.1 Bakgrund

För att förstå det studerade patientflödet behöver det först sättas in i ett vårdssammanhang. Bakgrunden beskriver därför hur svensk vård kan delas in i olika vårdnivåer och vårdformer, hur vårdgaranti och medicinska måldatum används för att följa upp tillgänglighet, samt hur regional styrning och ersättningsmodeller påverkar planering och uppföljning inom specialiserad vård.

1.1.1 Olika sorters vård

Sjukvården i Sverige delas in på flera sätt beroende på vad det talas om. Dels finns uppdelningen mellan primär och sekundär/specialiserad vård. Den primära vården är den allmänna, som alltså inte har en särskild nisch, och oftast utgör patientens första kontakt med vården. Därefter skickas remisser till den sekundära, eller specialiserade vården som alltså är de offentliga eller privata sjukhusen och dess avdelningar. Ytterligare indelning görs beroende på huruvida vården är planerad (elektiv), eller akut. Slutligen är öppen- eller slutenvård ett vanligt indelningskriterium. Då skiljer man på huruvida patienten behöver läggas in (slutenvård) eller får sin vård under besök som denne sedan lämnar efter att åtgärd fullbordats (öppenvård).

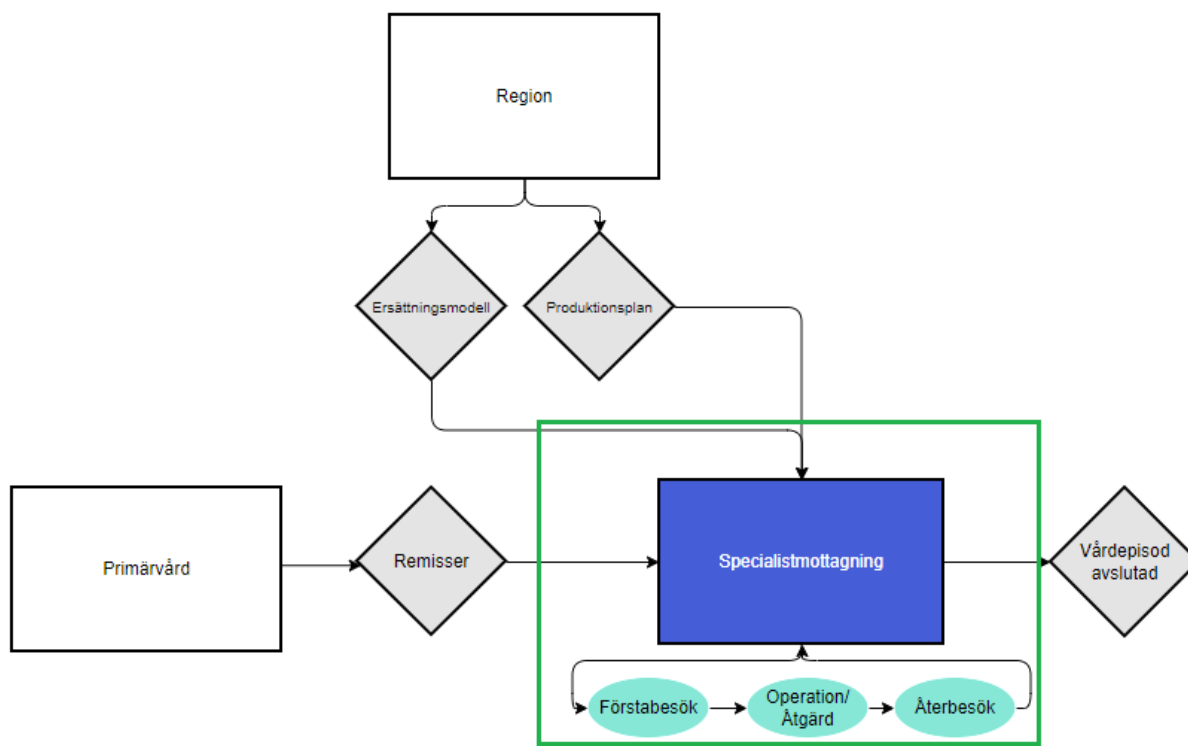
För att analysera patientflöden inom specialiserad öppenvård behöver patientens väg genom vårdssystemet förstås som en vårdprocess. I denna studie avser vårdprocess den del av patientens vårdförlopp som sker inom eller i nära anslutning till en specialistmottagning, från att ett vårdbehov aktualiseras genom remiss eller egen vårdbegäran till att patienten avslutas, följs upp eller går vidare till behandling. Processen är dock inte isolerad från övriga vårdssystemet, eftersom inflödet till specialistvården ofta formas av primärvårdens bedömningar och remisser, medan tillgången till behandling kan påverkas av gemensamma resurser och regional styrning.

1.1.2 Vårdprocessen i specialistvård

I svensk vård fungerar primärvården ofta som patientens första kontakt med vårdssystemet. När patientens behov bedöms kräva mer specialiserad undersökning eller behandling kan primärvården skicka en remiss till en specialistmottagning. En remiss innebär att patienten bedöms behöva mer specialiserad vård, men det är specialistmottagningen som granskar remissen och avgör om patienten ska tas emot, om remissen behöver kompletteras eller om patienten bör hanteras på annan vårdnivå.

När en patient tas emot av specialistmottagningen kan vårdprocessen delas in i flera processteg. I denna studie fokuseras tre centrala steg: förstabesök, återbesök och operation/åtgärd. Den här avgränsningen tydliggörs i Figur 1. Förstabesök avser patientens första kontakt med specialistmottagningen efter accepterad remiss eller egen vårdbegäran. Vid detta besök görs en specialistbedömning som kan leda till att patienten avslutas, kallas till återbesök eller planeras för operation eller annan åtgärd. Återbesök avser

uppföljning eller fortsatt bedömning kopplad till ett tidigare vårdtillfälle, medan operation/åtgärd avser det steg där en behandling eller ett ingrepp genomförs.



figur 1: visar specialistmottagningen och dess processteg som del av det bredare vårdnätverket

Vårdprocessen är därmed inte linjär för alla patienter. Vissa patienter avslutas efter ett förstabetesök, andra behöver återkommande uppföljning och vissa går vidare till operation/åtgärd. Efter en operation kan patienten dessutom behöva återbesök innan vårdepisoden avslutas. Ett ökat inflöde i ett tidigt processteg kan därför skapa efterfrågan i senare delar av processen. Detta är centralt för studien, eftersom en förbättring i ett enskilt processteg, exempelvis kortare kö till förstabetesök, inte automatiskt innebär att patientens hela vårdprocess är balanserad.

I rapporten används därför begreppet patientflöde för att beskriva hur patienter rör sig genom dessa processteg över tid, medan vårdprocess syftar på den sammanhängande struktur av bedömningar, beslut och vårdkontakter som patienten passerar. Skillnaden är viktig: ett processteg kan följas upp separat, men patientens vårdbehov sträcker sig ofta över flera steg och påverkas av flera aktörer i vårdssystemet.

1.1.3 Vårdgaranti och medicinskt måldatum

Vårdgarantin är ett rikstäckande, lagstadgat regelverk för den tidsram som alla invånare har rätt att få vård inom. Den följer mönstret 0/3/90/90 dagar, som då innebär hur snabbt man har rätt att få vård i fyra olika steg: kontakt med primärvård samma dag (0), bedömning från primärvård inom tre dagar (3), besök i specialvård inom 90 dagar, behandling inom specialvård inom ytterligare 90 dagar (SKR, 2026). Det är vårdgarantin som ligger till grund för en vårdenhets tillgänglighet, på så vis att man beräknar den andel

besök som sker inom vårdgarantins krav. Rättigheten till vårdgaranti är allmän, men den gäller enbart när en fullständig bedömning av patientens behov är genomförd. Det innebär att remisser som nekas av en specialistmottagning inte omfattas av rättigheten till specialistvård inom 90 dagar efter primärvårdens bedömning.

När en patient behöver kallas in för ett besök som inte täcks av vårdgarantin så används det så kallade medicinska måldatumet. Det bygger på en initial bedömning som gjorts av legitimerad vårdpersonal vid ett tidigare vårdtillfälle, där man fastställt ett datum då patienten som senast ska erbjudas nästa återbesök. För återbesöken, som alltså inte täcks av vårdgarantin beräknas tillgänglighet ut som den andel besök som sker inom det medicinska måldatumet. I februari 2026 är genomsnittet för uppfyllnad av vårdgaranti i de olika stegen 91%, 88%, 68% och 66% för respektive steg, sett till hela landet. Det är alltså sekundärvården som i dag har störst problem med att klara av vårdgarantin (SKR, 2026).

1.2 Det svenska vårdsystemet

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet bygger på ett delat ansvar mellan stat, regioner och kommuner. På nationell nivå beslutar riksdag och regering om lagar, övergripande mål och ekonomiska ramar som anger förutsättningarna för hälso- och sjukvården. Vården regleras bland annat genom hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och patientsäkerhetslagen. Staten styr därmed vårdens grundläggande skyldigheter och rättigheter, men den praktiska organiseringen och finansieringen av hälso- och sjukvården ligger i stor utsträckning hos regionerna. Regionerna är huvudmän för merparten av hälso- och sjukvården och ansvarar för att erbjuda invånarna vård. Det innebär att regionerna organiserar, finansierar och följer upp både primärvård och specialiserad vård. Eftersom regionerna har ansvar för den praktiska vårdorganisationen kan det finnas skillnader mellan olika delar av landet i hur vården planeras, finansieras och följs upp. Detta är relevant för studien eftersom ersättningsmodeller, produktionsplanering och uppföljningsmått kan variera mellan regioner och därmed påverka hur specialistvård styrs i praktiken (SKR, 2025).

Socialstyrelsen är en statlig myndighet med ansvar för bland annat föreskrifter, kunskapsstöd, statistik och nationell uppföljning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Myndigheten beslutar alltså inte om sjukvårdens budget på samma sätt som riksdag, regering eller regioner, men påverkar vårdens förutsättningar genom normering, kunskapsstyrning och uppföljning. Socialstyrelsen ingår också i den nationella kunskapsstyrningen, där syftet är att bidra till att relevant kunskap når huvudmän och professioner inom vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2026).

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, är den myndighet som ansvarar för tillsyn och tillståndsprövning inom bland annat hälso- och sjukvård. IVO granskar att verksamheter följer gällande regler och ansvarar även för prövning av vissa klagomål enligt patientsäkerhetslagen. IVO styr därmed inte den löpande vårdproduktionen eller regionernas produktionsplanering, men fungerar som en tillsynsmyndighet med uppgift att kontrollera att vården bedrivs i enlighet med regelverket. För en specialistmottagning innebär detta att verksamheten påverkas av flera styrnivåer samtidigt. Nationella lagar och föreskrifter anger grundläggande krav, regionen organiserar och finansierar vården, och den enskilda mottagningen behöver omsätta dessa krav i praktisk planering, bemanning och prioritering. Patientflödet genom mottagningen formas därför inte enbart av den egna verksamhetens kapacitet, utan också av remissinflöde från primärvården, regionala ersättningsmodeller, uppföljningsmått och tillgång till gemensamma vårdresurser (IVO, 2026).

1.2.1 Ersättningsmodeller

I Västra Götalandsregionens (VGR) styrning av den specialiserade vården används produktionsvolymerna som ett sätt att planera och följa upp vård som omfattas av vårdgarantin. För sjukhusen innebär detta att vissa vårdkontakter delas upp i basvolymerna och tilläggsvolymerna. Basvolymerna ingår i sjukhusets ordinarie anslag, medan tilläggsvolymerna ersätts prestationsbaserat. Det innebär att sjukhuset får ersättning per utförd prestation inom tilläggsvolymerna, men endast upp till en på förhand fastställd nivå. Ersättningen är därmed inte obegränsad, utan kopplad till beställda produktionsvolymerna (Västra Götalandsregionen, 2025).

VGR avviker i det här avseendet från majoriteten av svenska regioner, som tillämpar renodlad anslagsfinansiering inom specialistvården. År 2021 kombinerade VGR anslag med besöksersättning i förhållandet 50/50 inom specialiserad somatisk mottagningsverksamhet, en modell som endast Stockholm använde i liknande utsträckning (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2022, s. 16).

För ÖNH-mottagningen innebär styrningen att förstabesök och operation/åtgärd ingår i vårdgarantirelaterade produktionsvolymerna. Dessa vårdkontakter blir därför tydliga i den regionala produktionsplaneringen och kan, när de ligger inom tilläggsvolymerna, kopplas till extra prestationsersättning (Västra Götalandsregionen, 2025). Återbesök har däremot ingen motsvarande tilläggsvolym i uppdraget och genererar därför inte extra ersättning på samma sätt. Det innebär inte att återbesök saknar medicinsk betydelse, utan att de styrs och följs upp genom andra logiker, framför allt medicinska måldatum och intern prioritering.

Den centrala mekanismen för denna studie är därför inte exakt hur stor ersättningen är, utan att de olika processtegen inom mottagningen, det vill säga förstabesök, återbesök, samt operationer/åtgärder, får olika grad av ekonomisk och organisatorisk synlighet. När förstabesök och operation/åtgärd är kopplade till vårdgaranti, produktionsvolymerna och prestationsersättning kan de få en tydligare roll i planering och uppföljning än återbesök. Detta kan påverka hur verksamheten prioriterar mellan processteg och gör det relevant att undersöka om god måluppfyllelse i ett tidigt eller särskilt synligt processteg kan sammanfalla med växande köer i andra delar av patientflödet. VGR:s uppdrag anger också att produktionen följs upp löpande och att volymerna tas fram med utgångspunkt i vårdbehov, kapacitet och målet att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser (Västra Götalandsregionen, 2025).

1.2.2 Öron-Näsa-Halsmottagningen på Södra Älvsborgs Sjukhus

Öron-Näsa-Halsmottagningen (ÖNH) på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) bedriver framför allt specialistvård med ett återkommande behov av att balansera inflöde av patienter, intern kapacitet och tillgänglighet. Verksamheten arbetar med produktionsplanering och uppföljning, men upplever fortsatt utmaningar med köer och variation i arbetsbelastning mellan olika besöksformer. Patientens väg genom avdelningen börjar med en remiss från primärvården, som antingen nekas eller leder till ett initialt besök hos ÖNH. Under detta besök beslutas om eventuell åtgärd, varpå sådan bokas in. De besök som ligger efter det initiala, och som är medicinskt kopplade till ett tidigare besök, men där inget kirurgiskt ingrepp utförs karaktäriseras som återbesök, och kan alltså innebära en mängd olika uppföljningar och kontroller.

1.3 Problembeskrivning

På ÖNH-mottagningen på SÄS följs patientflödet upp genom flera olika mått. Förstabetesök och operation/åtgärd omfattas av vårdgarantin, medan återbesök följs upp genom medicinska måldatum. Samtidigt arbetar verksamheten mot regionalt fastställda produktionsvolymerna. Dessa uppföljningsmått fyller olika funktioner och är viktiga var för sig, men de beskriver inte automatiskt hur patientflödet fungerar som helhet. Ett processteg kan därför utvecklas positivt enligt sitt mått, samtidigt som väntan ökar i andra delar av vårdprocessen.

Under 2025 har det totala antalet patienter i kösystemet, räknat som köande till förstabetesök, återbesök och operation/åtgärd, varit relativt stabilt med endast en mindre ökning. Den samlade könivån döljer dock en förändring i hur väntan fördelas mellan de olika processtegen på mottagningen. Medan kön till förstabetesök har minskat har köerna till både återbesök och operation/åtgärd ökat. Tillgänglighetsdatan visar samtidigt att andelen operationer/åtgärder som genomförs inom vårdgarantins 90 dagar har minskat från 95 procent till 76 procent under perioden, medan motsvarande nivå för återbesök ligger relativt stabilt kring 55–56 procent.

Detta är ett problem eftersom en minskad kö till förstabetesök kan ge intryck av att tillgängligheten förbättras, trots att patienter fortfarande kan vänta på fortsatt vård längre fram i processen. För patienten är det inte enbart första kontakten som är avgörande, utan hela vårdförloppet fram till uppföljning, behandling eller avslut. Om väntan i stället uppstår till återbesök eller operation/åtgärd kan patientens vårdprocess fortfarande fördröjas, även om tillgängligheten till förstabetesök har förbättrats.

Det är också ett problem för verksamheten, eftersom uppföljning av enskilda processteg kan ge en ofullständig bild av var belastningen faktiskt finns. Om den samlade könivån är relativt stabil kan det framstå som att situationen är oförändrad, samtidigt som köerna har flyttats mellan olika delar av vårdprocessen. På samma sätt kan förbättringar i ett mått dölja försämringar i ett annat. Det gör det svårare att bedöma om resurser, prioriteringar och kapacitet är rätt fördelade mellan förstabetesök, återbesök och operation/åtgärd.

Problemet handlar därför inte bara om att det finns köer, utan om att köerna utvecklas olika i olika delar av patientflödet. När väntan minskar i ett processteg men ökar i andra uppstår en risk att verksamhetens prestation tolkas utifrån enskilda mått snarare än utifrån patientens samlade väg genom vården. Det skapar ett behov av att förstå hur flödet ser ut som helhet, var obalanser framträder och hur olika delar av vårdprocessen förhåller sig till varandra.

1.4 Syfte och frågeställningar

Baserat på problembeskrivningen tar studien sin utgångspunkt i ett observerat mönster där kön till förstabetesök minskar, samtidigt som köerna till återbesök och operation/åtgärd ökar. Detta indikerar att lokal måluppfyllelse i ett tidigt processteg inte nödvändigtvis innebär att patientflödet som helhet är balanserat. Studien undersöker därför hur styrning, prioriteringar och organisatoriska begränsningar kan bidra till att sådana obalanser uppstår och upprätthålls.

1.4.1 Syfte

Syftet med studien är att analysera hur och varför obalanser i patientflödet uppstår och upprätthålls inom specialiserad öppenvård, med särskilt fokus på hur styrning, incitament och operativa prioriteringar påverkar samspelet mellan förstabesök, återbesök och operation/åtgärd.

Studien syftar även till att analysera hur organisatoriska och strukturella begränsningar, både inom mottagningen och i det bredare vårdssystemet, påverkar möjligheten att balansera inflöde och tillgänglig kapacitet. Därutöver ska studien mynna ut i ett antal föreslagna åtgärder som är realistiskt genomförbara och som kan bidra till att motverka att sådana obalanser uppstår.

1.4.2 Frågeställningar

Vidare ämnar studien att svara på följande frågor:

- Hur kan patientflödet genom mottagningen beskrivas för studiens analys, sett till produktion, köutveckling och tillgänglighet i olika processteg?
 - Hur varierar produktionen över tid och mellan förstabesök, återbesök och operation/åtgärd?
 - Hur fördelar sig den genomförda produktionen och köutvecklingen mellan dessa processteg?
 - Var framträder tecken på ackumulering eller flaskhalsar i det analyserade flödet?
- Hur påverkar styrning och incitamentsstrukturer prioriteringar i verksamheten, och hur kan dessa prioriteringar bidra till obalanser mellan inflöde och tillgänglig kapacitet?
 - Vilka processteg prioriteras i praktiken, och varför?
 - Hur påverkar ersättningsmodeller och uppföljning dessa prioriteringar?
 - Hur kan prioriteringarna påverka belastningen i efterföljande processteg?
- Vilka strukturella och organisatoriska begränsningar, inom mottagningen och i relation till andra aktörer i vårdnätverket, påverkar möjligheten att förändra flödet och hantera uppkomna obalanser?
 - Vilka delar av flödet påverkas av aktörer eller resurser utanför mottagningens direkta kontroll?
 - Vilka beroenden finns mellan mottagningen, primärvården, regional styrning och gemensamma vårdresurser?
 - Vilka begränsningar finns i tillgången till personal, mottagningsresurser och operationsutrymme?
- Vilka åtgärder kan bidra till att balansera flödet, givet de identifierade drivkrafterna, begränsningarna och beroendena i vårdnätverket?
 - Vilka förändringar är möjliga inom verksamhetens egen kontroll?
 - Vilka åtgärder kräver samverkan med andra aktörer i vårdnätverket?
 - Hur bedöms olika åtgärder påverka balansen mellan inflöde och tillgänglig kapacitet?

2. Teoretisk referensram

I detta kapitel presenteras den teoretiska referensram som används för att analysera hur obalanser i patientflöden uppstår och upprätthålls. Kapitlet inleds med centrala begrepp och definitioner, följt av studiens analytiska utgångspunkt. Därefter behandlas tre teoretiska perspektiv: ersättningsmodeller och incitament, processtyrning i vårdflöden samt vårdnätverk och systemperspektiv. Avslutningsvis sammanförs perspektiven i en integrerad analysmodell.

2.2 Analytisk utgångspunkt

Obalanser i patientflöden inom vården förklaras ofta med hänvisning till kapacitetsbrist, exempelvis brist på personal eller operationsresurser. Ett sådant perspektiv riskerar dock att behandla problemet som statiskt, där lösningen primärt handlar om att tillföra resurser. Forskning inom både hälsoekonomi och operations management visar att obalanser i stället ofta uppstår genom samspelet mellan styrning, beteende och flödesdynamik (Hall, 2013; Hopp & Spearman, 2011).

Denna studie utgår från att obalanser i patientflöden kan förstås som ett resultat av en kausal kedja där styrning påverkar prioriteringar, som i sin tur påverkar hur inflödet av patienter utvecklas i relation till systemets kapacitet. När dessa två inte är synkroniserade uppstår köer, som ytterligare förstärks av variation och beroenden mellan olika delar av systemet (Langenbrunner et al., 2009; Hopp & Spearman, 2011).

För att analysera denna kedja används tre kompletterande perspektiv. Ersättningsmodeller och incitament används för att analysera hur styrning påverkar vilka processteg som prioriteras. Processtyrning används för att analysera hur dessa prioriteringar påverkar relationen mellan inflöde och kapacitet i olika delar av patientflödet. Slutligen används ett system- och nätverksperspektiv för att analysera hur externa beroenden och organisatoriska gränser påverkar möjligheten att korrigera de obalanser som uppstår. Tillsammans möjliggör dessa perspektiv en analys som inte enbart beskriver att obalanser finns, utan som förklarar varför de uppstår, hur de upprätthålls och varför de är svåra att åtgärda.

2.3 Ersättningsmodeller och incitament i vården

Ersättningsmodeller inom vården utgör ett centralt styrinstrument, då de påverkar hur resurser fördelas och vilka processteg som prioriteras. I många system baseras ersättningen helt eller delvis på utförda processteg (aktiviteter), där specifika insatser, såsom patientbesök, genererar ekonomisk ersättning (Anell, 2010; Jacobsson, 2007; Socialstyrelsen, 2025). Samtidigt är effekterna av aktivitetsbaserad ersättning inte entydiga. I en översikt av empiriska studier från skandinaviska sjukhus visar Jakobsen (2010) att aktivitetsbaserad ersättning inte nödvändigtvis leder till högre effektivitet. Resultaten är blandade, vilket indikerar att ersättningsmodellens effekter beror på hur de uppfattas och implementeras i den organisatoriska kontexten.

Vidare påverkar ersättningsmodeller inte enbart individuella beslut, utan även hur vårdgivande organisationer strukturerar sin verksamhet och fördelar sina resurser. Ersättningssystem skapar incitament som påverkar både produktionens omfattning och sammansättning, vilket innebär att vårdgivare anpassar sin organisation efter hur ersättningen är utformad (Langenbrunner et al., 2009). När ersättning kopplas till enskilda processteg, exempelvis patientbesök, uppstår incitament att maximera produktionen av dessa

processteg (Ellis & Miller, 2008). Detta leder till att resurser och kapacitet omfördelas inom organisationen för att stödja denna produktion, även när detta inte är optimalt ur ett flödesperspektiv.

När ersättning och uppföljning kopplas till enskilda processteg uppstår en situation där olika delar av vårdprocessen optimeras separat. Detta kan förstås som suboptimering, där enskilda delar av systemet optimeras på bekostnad av helheten. Verksamheter tenderar att prioritera det som mäts och belönas, vilket kan leda till målförskjutning där produktion i ett visst processteg blir ett mål i sig (Jacobsen & Thorsvik, 2021; Anell, 2014).

Denna mekanism kan beskrivas i flera steg. För det första skapar ersättningen ett ekonomiskt incitament att producera i specifika processteg. För det andra internaliseras detta incitament i verksamheten genom uppföljning och styrning, vilket påverkar hur resurser fördelas i den dagliga driften. För det tredje leder detta till prioriteringar som maximerar produktionen i dessa processteg, även när detta inte är optimalt sett till hela processen (Langenbrunner et al, 2009; Statens offentliga utredningar, 2017).

I ett flödesperspektiv innebär detta inte att ett ökat antal förstabesök i sig är problematiskt, utan att det kan skapa obalans om kapaciteten i efterföljande processteg inte dimensioneras eller prioriteras i relation till det inflöde som genereras. Tidigare forskning om ersättningsmodeller visar att ekonomiska styrmedel kan påverka vilka processteg som vårdgivare prioriterar (Hall, 2013), medan forskning om patientflöden och köteori visar att bristande synkronisering mellan efterfrågan och kapacitet leder till köer och väntetider (Hopp & Spearman, 2011). I denna studie används dessa perspektiv för att analysera om styrningen mot förstabesök vid ÖNH-mottagningen bidrar till att patienter ackumuleras i återbesök och operation/åtgärd, där kapaciteten är mer begränsad.

2.4 Processtyrning i vårdflöden

För att förstå konsekvenserna av dessa prioriteringar behöver patientflödet analyseras som ett sammanhängande system av processteg. Inom operations management betraktas verksamheter som flöden där resurser omvandlar input till output genom en serie av beroende aktivitet (Hall, 2013; Denton, 2013). I en vårdkontext motsvaras detta av patientflöden, där patienter rör sig genom de olika processtegen.

Ett centralt begrepp inom processtyrning är relationen mellan inflöde och kapacitet. När inflödet av patienter närmar sig maximal kapacitet så uppstår köer, vilket leder till ökade väntetider. Enligt principer om köteori är detta samband icke-linjärt, vilket innebär att även små ökningar i inflöde kan leda till kraftigt ökade köer när systemet närmar sig sin kapacitetsgräns (Hall, 2013). Detta innebär att system som i genomsnitt är balanserade ändå kan uppvisa betydande ökande/minskade köer.

När processteg är beroende av varandra får förändringar i ett steg direkta konsekvenser för efterföljande steg. Om inflödet ökar i ett tidigt steg, exempelvis genom fler förstabesök, ökar belastningen på efterföljande steg. Om dessa steg redan opererar nära sin kapacitetsgräns uppstår en flaskhals, vilket leder till att patienter ackumuleras i systemet (Hall, 2013; Hopp & Spearman (2011).

Denna effekt kan förstärkas ytterligare av variation i inflöde och kapacitet. Variation innebär att resurser periodvis överbelastas, vilket skapar köer även när den genomsnittliga kapaciteten motsvarar efterfrågan. Detta är centralt inom köteori och innebär att system är känsliga för obalanser, även när dessa är relativt

små. Empiriskt stöd för variationens betydelse i vårdprocesser finns hos Santos (2013), som visar att vårdgivares kapacitet ofta inte är synkroniserad med patienternas efterfrågan, och att variation i kapacitet i vissa fall kan överstiga variationen i efterfrågan. Detta är särskilt relevant i vårdflöden där samma personal eller resurser används i flera processteg, eftersom variation då kan skapa instabilitet även när den genomsnittliga kapaciteten framstår som tillräcklig.

Vidare visar forskning att planeringsbeslut om kapacitet ofta fattas separat på olika nivåer i organisationen. Kapacitetsplanering och operativ schemaläggning hanteras i många fall som separata processer, vilket kan leda till planer som är teoretiskt möjliga men svåra att genomföra i praktiken (Yao et al., 2022). På motsvarande sätt kan planeringsmodeller som inte beaktar kapacitetsbegränsningar leda till att inflödet ökar utan att systemet har förmåga att hantera det (Jodlbauer & Strasser, 2019).

Processtyrning som synsätt kontrasterar mot klassisk produktionsstyrning; Produktionsstyrning har historiskt haft fokus på att maximera output i form av enskilda aktiviteter eller processteg, medan processtyrning fokuserar på att optimera flödet genom en hel process (Rosenbäck, 2017; Holweg et al., 2018). Processtyrning kan på så vis ses som en vidareutveckling av produktionsstyrning, där fokus flyttas från lokal effektivitet till systemets totala genomströmning. Denna utveckling har drivits av insikten att optimering av enskilda delar inte nödvändigtvis leder till ett effektivt helhetsutfall, utan i stället kan skapa obalanser och köer i systemet (Hopp & Spearman, 2011).

I moderna vårdverksamheter samexisterar ofta flera styrlogiker. Ersättningsmodeller och prestationsmått kan rikta uppmärksamheten mot mätbara aktiviteter, exempelvis stegen i en vårdprocess, eftersom ekonomiska styrmedel kan påverka vårdgivares prioriteringar och produktionens sammansättning (Langenbrunner et al., 2009; Ellis & Miller, 2008). Samtidigt kräver hantering av patientflöden att inflöde, kapacitet och efterföljande processteg balanseras över tid. Inom processteori betonas att optimering av enskilda delar inte nödvändigtvis leder till ett effektivt helhetsflöde, utan kan skapa köer och obalanser när kapacitet och efterfrågan inte är synkroniserade (Hall, 2013; Hopp & Spearman, 2011). I vårdkontext förstärks detta av att patientflöden ofta sträcker sig över flera aktörer och organisatoriska gränser, vilket skapar behov av samordning mellan olika delar av vårdsystemet (Gremyr et al., 2025; Lillrank, 2012). I denna studie används detta som utgångspunkt för att analysera hur styrning mot förstabesök kan samspela med begränsad kapacitet i återbesök och operation/åtgärd, och därmed bidra till obalanser i patientflödet.

I relation till denna studie innebär detta att styrning mot förstabesök kan få konsekvenser för efterföljande processteg. Om ett ökat antal förstabesök leder till fler patienter vidare i processen, samtidigt som kapaciteten i återbesök och operation/åtgärd är begränsad, kan obalanser uppstå i form av köbildning och försämrad genomströmning (Hall, 2013; Hopp & Spearman, 2011). Processtyrning möjliggör därmed en analys av hur lokala prioriteringar kan översättas till systemeffekter i patientflödet (Langenbrunner et al., 2009; Hall, 2013).

2.5 Vårdnätverk och systemperspektiv

Även om obalanser kan identifieras genom analys av incitament och flödesdynamik, beror möjligheten att åtgärda dem på hur vården är organiserad. Vården kan förstås som ett system av flera ömsesidigt beroende aktörer, där patientens väg genom systemet skapas genom interaktioner mellan olika verksamheter, där dessa motsvaras huvudsakligen av primärvård och specialistvård, men även regionen som dessa verkar i

(Gremyr et al., 2025). En central egenskap hos sådana vårdnätverk är att de består av aktörer med olika mål, incitament och resurser. Detta innebär att beslut fattas lokalt inom varje verksamhet, men att konsekvenserna av dessa beslut sträcker sig över hela systemet (Gao et al., 2019). Samtidigt kräver effektiva patientflöden koordinering mellan aktörer, både vad gäller processteg och informationsdelning (Chen et al., 2024).

I praktiken präglas vårdnätverk ofta av bristande koordinering och otydliga ansvarsförhållanden (Chen et al., 2024; Gremyr et al., 2025; Maris et al., 2023). Detta innebär att inflöde, kapacitet och prioriteringar inte nödvändigtvis är synkroniserade mellan olika delar av systemet. Ur ett systemperspektiv innebär detta att obalanser som uppstår inte enkelt kan korrigeras genom lokala förändringar. Forskning om nätverksstyrning i vården visar att samordning mellan aktörer inte enbart beror på att aktörerna ingår i samma vårdssystem, utan även på hur nätverket styrs. Maris et al. (2023) visar att olika kombinationer av styrningsstruktur och styrningsstil skapar olika förutsättningar för samverkan. Detta är relevant i vårdflöden där en enskild mottagning påverkas av remissinflöde, gemensamma resurser och beslut som fattas på andra nivåer i systemet.

Vidare kan vårdnätverk förstås som komplexa system, där många beroenden och återkopplingar gör det svårt att förutsäga effekter av enskilda förändringar (Arruda et al., 2015). Detta innebär att problem i patientflöden ofta uppstår genom samspelet mellan flera faktorer, och att åtgärder i en del av systemet kan få oväntade konsekvenser i andra delar. En viktig implikation av detta är att enskilda verksamheter har begränsat inflytande över det totala patientflödet. Faktorer såsom remissinflöde, tillgång till gemensamma resurser och övergripande styrning påverkas av andra aktörer i systemet. Detta innebär att även om obalanser identifieras, kan möjligheten att åtgärda dem vara begränsad av strukturer utanför den egna verksamheten (Gremyr et al., 2025; Maris et al., 2023).

Lillrank (2012) kopplar integrerad vård till operations management genom att beskriva koordinering som organisering av vårdens element i processer. Därmed kan vårdnätverk förstås som processsystem där samordning mellan aktörer är nödvändig för att patientflödet ska fungera. Detta knyter samman nätverksperspektivet med processtyrning, eftersom patientens resa inte enbart påverkas av kapacitet inom en enskild mottagning, utan även av hur aktiviteter och resurser koordineras mellan olika aktörers separata processer.

I relation till denna studie innebär detta att de obalanser som uppstår till följd av incitament och flödesdynamik inte nödvändigtvis kan lösas enbart genom förändringar inom den studerade enheten. I stället krävs ett systemperspektiv som beaktar hur olika delar av vårdnätverket samverkar och hur detta påverkar flödets funktion.

2.6 Integrerad modell

De tre perspektiven – ersättningsmodeller och incitament, processtyrning samt system- och nätverksperspektiv – används i denna studie som en sammanhängande analysram för att förstå hur obalanser uppstår och upprätthålls i flödet genom en vårdprocess. Perspektiven kompletterar varandra genom att belysa olika delar av samma mekanism, från styrning och prioritering till flödesdynamik och systembegränsningar. I studien används incitamentsperspektivet för att identifiera hur styrning påverkar vilka processteg som prioriteras, processtyrning för att analysera hur dessa prioriteringar påverkar

relationen mellan inflöde och kapacitet, samt systemperspektivet för att förstå hur organisatoriska beroenden påverkar möjligheten att hantera de obalanser som uppstår.

Kopplingen mellan ersättningsmodeller och vårdnätverk är central, eftersom ekonomisk styrning inte enbart påverkar enskilda verksamheter utan även relationen mellan aktörer. Agyepong et al. (2014) visar att finansierings- och ersättningsmodeller kan påverka ansvarsfördelning, aktörers beteende och samordningsbehov i ett vårdsystem. Detta innebär att ersättningsmodeller behöver förstås som en del av systemets styrning, snarare än enbart som ett internt ekonomiskt incitament. Ett sådant perspektiv utvecklas vidare av Reindersma et al. (2022), som visar hur ersättningsmodeller på nätverksnivå kan användas för att påverka samordning, resursanvändning och prestation i vårdnätverk. För denna studie är detta relevant eftersom patientflödet i den studerade mottagningen inte enbart formas av den egna enhetens kapacitet, utan av flera beroende aktörer och processteg.

Samtidigt visar Yordanov et al. (2024) att finansiella incitament kan användas för att främja integrerad vård, men att deras effekt beror på stödjande strukturer som informationssystem, kommunikationsvägar och gemensamma riktlinjer. Detta stärker tolkningen att ekonomisk styrning och vårdnätverk inte kan analyseras separat. Ersättningsmodeller påverkar alltså inte enbart vad en enskild mottagning prioriterar, utan också vilka förutsättningar som finns för samordning mellan delar av vårdsystemet.

Tillsammans möjliggör dessa perspektiv en analys av sammanhängande kausala kedjor, där styrning påverkar prioriteringar, prioriteringar påverkar inflöde, och relationen mellan inflöde och kapacitet ger upphov till obalanser i flödet. Samtidigt synliggör systemperspektivet hur dessa obalanser förstärks och upprätthålls genom beroenden mellan olika delar av vårdsystemet. Denna analysram används därmed inte enbart för att beskriva observerade mönster i flödet, utan för att förklara varför de uppstår och vilka mekanismer som driver dem. Genom att identifiera dessa mekanismer skapas också en grund för att bedöma vilka typer av åtgärder som kan bidra till att balansera flödet.

Specifikt möjliggör ramen en analys av hur styrning och incitament påverkar inflödet av patienter, hur detta inflöde relaterar till tillgänglig kapacitet i olika delar av systemet, samt hur organisatoriska och strukturella begränsningar påverkar genomförbarheten av olika åtgärder. Detta innebär att analysramen inte enbart förklarar varför obalanser uppstår, utan även används för att identifiera och värdera förbättringsförslag utifrån deras påverkan på relationen mellan inflöde och kapacitet, samt deras genomförbarhet i det befintliga systemet.

3. Metod

Arbetet genomförs i form av en explorativ fallstudie av specialistvården på Södra Älvsborgs Sjukhus Öron-Näsa-Hals-mottagning, där insamling av kvantitativ sekundärdata kombineras med kvalitativa metoder, och analys sker i återkommande avstämningar med verksamheten. Kombinationen av kvalitativ och kvantitativ data, hämtad direkt från en verklig mottagning möjliggör en realistisk bild av hur samspelet mellan olika processteg ser ut i praktiken, samt hur det påverkas av såväl olika incitament som av beroenden av övriga delar av vårdssystemet. Därutöver bidrar den tid som tillbringas på plats till en fördjupad förståelse för verksamheten. Tillsammans med möten, samtal, och den mer strukturerade datainsamlingen utgör detta studiens grund, i den mån den berör mottagningen specifikt.

3.1 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes stegvis och utvecklades successivt i takt med att förståelsen för verksamheten fördjupades. Arbetet inleddes med ett uppstartsmöte tillsammans med utvecklingsledare och enhetschef för ÖNH, där studiens inriktning, verksamhetens övergripande utmaningar och relevanta datakällor diskuterades. Därefter deltog författarna vid ett uppföljnings- och produktionsmöte, vilket gav inblick i hur produktion, tillgänglighet och prioriteringar följs upp i verksamhetens löpande styrning. Efter detta samlades den kvantitativa datan in tillsammans med utvecklingsledaren, med fokus på produktion, köer och tillgänglighet för de processteg som studien behandlar. Den kvantitativa bilden kompletterades sedan genom enskilda samtal med enhetschef och medicinsk sekreterare med ansvar för tidsbokning, där arbetssätt, prioriteringar och praktiska begränsningar i flödet förtydligades. Slutligen genomfördes en workshop med representanter från verksamheten, där preliminära mönster och möjliga förbättringsområden diskuterades. Datainsamlingen följde därmed en iterativ logik, där tidiga möten och observationer användes för att förstå verksamheten och identifiera relevanta datakällor, den kvantitativa analysen användes för att synliggöra centrala mönster, och de senare samtalen samt workshoppen användes för att fördjupa och tolka dessa mönster.

3.2 Kvantitativ data

För att besvara den första frågeställningen analyseras kvantitativ data om produktion, köer och tillgänglighet för förstabesök, återbesök och operation/åtgärd. Analysen bygger dels på deskriptiva jämförelser mellan processtegen, dels på en enkel trendanalys av köutvecklingen över tid. Syftet med trendanalysen är att bearbeta den deskriptiva datan så att enskilda tillfälliga variationer inte tolkas som strukturella mönster.

Trendanalysen genomförs i tre steg. För det första beräknas förändringen mellan periodens första och sista mätpunkt, både i absoluta tal och i procent. För det andra analyseras utvecklingens riktning med hjälp av linjära trendlinjer för respektive processteg, där tid används som oberoende variabel och antal väntande patienter som beroende variabel. Trendlinjens lutning används för att bedöma om kön ökar eller minskar över perioden, medan R^2 -värdet används som en indikator på hur väl utvecklingen följer en linjär trend. För det tredje används glidande medelvärden för att minska påverkan från enskilda månadsvariationer och synliggöra mer återkommande förändringar i köutvecklingen.

Denna bearbetning används inte som en fullständig statistisk hypotesprövning, eftersom studien omfattar en begränsad tidsperiod och en specifik mottagning. Däremot gör analysen det möjligt att bedöma om de observerade förändringarna är konsekventa över tid och därmed analytiskt relevanta för studiens syfte. Köutvecklingen tolkas därför tillsammans med produktionsdata, tillgänglighetsdata och det kvalitativa materialet från workshop, möten och observationer. På så sätt används den kvantitativa datan både för att beskriva patientflödet och för att bedöma om de identifierade obalanserna framstår som återkommande mönster snarare än enstaka slumpmässiga avvikelser.

Produktionsdata från mottagningens olika processteg används initialt för att kartlägga flödestakten i respektive processteg över tid. Genom att analysera veckovisa volymer möjliggörs en jämförelse mellan de olika processtegen, och fördelningen av kapacitet emellan dessa. Ködata analyseras parallellt för att studera hur de här fördelningarna materialiseras i form av ett balanserat eller obalanserat flöde. Genom att följa utvecklingen av antal väntande patienter i respektive kö över tid kan lokala obalanser identifieras. Detta möjliggör en analys av om köutvecklingen är förenlig med antagandet att belastning kan förskjutas från tidiga till senare processteg.

Vidare används ködatan som en nulägesbeskrivning av hur väntan fördelas mellan de olika processtegen. När incitament, prioriteringar och organisatoriska begränsningar analyseras används köutvecklingen som ett empiriskt underlag för att relatera dessa faktorer till observerade förändringar i patientflödet. Om det kvalitativa materialet exempelvis visar att vissa processteg får större uppmärksamhet i planering och uppföljning, kan ködatan användas för att undersöka om detta sammanfaller med ökande eller minskande väntan i andra delar av flödet. På motsvarande sätt kan ködata, tillsammans med produktions- och tillgänglighetsdata, bidra till att synliggöra var belastning uppstår och var relationen mellan inflöde och tillgänglig kapacitet framstår som obalanserad.

3.3 Kvalitativ data

Den kvalitativa datan används för att analysera vilka faktorer i verksamheten som kan bidra till att de kvantitativa mönstren uppstår och upprätthålls. Som framgår av Tabell 1 består materialet av fyra typer av kvalitativa datakällor: uppstartsmöte, deltagande vid uppföljnings- och produktionsmöte, enskilda samtal samt workshop.

Tabell 1: Kvalitativ datainsamling

<i>Datakälla</i>	<i>Roll i studien</i>	<i>Status</i>
Uppstartsmöte	Förstå uppdrag, problemområde och relevanta datakällor	Orienterande
Uppföljnings-/produktionsmöte	Förstå hur produktion, tillgänglighet och prioriteringar följs upp i praktiken	Verksamhetsförståelse

Enskilda samtal	Fördjupa process, bokning, prioriteringar och praktiska begränsningar	Kompletterande kvalitativ data
Workshop	Huvudsaklig kvalitativ datakälla för teman, mekanismer och åtgärder	Primär kvalitativ data

Uppstartsmötet med utvecklingsledare och enhetschef användes för att skapa en första förståelse för verksamhetens organisation, studiens inriktning och vilka datakällor som var relevanta. Deltagandet vid uppföljnings- och produktionsmötet användes för att förstå hur produktion, tillgänglighet och prioriteringar följs upp i verksamhetens löpande styrning. Dessa två moment hade främst en orienterande funktion och bidrog till att forma den fortsatta datainsamlingen.

De enskilda samtalen med nyckelpersoner, exempelvis enhetschef och medicinsk sekreterare med ansvar för tidsbokning, användes för att förtydliga processer, bokningslogik, prioriteringar och praktiska begränsningar i patientflödet. Dessa samtal dokumenterades genom anteckningar och användes som kompletterande underlag till workshoppen och den kvantitativa analysen.

Workshoppen utgör den huvudsakliga kvalitativa datakällan eftersom den genomfördes i ett senare skede av studien, då tidigare möten, samtal och kvantitativ analys hade skapat en tydligare förståelse för verksamhetens problemområden. Därmed kunde frågorna riktas mer specifikt mot de teman som framträtt under arbetets gång. Eftersom flera olika yrkesroller deltog gav workshoppen dessutom ett bredare underlag än de enskilda samtalen. Workshoppen spelades in, transkriberades och analyserades genom att återkommande teman identifierades, exempelvis prioriteringar, kapacitetsbegränsningar, externa beroenden och möjliga åtgärder.

Produktions-, kö- och tillgänglighetsdata visar hur flödet utvecklas över tid och var obalanser framträder, men visar inte ensamt vilka styrningsmässiga, organisatoriska eller praktiska förhållanden som kan påverka utvecklingen. Det kvalitativa materialet används därför för att jämföra de kvantitativa resultaten med verksamhetens egna beskrivningar av arbetssätt, prioriteringar, kapacitetsbegränsningar och externa beroenden. På så sätt används den kvalitativa datan som en central del av syntesen mellan observerade mönster och möjliga förklaringsfaktorer.

3.4 Närvaro och verksamhetsobservationer

Utöver workshop, dokumenterade samtal och det uppföljnings- och produktionsmöte som beskrivs i avsnitt 3.2 baseras studien även på återkommande närvaro i verksamheten. Denna närvaro skedde i samband med datainsamling, informella avstämningar och besök på mottagningen, och användes som ett kompletterande empiriskt underlag för att förstå hur arbetet organiseras i praktiken. Särskilt fokus låg på hur prioriteringar diskuteras, hur resursbegränsningar kommer till uttryck i den dagliga planeringen och hur faktisk praktik

förhåller sig till formella processbeskrivningar. Av särskilt intresse var hur resurser prioriterades mellan förstabesök, återbesök och operation/åtgärd, samt hur denna prioritering påverkades av tillgång till personal, mottagningsresurser och aktuella produktionskrav. Observationerna används inte som fristående bevis för kausala samband, utan som stöd för att tolka och kontextualisera de mönster som framkommer i övrigt empiriskt material.

3.5 Analysmetod

Analysen genomförs genom att studiens empiriska material kopplas till respektive frågeställning. För att besvara den första frågeställningen används den kvantitativa bearbetning som beskrivits i avsnitt 3.2. Produktionsdata används för att beskriva hur vårdproduktionen fördelas mellan förstabesök, återbesök och operation/åtgärd, ködata används för att identifiera var väntan ökar eller minskar över tid, och tillgänglighetsdata används för att relatera köutvecklingen till verksamhetens prestation mot vårdgaranti och medicinskt måldatum. Genom att jämföra dessa datatyper identifieras var i flödet tecken på ackumulering, flaskhalsar eller förskjuten belastning framträder.

För att besvara den andra frågeställningen analyseras workshopmaterial, möten och samtal med fokus på styrning, uppföljning och prioriteringar. De återkommande teman som identifieras i det kvalitativa materialet jämförs med utvecklingen i produktion, köer och tillgänglighet. På så sätt analyseras om de observerade kömönstren är förenliga med de mekanismer som framträder i verksamhetsdialogen, exempelvis prioritering av vårdgarantirelaterade besök, medicinska måldatum eller skillnader i organisatorisk synlighet mellan processteg.

För att besvara den tredje frågeställningen analyseras kvalitativa data och observationer tillsammans med de kvantitativa mönstren i kö- och tillgänglighetsutvecklingen. Syftet är att identifiera vilka begränsningar som ligger inom mottagningens egen kontroll och vilka som beror på externa beroenden. Exempel på sådana begränsningar är tillgång till läkare, sjuksköterskor, mottagningsrum, operationsutrymme, remissinflöde från primärvården och regional styrning. Analysen används därmed för att skilja mellan lokala förbättringsmöjligheter och frågor som kräver samverkan med andra aktörer i vårdnätverket.

För att besvara den fjärde frågeställningen analyseras de åtgärdsförslag som framkommit i workshop, möten och samtal. Förslagen bedöms utifrån två kriterier: deras förväntade påverkan på relationen mellan inflöde och tillgänglig kapacitet samt deras genomförbarhet inom mottagningen eller i samverkan med andra aktörer. Åtgärderna kopplas därmed till de obalanser, prioriteringar och begränsningar som identifierats tidigare i analysen.

Genom att kombinera kvantitativ data, kvalitativ data och observationer används triangulering för att stärka analysens trovärdighet. Den kvantitativa datan visar hur patientflödet utvecklas över tid, medan det kvalitativa materialet och observationerna används för att analysera vilka faktorer som kan göra dessa mönster begripliga i verksamhetens praktiska kontext. När flera datakällor pekar i samma riktning stärks tolkningen av att de observerade obalanserna är del av ett återkommande mönster i patientflödet, snarare än enskilda avvikelser.

Studien har vissa metodologiska begränsningar. Den kvantitativa datan bygger på interna uppföljningssystem och påverkas därför av hur besök klassificeras och rapporteras i verksamheten. Eftersom

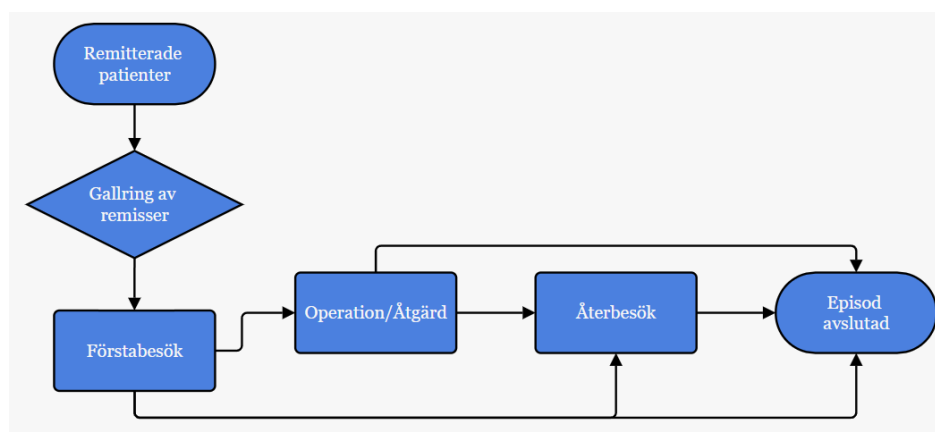
studien är en fallstudie av en specifik mottagning under en begränsad tidsperiod kan resultaten inte generaliseras direkt till andra verksamheter. Syftet är i stället att analysera hur obalanser framträder i det studerade fallet och att identifiera mekanismer som kan vara relevanta även i liknande vårdflöden. Observationer och samtal används som kompletterande material och stärker förståelsen av verksamheten, men kan inte ensamma fastställa kausala samband.

4. Resultat

I detta kapitel presenteras studiens empiriska resultat. Kapitlet inleds med en processkartläggning av patientflödet genom mottagningen, baserad på samtal och möten med personal i verksamheten. Därefter redovisas den kvantitativa datan om produktion, köutveckling och tillgänglighet för förstabesök, återbesök och operation/åtgärd. Den kvantitativa redovisningen används för att visa hur patientflödet utvecklas över tid och var tecken på obalans framträder. Avslutningsvis presenteras det kvalitativa materialet från workshop, möten, samtal och verksamhetsobservationer, med fokus på prioriteringar, begränsningar och möjliga åtgärder. I samtliga fall redovisas resultaten deskriptivt; tolkningar av bakomliggande mekanismer utvecklas vidare i analyskapitlet.

4.1 Processkartläggning genom samtal och möten

Processkartläggningen i Figur 2 bygger på uppstartsmötet med utvecklingsledare och enhetschef samt efterföljande enskilda samtal och avstämningar med personal i verksamheten. Uppstartsmötet användes för att skapa en första förståelse för verksamhetens övergripande problemområde och relevanta datakällor, medan de enskilda samtalen fördjupade bilden av patientflödets praktiska utformning, bokningslogik och beslutspunkter.



Figur 2: förenklat flödesschema över mottagningen

Flödet inleds med att patienter remitteras till mottagningen. Innan patienten bokas till ett eventuellt förstabesök sker en gallring av remisser, där remisser från primärvården granskas. Remisser som bedöms vara felriktade eller otillräckliga kan skickas tillbaka till remittenten för fortsatt handläggning eller komplettering. Accepterade remisser leder vidare till förstabesök, vilket i modellen utgör patientens första kontakt med mottagningen.

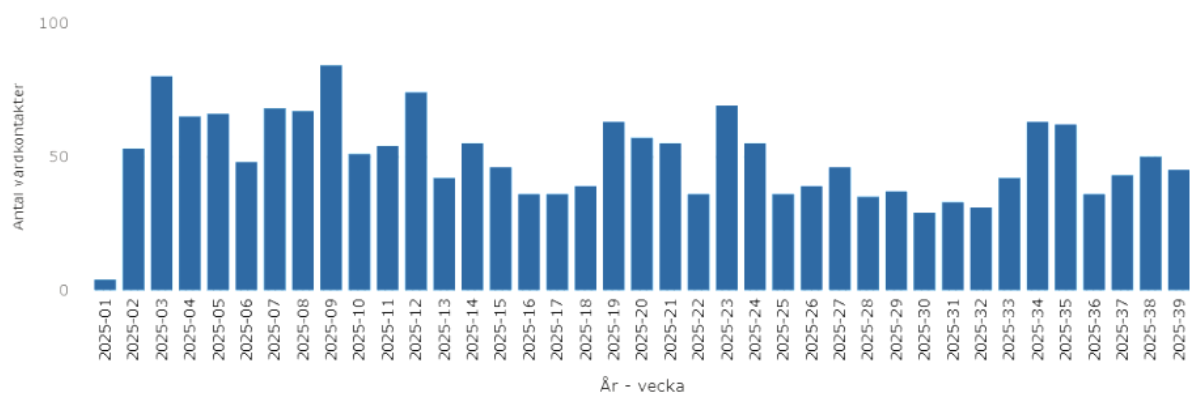
Efter förstabesöket kan patienten följa flera olika vägar. Patienten kan avslutas utan fortsatt behandling eller uppföljning, bokas för operation/åtgärd eller kallas till återbesök. Efter operation/åtgärd kan patienten antingen avslutas eller följas upp genom återbesök. Återbesök kan i sin tur leda till fortsatt uppföljning, ny åtgärd eller avslutad vårdepisod. Modellen visar därmed hur ett initialt inflöde till mottagningen kan skapa efterföljande behov i senare processteg.

4.2 Kvantitativ data

Den kvantitativa redovisningen omfattar produktion, köutveckling och tillgänglighet för förstabesök, återbesök och operation/åtgärd. Dessa mått används tillsammans för att beskriva hur patientflödet utvecklas över tid: produktionen visar genomförda vårdkontakter, ködatan visar var väntan byggs upp och tillgänglighetsdatan visar hur utvecklingen förhåller sig till vårdgaranti och medicinska måldatum. På så sätt skapas en grund för att identifiera om belastningen är jämnt fördelad i flödet.

4.2.1 Variation i inflöde och fördelning av kapacitet

Verksamhetens produktion varierar över tid. Figuren nedan visar veckovis produktion av förstabesök under den studerade perioden och illustrerar att antalet genomförda förstabesök skiljer sig mellan olika veckor. Vissa veckor genomförs betydligt fler förstabesök än andra, vilket visar att produktionen inte är jämnt fördelad över perioden. Figuren används här deskriptivt för att visa variation i ett centralt processteg, inte för att ensam förklara utvecklingen i övriga delar av patientflödet.



Figur 3: Variation i inflödet veckovis

För en mer fullständig bild av produktionens omfattning kompletteras den veckovisa produktionsdatan med data över totalt antal vårdtillfällen i de olika processtegen, samt den procentuella fördelningen mellan dem, Tabell 2 nedan.

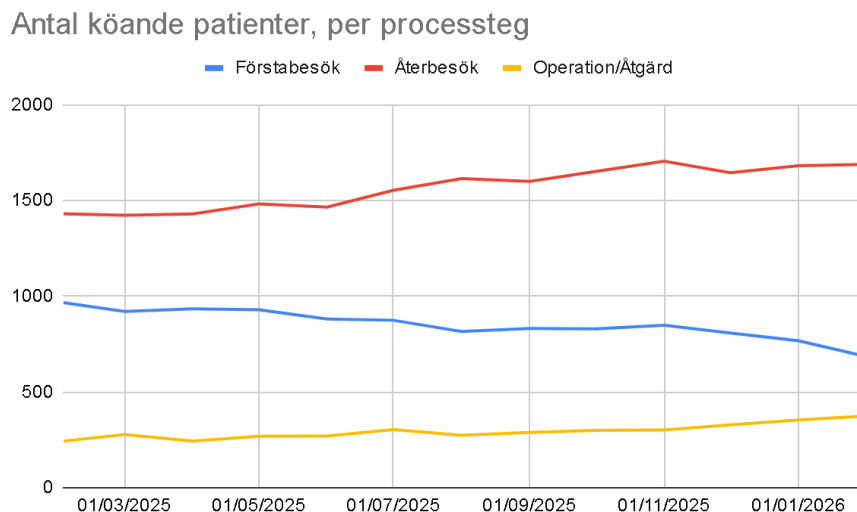
Tabell 2: fördelning av produktion

Processteg	Förstabesök	Operation/Åtgärd	Återbesök
Antal besök	5062	1606	6428
Andel av kapacitet	38,6%	12,3%	49,1%

Sammanfattningsvis visar resultaten att återbesök utgör det enskilt största processteget sett till volym, medan förstabesök och operation/åtgärd representerar mindre, men fortfarande betydande delar av den totala produktionen.

4.2.2 Patienter i kö

Antalet köande patienter varierar mellan processtegen och över tid. Figuren nedan visar utvecklingen av antal väntande patienter per processteg under den studerade perioden, baserat på data från sjukhusets interna system.



Figur 4. Antal köande patienter per processteg över tid.

Figuren visar att kövolymerna skiljer sig tydligt mellan processtegen, både i nivå och i utveckling över tid. Återbesök utgör genomgående den största kön och ligger på en väsentligt högre nivå än övriga steg under hela perioden. Förstabetesök ligger på en lägre nivå och uppvisar en svagt minskande trend över tid, medan operation/åtgärd har den lägsta nivån av köande patienter men visar en successiv ökning. Skillnaderna mellan processtegen är relativt stabila över tid, där återbesök konsekvent står för den största andelen av den totala kövolymen, följt av förstabetesök och därefter operation/åtgärd.

Under perioden uppvisar väntelistan för operation/ åtgärd en tydligt ökande utveckling, från 243 till 375 väntande patienter – en ökning med 54%. Förstabetesök visar en motsatt utveckling, där antalet väntande minskar med 30%, från 976 till 685 patienter. För återbesök observeras en kontinuerlig, men mer gradvis ökning, där kön växer från 1431 till 1689 patienter, motsvarande en ökning med 258 patienter eller cirka 18 procent.

För att vidare analysera om köutvecklingen utgör ett återkommande mönster snarare än enstaka variationer genomfördes en enkel trendanalys för respektive processteg. Analysen omfattade förändring mellan första och sista mät punkt, linjär trendriktning, R^2 -värde samt tre månaders glidande medelvärde.

Resultatet visar att utvecklingen skiljer sig tydligt mellan processtegen. Kön till förstabetesök minskade från 967 till 685 patienter, vilket motsvarar en minskning med 282 patienter eller cirka 29 procent. Den linjära trendlinjen har en negativ lutning på -18,4 patienter per månad och ett R^2 -värde på 0,87. Detta innebär att minskningen inte enbart beror på skillnaden mellan första och sista mät punkt, utan att utvecklingen följer en tydligt nedåtgående trend över perioden. Även det glidande medelvärdet minskade, från 941 till 754 patienter.

Kön till återbesök ökade från 1431 till 1689 patienter, vilket motsvarar en ökning med 258 patienter eller cirka 18 procent. Den linjära trendlinjen har en positiv lutning på 26,3 patienter per månad och ett R²-värde på 0,90. Detta visar att återbesökskön uppvisar en relativt konsekvent ökning över perioden, trots vissa månadsvisa variationer. Det glidande medelvärdet ökade från 1428 till 1672 patienter, vilket stärker bilden av en gradvis uppbyggnad av kö.

Kön till operation/åtgärd ökade från 243 till 375 patienter, vilket motsvarar en ökning med 132 patienter eller cirka 54 procent. Den linjära trendlinjen har en positiv lutning på 9,1 patienter per månad och ett R²-värde på 0,81. Även här visar analysen alltså en tydligt ökande trend över perioden. Det glidande medelvärdet ökade från 255 till 352 patienter, vilket tyder på att ökningen inte enbart drivs av enstaka månadsvariationer.

Sammantaget visar trendanalysen i Tabell 3 nedan, att köutvecklingen har olika riktning i olika delar av patientflödet. Förstabesök minskar tydligt, medan återbesök och operation/åtgärd ökar. Detta innebär att den totala könivån riskerar att dölja en omfördelning av väntan inom systemet, där belastningen minskar vid inloppet men ökar i efterföljande processteg.

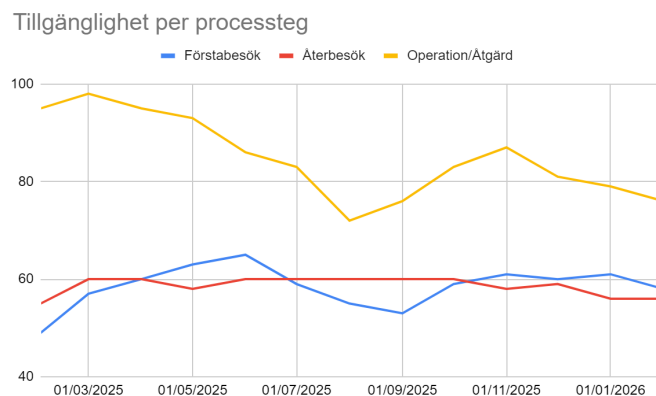
Tabell 3: Trendanalys av köer

<i>Processteg</i>	<i>Första mät punkt</i>	<i>Sista mät punkt</i>	<i>Förändring</i>	<i>Förändring %</i>	<i>Trendlinje, patienter/månad</i>	<i>R²</i>	<i>3 mån. glidande medelvärde, första</i>	<i>3 mån. glidande medelvärde, sista</i>
<i>Förstabesök</i>	967	685	-282	-29%	-18,4	0,87	941	754
<i>Återbesök</i>	1431	1689	+258	+18%	+26,3	0,90	1428	1672
<i>Operation/åtgärd</i>	243	375	+132	+54%	+9,1	0,81	255	352

4.2.3 Prestation mot olika mått

Under 2025 beställdes totalt 4967 förstabesök. Totalt genomfördes 5062 besök, vilket motsvarar 102 % av den planerade volymen (se bilaga 1). För operation/åtgärd beställdes 1410 besök, medan man producerade 1606 stycken. Detta innebär att produktionen av samtliga ersatta besök översteg den nivå som krävdes för att uppnå full ersättning för året.

För att relatera denna produktion till utvecklingen i olika delar av processen visar Figur 5 hur tillgängligheten har varierat över tid i respektive processteg, mätt som andel av vårdgaranti för förstabesök och operation/åtgärd, och medicinskt måldatum för återbesök.



Figur 5: Tillgänglighet (%) baserad på vårdgaranti (FB & op/åtg), och medicinskt måldatum (ÅB)

Figuren visar att tillgängligheten för förstabetesök och återbesök hålls på en relativt stabil nivå under året, medan operation/åtgärd uppvisar större variation. I detta processteg förekommer tydliga nedgångar i tillgänglighet, där nivåerna periodvis sjunker markant jämfört med övriga steg.

Sammantaget visar resultaten att utvecklingen i tillgänglighet skiljer sig mellan processteg, samt att det finns en negativ trend specifikt gällande tillgänglighet inom operation/åtgärd. Detta sker parallellt med att man producerar i enlighet med sin plan.

Tillgänglighetsdatan analyserades på motsvarande sätt genom förändring mellan första och sista mätpunkt, linjär trendriktning och tre månaders glidande medelvärde. För förstabetesök ökade tillgängligheten från 49 till 58 procent under perioden. Den linjära trendlinjen är svagt positiv, men R^2 -värdet är lågt, vilket innebär att utvecklingen inte följer en tydlig linjär trend. Tillgängligheten för återbesök är relativt stabil och förändras endast från 55 till 56 procent. Även här är R^2 -värdet lågt, vilket tyder på att utvecklingen snarare präglas av små variationer kring en stabil nivå än av en tydlig trend.

För operation/åtgärd ser utvecklingen annorlunda ut. Tillgängligheten som visas nedan i Tabell 4 minskar från 95 till 76 procent, vilket motsvarar en minskning med 19 procentenheter. Den linjära trendlinjen har en negativ lutning på -1,6 procentenheter per månad och ett R^2 -värde på 0,58. Även det glidande medelvärdet minskar, från 96 till 79 procent. Detta visar att operation/åtgärd inte bara har en ökande kö, utan också en försämrad tillgänglighet över perioden.

Tabell 4: Tillgänglighet för processteg

Processteg	Första mätpunkt	Sista mätpunkt	Förändring, procentenheter	Trendlinje, procentenheter / månad	R^2	3 mån. glidande medelvärde, första	3 mån. glidande medelvärde, sista
Förstabetesök	49%	58%	+9	+0,3	0,06	55%	60%
Återbesök	55%	56%	+1	-0,1	0,04	58%	57%
Operation/åtgärd	95%	76%	-19	-1,6	0,58	96%	79%

4.3 Observationer

Detta avsnitt bygger på deltagande vid uppföljnings- och produktionsmöte samt återkommande närvaro, informella avstämningar och samtal i samband med besök på mottagningen. Materialet används här för att beskriva hur uppföljning, prioriteringar och resursbegränsningar framträdde i verksamhetens praktiska arbete.

Observationerna visade att förstabesök hade en tydlig roll i verksamhetens löpande uppföljning. Vid möten och avstämningar återkom diskussioner om produktionsplanen och hur verksamheten låg till i förhållande till planerade volymer. Detta gjorde att förstabesök framstod som ett processteg med hög organisatorisk synlighet. Återbesök och operation/åtgärd diskuterades också, men observationerna gav bilden av att dessa processteg i större utsträckning hanterades som konsekvenser av tidigare beslut och befintlig kapacitet, snarare än som lika centrala delar av produktionsuppföljningen.

Vidare observerades att planeringen av verksamheten påverkades av flera praktiska begränsningar. Tillgång till läkare, sjuksköterskor, mottagningsrum och operationsresurser framstod som återkommande faktorer som påverkade möjligheten att fördela kapacitet mellan olika processteg. I praktiken innebar detta att kapacitet inte kunde flyttas fritt mellan förstabesök, återbesök och operation/åtgärd, även när köutvecklingen indikerade ett behov av omfördelning.

I observationerna framträdde även att vårdprocessen i praktiken var mer komplex än den förenklade processkarta som används i studien. Beslut om patientens väg genom processen berodde på medicinsk bedömning, tillgängliga tider och externa beroenden. Förstabesök, återbesök och operation/åtgärd framträdde därmed som ömsesidigt beroende delar av patientflödet, snarare än som helt separata besökskategorier.

Därutöver indikerade observationerna att verksamheten i hög grad behövde hantera problem som uppstod utanför den egna mottagningens direkta kontroll. Exempelvis framstod remissinflödet från primärvården, uteblivna patientbesök och tillgången till gemensamma resurser som faktorer som påverkade mottagningens planering. Dessa faktorer bidrog till att skapa variation i arbetsbelastningen och begränsade verksamhetens möjlighet att självständigt balansera inflöde och kapacitet.

Sammantaget bidrog observationerna med en fördjupad förståelse för hur styrning, kapacitet och praktiska begränsningar påverkar patientflödet i vardagen. Observationerna stödjer därmed den bild som framkommer i den kvantitativa datan och i workshopmaterialet: att obalanser i flödet inte enbart kan förstås som ett resultat av total kapacitetsbrist, utan också som en konsekvens av hur olika processteg synliggörs, prioriteras och begränsas i den dagliga verksamheten.

4.4 Workshop

Workshopen utgör studiens huvudsakliga kvalitativa datakälla. Den genomfördes i ett senare skede av studien, efter processkartläggning, kvantitativ analys och enskilda samtal, vilket gjorde det möjligt att rikta diskussionen mot de problemområden som framträtt under arbetets gång. Materialet analyserades tematiskt utifrån studiens frågeställningar. Återkommande resonemang kring prioriteringar, styrning, kapacitet, externa beroenden och förbättringsförslag identifierades och sammanfördes till teman. De citat

som presenteras i resultatdelen har valts ut för att illustrera dessa teman. Citatens funktion är inte att ensamma belägga slutsatser, utan att konkretisera mönster som återkom i materialet.

4.4.1 Prioriteringar och incitament

Workshopen visar att prioriteringar mellan processteg är en återkommande fråga i verksamheten. I diskussionen beskrivs förstabesök som ett processteg som får stort utrymme i planering och uppföljning. Flera deltagare lyfter att detta fokus påverkar hur verksamheten förhåller sig till återbesök och operation/åtgärd.

“Det medicinska perspektivet föll lite på skrå... det var väldigt stort fokus på första besök.”

“Bara för att snygga till siffrorna så ska man trycka in massa förstabesök...”

Prioriteringen av förstabesök kopplas i workshopen till ersättningsmodellen och till de produktionskrav som ställs på verksamheten. Deltagarna beskriver att förstabesök är det processteg som tydligast kopplas till produktionsplanen (PK) och ekonomisk ersättning, vilket gör att dessa volymer får en framträdande roll i verksamhetens uppföljning.

“Det är det vi får betalt för i PK då.”

Denna bild återkom även i det uppföljnings- och produktionsmöte som författarna deltog vid, där en deltagare lyfte samma problematik:

“Någon har talat om för oss hur många förstabesök vi ska göra för att tjäna pengar, vår skyldighet mot politiken.”

Samtidigt framkommer att detta upplevs skapa en spänning gentemot andra vårdbehov. Återbesök beskrivs som ett processteg där patienternas behov ofta redan är känt, men där tider ändå kan vara svåra att erbjuda inom önskad tidsram.

“De vi sätter på återbesök, de vet vi att de är sjuka... många kommer inte in i tid.”

“De efterföljande besöken kanske bortprioriteras lite grann för att man måste jobba på det sättet.”

Flera deltagare beskriver också att efterföljande besök kan påverkas av att verksamheten behöver förhålla sig till produktionskraven för förstabesök. Detta uttrycks som att återbesök i vissa situationer får stå tillbaka när verksamheten arbetar för att möta kraven på nybesök.

4.4.2 Strukturella och organisatoriska begränsningar i flödet

Workshopen visar att flera delar av patientflödet påverkas av faktorer som deltagarna uppfattar ligga utanför mottagningens direkta kontroll. En sådan faktor är remissinflödet från primärvården. Deltagarna beskriver att en del inkommande remisser gäller patienter som enligt deras bedömning hade kunnat hanteras tidigare i vårdkedjan.

“Det vi skulle vilja kapa är ju egentligen remissinflödet.”

“Alla... sitter och funderar varför kom denna remissen in till mig? Den skulle ju aldrig kommit.”

*“Om jag gissar, så vid förstabesök så är det ungefär en tredjedel operation, en tredjedel avslutas och en tredjedel går på kontrollen (*Återbesök).”*

Utöver remissinflödet lyfts även uteblivna besök som en faktor som påverkar planeringen. Deltagarna beskriver att patienter som inte kommer till bokade tider innebär att schemalagd kapacitet inte används som planerat, vilket skapar ytterligare svårigheter i ett redan pressat schema.

Samtalet berör även beroenden mellan olika delar av vårdssystemet. Deltagarna beskriver att mottagningens arbete påverkas av andra aktörer och nivåer inom regionen, både vad gäller inflöde och tillgång till resurser. I diskussionen framkommer också en upplevelse av att det finns gemensamma intressen inom regionen, men att samordningen inte alltid fungerar på den nivå där problemen uppstår.

“Nej, men jag menar... de sitter ju i samma rum... de skulle ju kunna lösa [remissproblematiken].”

“De högre upp i systemet vet nog bara antal remisser.”

Även tillgången till kapacitet lyfts som en återkommande begränsning. När deltagarna får diskutera var det skulle börja “skava” om verksamheten skulle behöva producera mer, nämns i första hand läkarkapacitet.

“Antal doktorer.”

“Vi matchar ju inte de doktorerna vi har.”

I diskussionen nämns också möjligheten att andra yrkesgrupper skulle kunna avlasta vissa delar av arbetet. Särskilt sjuksköterskeresurser lyfts som en möjlig förstärkning i relation till köerna.

“Vi skulle kunna kapa våra köer om vi hade haft en sköterska till.”

Sammantaget visar workshoppen att deltagarna uppfattar flödet som beroende av flera faktorer: remissinflöde, uteblivna besök, regional samordning, läkarkapacitet och tillgång till andra personalkategorier. Dessa faktorer återkommer i diskussionen som centrala förutsättningar för hur verksamheten kan planera och genomföra sitt arbete.

4.4.3 Möjliga åtgärder och förändringar

workshoppen innehåller flera förslag på förändringar som enligt deltagarna skulle kunna påverka patientflödet. Förslagen rör både interna arbetssätt och frågor som kräver samverkan med andra delar av vårdssystemet. En grupp förslag handlar om att minska behovet av fysiska besök genom bättre informationsutbyte och digitala kontaktvägar. Deltagarna diskuterar exempelvis möjligheten att primärvården i vissa fall skulle kunna kontakta specialistvården direkt för bedömning, innan patienten skickas vidare till mottagningen.

“De kan ringa... ‘kan du titta på den här filmen?’... då behöver de inte komma hit.”

Ett annat internt förändringsområde gäller patientbokning och uteblivna besök. I diskussionen lyfts tidigare arbetssätt där patienter själva ringde in och bokade tid, vilket enligt deltagarna upplevdes kunna öka patientens delaktighet i bokningen.

“Då fick patienterna ringa in och boka sin tid... då kom folk på sina tider.”

Även uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper diskuteras som en möjlig väg att förändra arbetssättet. Deltagarna beskriver att vissa moment skulle kunna utföras av sjuksköterskor efter upplärning, vilket skulle kunna påverka hur läkarresurser används.

“Vi kan absolut lära sköterskorna...”

“Vi skulle kunna kapa våra köer om vi hade haft en sköterska till.”

Förslag som rör remissinflödet återkommer också i diskussionen. Deltagarna lyfter möjligheten att följa upp vilka typer av remisser som återkommer och att använda sådan information som återkoppling till primärvården.

“Man skulle kunna titta bakåt... det är ofta de här remisserna...”

Utöver lokala förändringar nämns även åtgärder som skulle kräva beslut eller samordning utanför mottagningen. Ett exempel är ett förändrat fokus i styrningen, där deltagarna uttrycker att de i större utsträckning hade prioriterat medicinska måldatum om de inte behövde förhålla sig till produktionsplanen på samma sätt.

“Vi hade nog gått mer på medicinskt måldatum än på PK.”

Även nya former för samverkan mellan primärvård och specialistvård diskuteras, bland annat genom fysisk närhet eller särskilda lösningar för patienter som annars riskerar att skickas vidare i onödan.

“Man skulle kunna ha en primärvårdsakut... inne på huset här.”

Sammantaget visar workshopen att deltagarna identifierar flera möjliga förändringsområden. Vissa rör interna arbetssätt, såsom bokning, uppgiftsväxling och digital kontakt, medan andra rör samordning med primärvård, remisshantering och övergripande styrning. Texten visar därmed vilka åtgärder som lyfts i workshopen, utan att här värdera deras förväntade effekt eller genomförbarhet i detalj.

5. Analys

Syftet med studien är att analysera hur och varför obalanser i patientflödet uppstår och upprätthålls inom specialiserad öppenvård, med särskilt fokus på hur styrning, incitament och operativa prioriteringar påverkar samspelet mellan förstabesök, återbesök och operation/åtgärd. Analysen utgår från den integrerade modell som presenterats i teoriavsnittet, där ersättningsmodeller och incitament, processtyrning samt vårdnätverk och systemperspektiv används som kompletterande förklaringsperspektiv.

Analysen är strukturerad utifrån studiens forskningsfrågor. Först analyseras patientflödets nuläge med utgångspunkt i produktion, köutveckling och tillgänglighet. Därefter analyseras hur styrning, incitament och uppföljning påverkar prioriteringar mellan processtegen och hur dessa prioriteringar kan bidra till obalanser mellan inflöde och tillgänglig kapacitet. I nästa steg analyseras de strukturella och organisatoriska begränsningar som påverkar mottagningens möjlighet att förändra flödet. Slutligen analyseras möjliga åtgärder utifrån om de kan genomföras inom mottagningen, kräver samverkan med andra aktörer eller förutsätter förändringar på systemnivå.

Analysen bygger på en syntes mellan den kvantitativa bearbetningen av produktion, köutveckling och tillgänglighet samt det kvalitativa materialet från workshop, möten, samtal och verksamhetsobservationer. Den kvantitativa bearbetningen, inklusive trendlinjer, R^2 -värden och glidande medelvärden, används för att bedöma om de observerade förändringarna i patientflödet framstår som återkommande mönster snarare än enskilda avvikelser. Det kvalitativa materialet används därefter för att analysera vilka styrningsmässiga, organisatoriska och praktiska faktorer som kan bidra till att dessa mönster uppstår och upprätthålls.

Resultatkapitlet visar tre centrala empiriska mönster. För det första producerar mottagningen i enlighet med den produktionsplan som är kopplad till förstabesök. För det andra utvecklas köerna olika i olika processteg: kön till förstabesök minskar, medan köerna till återbesök och operation/åtgärd ökar. För det tredje beskriver deltagare i workshop, möten och samtal att förstabesök ges en särskild roll i planering och uppföljning, samtidigt som flera begränsningar i flödet ligger utanför mottagningens direkta kontroll. Analysen syftar därmed inte enbart till att konstatera att köer uppstår, utan till att förklara varför köerna uppstår på olika platser i flödet, varför de är svåra att åtgärda och vilka typer av åtgärder som framstår som möjliga givet verksamhetens faktiska förutsättningar.

5.1 Nuläget som flödessystem: minskad kö vid inloppet men växande belastning nedströms

Detta avsnitt besvarar den första forskningsfrågan genom att analysera patientflödets nuläge utifrån produktion, köutveckling och tillgänglighet i de tre processtegen. Den kvantitativa bearbetningen visar att patientflödet utvecklas olika i olika delar av processen. Trendanalysen av ködatan visar en tydligt minskande kö till förstabesök, samtidigt som köerna till återbesök och operation/åtgärd ökar. Obalansen framträder därmed inte enbart genom skillnaden mellan första och sista mätpunkt, utan även genom utvecklingens riktning över perioden.

ÖNH-mottagningen kan därför förstås som ett sammanhängande flödessystem där förstabesök fungerar som ett inlopp till specialistvården och kan skapa efterfrågan på senare processteg, såsom återbesök och operation/åtgärd. Ur ett processtyrningsperspektiv kan produktionen av förstabesök därför inte analyseras

isolerat, eftersom systemets funktion beror på relationen mellan inflöde, kapacitet och efterfrågan i samtliga beroende processteg.

Köutvecklingen visar att flödet inte är balanserat mellan processtegen. Under perioden minskar kön till förstabesök, medan köerna till återbesök och operation/åtgärd ökar. Samtidigt visar tillgänglighetsdatan att operation/åtgärd utvecklas särskilt problematiskt, eftersom processteget både uppvisar ökande kö och försämrad tillgänglighet. Detta tyder på att flaskhalsarna inte primärt finns vid inloppet till mottagningen, utan i de efterföljande processtegen. Mottagningen kan därmed uppvisa god prestation i ett enskilt mått, samtidigt som helhetsflödet försämras.

Även variationen i produktionen är relevant för att förstå flödet som system. Resultatet visar att antalet förstabesök varierar mellan veckor. Enligt köteoretiska principer kan variation i inflöde och kapacitet bidra till köbildning även när den genomsnittliga kapaciteten framstår som tillräcklig, särskilt i system som redan befinner sig nära sin kapacitetsgräns (Hall, 2013; Santos, 2013). I denna studie kan variationen i förstabesök därför förstås som en möjlig förstärkande faktor, eftersom ett ojämnt inflöde till ett tidigt processteg kan skapa varierande framtida behov av återbesök och operation/åtgärd. Den kvantitativa datan visar dock inte ensam i vilken utsträckning variationen i förstabesök orsakar köerna nedströms. Däremot visar kombinationen av veckovis produktionsvariation, ökande köer i efterföljande processteg och försämrad tillgänglighet inom operation/åtgärd att patientflödet behöver analyseras som ett sammanhängande system snarare än som separata besökskategorier.

Sammantaget visar nulägesanalysen att flödet präglas av en obalans mellan processteg. Förstabesök fungerar som inlopp till systemet och utvecklas i riktning mot minskad kö, medan efterföljande steg uppvisar växande köer och, i fallet operation/åtgärd, försämrad tillgänglighet. Detta utgör grunden för den fortsatta analysen av hur styrning, incitament och prioriteringar kan bidra till att obalanser uppstår och upprätthålls i patientflödet.

5.2 Styrning och incitament: varför förstabesök får särskild prioritet

Detta avsnitt besvarar den andra forskningsfrågan genom att analysera hur styrning, incitament och uppföljning påverkar vilka processteg som prioriteras i verksamheten. Analysen bygger främst på workshopmaterialet, där prioritering av förstabesök återkom som ett centralt tema, samt på observationer och möten där produktionsplanen framträdde som ett återkommande inslag i verksamhetens uppföljning.

Resultatet visar att förstabesök har en särskild roll i mottagningens planering och uppföljning. Under 2025 beställdes 4967 förstabesök och mottagningen genomförde 5062, vilket motsvarar 102 procent av den planerade volymen. Detta visar att verksamheten inte bara producerar förstabesök i stor omfattning, utan också uppfyller den volym som är kopplad till den ekonomiska ersättningen.

Ur ett incitamentsperspektiv är detta viktigt. Ersättningsmodeller påverkar inte enbart ekonomiska utfall, utan också vilka processteg som får organisatorisk tyngd i planering, uppföljning och daglig prioritering (Langenbrunner et al., 2009; Jacobsson, 2007). När ersättning och uppföljning kopplas till ett visst processteg skapas incitament att säkerställa att det produceras i just detta processteg. I mottagningens fall innebär det att förstabesök och operation/åtgärd får en tydligare koppling till ekonomisk ersättning än återbesök.

I workshopmaterialet framträder denna styrningslogik genom återkommande resonemang om produktionsplanen, ersättning och svårigheten att samtidigt prioritera efterföljande besök. Även observationer och möten ger en liknande bild, eftersom produktionsplanen återkom i verksamhetens löpande uppföljning. Det innebär inte att förstabesök saknar medicinsk betydelse. Tvärtom kan första kontakt med specialistvården vara viktig för att identifiera patienter med allvarliga tillstånd. Det analytiskt centrala är dock att resultatet visar att förstabesök inte enbart prioriteras utifrån medicinsk logik, utan även genom en ersättnings- och uppföljningslogik.

Denna styrningslogik förstärks av att olika delar av vårdprocessen följs upp genom olika typer av mått. Förstabesök och operation/åtgärd relateras till vårdgarantin, medan återbesök följs upp mot medicinskt måldatum. Samtidigt är det förstabesök som är kopplade till produktionsplanen och den ekonomiska ersättningen. Detta innebär att förstabesök får en dubbel styrande funktion: de är både en del av tillgänglighetsuppföljningen och det processteg som kopplas till ersättning. Återbesök blir däremot mer beroende av medicinsk prioritering och intern planering, utan samma koppling till den ersättningsgrundande produktionslogiken. Därmed skapas en skillnad mellan de mått som synliggör verksamhetens prestation och de mått som speglar patientens fortsatta vårdbehov.

Detta kan förstås som en form av målförskjutning. När ett visst mått får stark betydelse i uppföljning och ersättning riskerar processteget som mäts att bli ett mål i sig, snarare än ett medel för att uppnå ett fungerande helhetsflöde (Jacobsen & Thorsvik, 2021; Anell, 2014). För mottagningen innebär detta att produktionen av förstabesök kan bli organisatoriskt rationell även i situationer där efterföljande processteg redan är hårt belastade.

Det uppstår därmed en skillnad mellan lokal effektivitet och flödeseffektivitet. Lokalt kan det framstå som rationellt att producera enligt den beställda volymen för förstabesök, eftersom detta uppfyller ett tydligt krav och säkrar ersättning. Ur ett flödesperspektiv är detta mer problematiskt, eftersom en del av patienterna som tas in genom förstabesök genererar behov av återbesök eller operation/åtgärd. Om dessa steg inte har motsvarande kapacitet skapas en belastning längre fram i processen.

Det är samtidigt viktigt att skilja mellan förstabesök och operation/åtgärd, även om båda processtegen är kopplade till ersättning och uppföljning. Resultatet visar att mottagningen redan producerar mer operation/åtgärd än den beställda volymen, vilket innebär att operation/åtgärd inte skapar samma typ av styrsignal som förstabesök. För förstabesök behöver verksamheten säkerställa att en viss volym uppnås för att motsvara produktionsplanen, medan operation/åtgärd i större utsträckning begränsas av kapacitet, planering och variation i resursåtgång.

Operationer och åtgärder skiljer sig dessutom betydligt åt i tids- och resursbehov. Ett kortare ingrepp och en mer omfattande operation kan därför inte förstås som likvärdiga ur ett kapacitets- och planeringsperspektiv, även om de båda räknas som genomförda åtgärder i produktionsuppföljningen. Detta begränsar möjligheten att styra operation/åtgärd enbart mot volym. En verksamhet skulle i teorin kunna förbättra produktionssiffrorna genom att prioritera kortare åtgärder, men en sådan prioritering skulle riskera att stå i konflikt med medicinska behov och ett ändamålsenligt resursutnyttjande.

Workshopmaterialet indikerar också att operationsplanering kräver ett visst urval av åtgärder med olika tids- och resurskrav för att tillgänglig kapacitet ska kunna användas effektivt. Det innebär inte att en växande operationskö är önskvärd, utan att operation/åtgärd inte kan styras på samma sätt som ett mer standardiserat volymmått. Att operation/åtgärd också är ersättningsgrundande förändrar därför inte analysens huvudpoäng. Förstabesök fungerar som ett inflödessteg där ökad produktion kan skapa

efterföljande vårdbehov, medan operation/åtgärd utgör ett mer kapacitetsbegränsat processteg med större variation i resursåtgång. Problemet inom operation/åtgärd ligger därför inte främst i att processteget saknar styrning, utan i att kön växer samtidigt som tillgängligheten försämras över tid.

Analysen visar därför att förstabesök får särskild prioritet genom samspelet mellan ersättningsmodell, uppföljning och verksamhetens operativa planering. Det är inte en enskild styrsignal som ensam förklarar prioriteringen, utan kombinationen av ekonomisk ersättning, produktionsmål och praktisk uppföljning som gör förstabesök särskilt styrande i verksamheten. Denna prioritering får dock inte enbart lokala konsekvenser. Eftersom förstabesök fungerar som inlopp till efterföljande vårdbehov påverkar styrningen av detta processteg även belastningen i andra delar av vårdprocessen.

En ytterligare målkonflikt framträder i relation till remissinflödet. I workshoppen uttrycks en tydlig vilja att minska antalet remisser som inte leder vidare till behandling, återbesök eller annan fortsatt åtgärd. Ur ett flödesperspektiv är detta rimligt, eftersom sådana besök tar upp kapacitet i mottagningen utan att skapa medicinskt värde motsvarande resursåtgången. Ur ett ersättningsperspektiv kan sådana besök samtidigt framstå som mindre belastande än förstabesök som leder till fortsatt vård, eftersom de bidrar till produktionsvolymen utan att skapa samma efterföljande kapacitetsbehov. Detta skapar en paradox där verksamheten, för att förbättra flödet och minska onödigt inflöde, kan behöva reducera just de besök som är mest fördelaktiga enligt ersättningslogiken.

Denna motsättning visar hur styrningen riskerar att premiera lokal produktion framför helhetsoptimering av vårdprocessen. Om ett förstabesök som inte leder till fortsatt vård betraktas som positivt i produktionsuppföljningen, samtidigt som det ur ett systemperspektiv kan vara ett tecken på bristande remissprecision, uppstår en målkonflikt mellan ekonomisk prestation och flödeseffektivitet. Det innebär att åtgärder som förbättrar systemets funktion, exempelvis bättre remissgallring eller ökad återkoppling till primärvården, inte nödvändigtvis sammanfaller med de incitament som skapas av nuvarande produktionsstyrning.

5.3 Från lokal produktion till systemisk obalans

Medan föregående avsnitt analyserade varför förstabesök får särskild prioritet, analyserar detta avsnitt hur denna prioritering kan bidra till obalans i patientflödet. Avsnittet utvecklar därmed den andra forskningsfrågan genom att koppla verksamhetens prioriteringar till belastningen i efterföljande processteg.

Analysen visar att prioriteringen av förstabesök inte enbart påverkar ett enskilt processteg, utan får betydelse för hela patientflödets dynamik. När produktionen i ett tidigt processteg upprätthålls för att motsvara produktionsplan och uppföljningskrav, samtidigt som kapaciteten i efterföljande processteg inte kan anpassas i motsvarande grad, kan obalans förskjutas nedströms i vårdprocessen.

Ur ett processtyrningsperspektiv innebär detta att relationen mellan beroende processteg blir avgörande. Förstabesök fungerar som ett inflödessteg, där produktionen i hög grad påverkas av produktionsplan, vårdgaranti och ersättningslogik. Återbesök och operation/åtgärd är däremot mer kapacitetsbegränsade steg, där möjligheten att öka produktionen begränsas av tillgång till personal, mottagningsresurser och operationsutrymme. När dessa två logiker möts uppstår en strukturell obalans, där produktionen i det tidiga processteget inte fullt ut motsvaras av tillgänglig kapacitet längre fram i flödet.

En central konsekvens är att belastningen i systemet inte nödvändigtvis reduceras, utan kan omfördelas. Minskade köer i ett tidigt processteg innebär därför inte automatiskt en förbättring av flödet som helhet. I denna studie visar den kvantitativa bearbetningen att kön till förstabesök minskar, samtidigt som köerna till återbesök och operation/åtgärd ökar. Detta tyder på att patienter i högre grad hanteras vid inloppet, men att efterföljande vårdbehov inte absorberas i samma takt av senare processteg. Resultatet blir en ackumulering av patienter längre fram i vårdprocessen, vilket särskilt syns i den ökande kön och försämrade tillgängligheten inom operation/åtgärd.

Denna process förstärks av att återkopplingen mellan processtegen framstår som begränsad. Utifrån processtyrningslitteraturen kan obalansen därför förstås som något som upprätthålls inte enbart av begränsad kapacitet, utan också av att dagens produktionsbeslut inte fullt ut kopplas till morgondagens kapacitetsbehov. Hall (2013) och Hopp och Spearman (2011) betonar att lokal optimering av enskilda processteg inte nödvändigtvis leder till effektivitet i helhetsflödet. När förstabesök följs upp som ett separat produktionsmått synliggörs inte fullt ut hur dagens produktion påverkar behovet av återbesök och operation/åtgärd. Därmed saknas en tydlig styrande återkoppling som kopplar produktionen i inflödessteget till kapacitetsbehov nedströms.

Detta innebär att problemet inte enbart kan förstås som en fråga om resursbrist, utan som ett resultat av hur produktion, kapacitet och styrning samverkar över flera delar av vårdprocessen. Med utgångspunkt i Reindersma et al. (2022) kan obalansen förstås som en nivåmissmatch mellan styrningens fokus och flödets faktiska utbredning. Styrningen fokuserar i hög grad på ÖNH-mottagningens förstabesök, men det flöde som skapas behöver hanteras av återbesök, operation/åtgärd, primärvård och gemensamma vårdresurser. Därmed verkar styrningen på ett avgränsat processteg och en lokal verksamhet, medan konsekvenserna uppstår i ett bredare vårdnätverk. Den lokala optimeringen av förstabesök blir därför inte bara en intern prioriteringsfråga, utan en del av förklaringen till den systemiska obalans som observeras i patientflödet.

5.4 Strukturella begränsningar och beroenden i vårdnätverket

Även om obalansen kan identifieras genom relationen mellan förstabesök, återbesök och operation/åtgärd, visar resultatet att mottagningens möjligheter att korrigera flödet är begränsade av faktorer utanför den egna verksamheten. Detta är centralt ur ett vårdnätverks- och systemperspektiv. Patientflödet skapas inte enbart inom ÖNH-mottagningen, utan genom ett nätverk av aktörer och resurser där primärvård, specialistvård, region och gemensamma kapaciteter påverkar varandra (Gremyr et al., 2025; Maris et al., 2023).

En första extern faktor är remissinflödet från primärvården. Deltagare beskriver att en del remisser hade kunnat hanteras tidigare i vårdkedjan. Ur ett systemperspektiv innebär detta att inflödet till specialistvården delvis bestäms av kompetens, resurser och bedömningar i primärvården. Mottagningen kan gallra remisser, men den har inte full kontroll över vilka patienter som remitteras. Det är därför inte tillräckligt att konstatera att primärvården skickar vissa remisser som ÖNH bedömer som olämpliga, eller att ÖNH behöver gallra bättre. Med stöd i Yordanov et al. (2024) kan problemet snarare förstås som en brist på stödjande samordningsstrukturer, exempelvis gemensamma riktlinjer, fungerande kommunikationsvägar och återkopplingsloopar mellan primärvård och specialistvård. Utan sådana strukturer blir inflödesproblemet ett återkommande lokalt problem för ÖNH, trots att orsaken delvis ligger i vårdnätverket.

En andra begränsning är tillgången till kapacitet, särskilt läkare och operationsresurser. Workshopen pekar på läkarkapacitet som en central begränsning, och operation/åtgärd är dessutom beroende av resurser som inte enbart kontrolleras av ÖNH. Om operationssalar delas med andra verksamheter blir kapacitet inte bara en intern fråga, utan en fråga om resursfördelning mellan flera delar av sjukhuset. Det innebär att en ökning av ÖNH:s operationskapacitet kan få konsekvenser för andra specialiteter.

En tredje begränsning gäller samordning mellan nivåer i systemet. Deltagare beskriver att det finns gemensamma intressen inom regionen, men att samordningen inte alltid fungerar på den nivå där problemen uppstår. Detta kan förstås genom teorin om vårdnätverk, där olika aktörer kan vara beroende av varandra utan att det finns en tillräckligt integrerad styrning av helheten. Resultatet blir att lokala verksamheter påverkas av beslut och prioriteringar som fattas på andra nivåer, samtidigt som deras möjlighet att påverka dessa beslut är begränsad.

Detta förklarar varför obalansen är svår att åtgärda enbart genom lokal optimering. Om mottagningen förbättrar sin interna planering men remissinflödet, ersättningsmodellen och operationsresurserna förblir oförändrade, kommer förbättringarna bara påverka en del av systemet. Ett systemperspektiv visar därför att åtgärder måste riktas mot både interna arbetssätt och de externa beroenden som formar inflöde och kapacitet.

Med utgångspunkt i Lillrank (2012) kan patientflödet därför förstås som ett processsystem utan fullt sammanhållen processtyrning. Lillrank kopplar integrerad vård till operations management genom att beskriva koordinering som organisering av vårdens olika element i processer. I denna studie innebär det att patientens väg genom primärvård, förstabesök, återbesök och operation/åtgärd kan förstås som en sammanhängande process, även när den passerar organisatoriska gränser. Samtidigt planeras styrning, uppföljning och kapacitet fortfarande delvis inom separata enheter. Detta gör att ingen enskild aktör fullt ut äger balansen mellan inflöde och kapacitet genom hela vårdprocessen. Obalansen uppstår därmed inte enbart inom ÖNH-mottagningen, utan upprätthålls genom ett vårdnätverk där processens olika delar inte är fullt koordinerade som ett helhetsflöde.

5.5 Åtgärder för att balansera inflöde och kapacitet

Resultatet visar att deltagarna identifierar flera möjliga åtgärder. För att analysera dessa behöver de delas upp utifrån vilken nivå de verkar på: åtgärder inom verksamhetens kontroll, åtgärder som kräver samverkan med andra aktörer och åtgärder som kräver förändringar på systemnivå.

5.5.1 Åtgärder inom verksamhetens kontroll

De åtgärder som tydligast ligger inom mottagningens egen kontroll handlar om förändrade arbetssätt och förbättrat kapacitetsutnyttjande. Exempel är uppgiftsväxling från läkare till sjuksköterskor, förändrade bokningsrutiner, ökad patientinvolvering och digitala kontaktvägar. Dessa åtgärder påverkar främst hur befintlig kapacitet används.

Ur ett processtyrningsperspektiv är sådana åtgärder relevanta eftersom de kan frigöra kapacitet i belastade processteg. Om enklare arbetsuppgifter kan flyttas från läkare till sjuksköterskor kan läkartid användas mer riktat mot de moment där medicinsk specialistkompetens är nödvändig. På motsvarande sätt kan bättre bokningsrutiner minska förlorad kapacitet vid uteblivna besök.

Samtidigt är dessa åtgärder främst kapacitets- och effektiviseringsåtgärder. De kan förbättra flödets funktion, men de förändrar inte nödvändigtvis den grundläggande styrlogiken som premierar förstabesök. Om inflödet till systemet fortsätter att prioriteras genom samma ersättningsmodell finns en risk att frigjord kapacitet snabbt fylls av ny efterfrågan. Därför bör interna åtgärder ses som nödvändiga men inte tillräckliga.

Dessa åtgärder kan därmed förbättra kapacitetsutnyttjandet inom mottagningen, men de ger inte mottagningen full möjlighet att styra vårdprocessen som ett integrerat processystem. Så länge kapacitet binds upp av ett separat styrt produktionsmål för förstabesök begränsas möjligheten att fördela resurser flexibelt utifrån helhetsflödets behov.

5.5.2 Åtgärder som kräver samverkan med andra aktörer

En andra grupp åtgärder riktar sig mot remissinflöde och samverkan med primärvården. I resultatet lyfts exempelvis direktkonsultation, återkoppling kring återkommande remisser och ökad kunskapsdelning mellan primärvård och specialistvård. Med stöd i Yordanov et al. (2024) kan dessa åtgärder förstås som försök att skapa de stödjande strukturer som krävs för integrerad vård: kommunikationsvägar, gemensamma riktlinjer och återkoppling mellan aktörer. Direktkonsultation och remissåterkoppling blir därmed inte enbart lokala förbättringsidéer, utan mekanismer för att styra inflödet på nätverksnivå.

Att minska antalet remisser som inte leder till fortsatt vård framstår som en relevant åtgärd ur ett flödesperspektiv, eftersom det frigör kapacitet till patienter med större behov av specialistvård. Samtidigt innebär åtgärden en potentiell konflikt med nuvarande ersättningslogik, eftersom dessa besök kan vara ekonomiskt fördelaktiga för mottagningen: de räknas som förstabesök men genererar inget efterföljande kapacitetsbehov. Detta innebär att remissreducerande åtgärder kan förbättra balansen i vårdprocessen, men samtidigt minska den produktion som verksamheten följs upp och ersätts för. Därför bör åtgärden inte enbart ses som en lokal förbättringsfråga, utan som ett exempel på behovet av en styrmodell som premierar rätt vård till rätt patient snarare än total produktion i enskilt processteg.

Dessa åtgärder skiljer sig från interna effektiviseringar eftersom de riktar sig mot inflödet snarare än enbart den interna kapaciteten. Ur ett flödesperspektiv kan balans uppnås antingen genom att öka kapaciteten i flaskhalsar eller genom att förändra inflödet till dessa flaskhalsar. Om vissa remisser kan hanteras i primärvården, eller om specialistvården kan ge stöd utan att patienten behöver ett fysiskt besök, kan belastningen på mottagningen minska.

Samtidigt kräver denna typ av åtgärder samverkan. ÖNH kan inte ensamt förändra primärvårdens kompetens, resurser eller remissrutiner. Det innebär att åtgärder som riktar sig mot inflödet är beroende av nätverksstyrning och gemensamma former för ansvar, återkoppling och lärande. Här blir vårdnätverksperspektivet centralt: flödet kan inte förbättras enbart genom att optimera mottagningens interna arbete, eftersom en betydande del av inflödet formas innan patienten når mottagningen.

5.5.3 Åtgärder på systemnivå

En tredje grupp åtgärder kräver förändringar på systemnivå. Detta gäller framför allt ersättningsmodellen och den övergripande uppföljningen av verksamheten. Resultatet visar att deltagare uppfattar produktionsplanen som ett styrmedel som påverkar prioriteringar i praktiken. Om ersättningsmodellen fortsätter att premiera förstabesök starkare än helhetsflödet riskerar lokala förbättringar att motverkas av samma styrlogik som bidragit till obalansen.

Ur ett incitamentsperspektiv innebär detta att mer långsiktiga förbättringar behöver rikta sig mot vad systemet belönar. Om styrningen i stället skulle följa upp färdigbehandlade patienter, genomströmning eller balans mellan processteg skulle verksamhetens prioriteringar kunna påverkas på ett annat sätt. Det skulle inte nödvändigtvis innebära att förstabesök blir oviktiga, men att deras betydelse sätts i relation till hela patientens vårdprocess.

Systemnivån är också central eftersom flera resurser är gemensamma. Operationskapacitet, regionala prioriteringar och relationen mellan primärvård och specialistvård är inte enbart lokala frågor. Åtgärder som syftar till att balansera inflöde och kapacitet behöver därför förena lokal processförbättring med förändrad samordning och styrning på högre nivå.

Sammantaget visar analysen att åtgärder behöver kombineras. Interna förbättringar kan öka kapacitetsutnyttjandet, samverkansåtgärder kan påverka inflödet och systemförändringar kan förändra de incitament som styr prioriteringar. Om endast en nivå adresseras finns en risk att grundproblemet kvarstår.

5.6 Sammanfattande svar på syftet

Analysen visar att obalanserna i patientflödet vid ÖNH-mottagningen uppstår genom ett samspel mellan styrning, prioriteringar, flödesdynamik och systemberoenden. Resultaten visar inte enbart ett kapacitetsproblem, utan ett problem där kapacitetens fördelning mellan processteg inte motsvarar det inflöde som genereras genom verksamhetens prioriteringar.

Förstabesök ges en särskild roll genom ersättningsmodell och uppföljning. Detta skapar incitament att upprätthålla produktionen i ett tidigt processteg. När en del av dessa patienter därefter behöver återbesök eller operation/åtgärd flyttas belastningen vidare till efterföljande processteg. Eftersom dessa steg inte har motsvarande kapacitet uppstår köer och försämrad tillgänglighet, särskilt inom operation/åtgärd.

Obalansen förstärks av att styrningen och flödet verkar på olika nivåer. Produktionsplanen riktas mot en lokal enhet och ett specifikt processteg, medan konsekvenserna uppstår i ett bredare vårdnätverk av återbesök, operation/åtgärd, primärvård, regional styrning och gemensamma resurser. Därmed uppstår en nivåmissmatch mellan vad som styrs och var effekterna behöver hanteras.

Obalansen upprätthålls dessutom av svag återkoppling mellan processtegen. När förstabesök följs upp som ett separat produktionsmått synliggörs inte fullt ut hur dagens produktion påverkar morgondagens behov av återbesök och operation/åtgärd. Patientflödet fungerar därmed som ett sammanhängande processsystem, men utan fullt sammanhållen processtyrning över organisatoriska gränser.

De åtgärder som framstår som mest realistiska behöver därför delas upp i tre nivåer. Inom verksamheten kan arbetssätt, bokning, digital kontakt och uppgiftsväxling förbättra kapacitetsutnyttjandet. I samverkan med primärvård kan remisskvalitet, direktkonsultation och återkopplingsstrukturer påverka inflödet. På systemnivå krävs förändringar i styrning och uppföljning om målet är att minska risken för att ett enskilt processteg optimeras på bekostnad av helhetsflödet.

Studiens övergripande slutsats är därmed att obalanser i patientflödet inte kan förstås eller åtgärdas genom ett ensidigt fokus på mer resurser. De uppstår i samspelet mellan vilka processteg som styrs och belönas, hur kapaciteten är fördelad genom vårdprocessen, hur återkopplingen mellan processteg fungerar och vilka externa beroenden som formar verksamhetens handlingsutrymme.

6. Diskussion

Studien har undersökt hur och varför obalanser uppstår och upprätthålls i patientflödet inom specialiserad öppenvård, med särskilt fokus på samspelet mellan styrning, prioriteringar och relationen mellan inflöde och kapacitet. Resultaten visar att mottagningen kan uppfylla produktionsmål för förstabesök samtidigt som köerna till återbesök och operation/åtgärd ökar. Detta innebär att verksamheten i praktiken kan prestera väl enligt vissa styrmått, samtidigt som belastningen i andra delar av vårdprocessen ökar.

Detta blir studiens centrala slutsats: lokala prestationsmått och systemets faktiska funktion sammanfaller inte nödvändigtvis. En minskad kö i ett tidigt processteg behöver därför inte innebära att patientflödet som helhet är balanserat. Resultaten indikerar i stället att obalanser i patientflöden inte enbart kan förstås som en fråga om generell resursbrist, utan också som en konsekvens av hur vårdprocessen styrs, följs upp och prioriteras i praktiken.

Samtidigt behöver slutsatsen nyanseras utifrån att både förstabesök och operation/åtgärd är kopplade till vårdgaranti och produktionsstyrning. Studien visar inte att endast förstabesök är synliga i styrningen, utan att olika processteg synliggörs och styrs på olika sätt. Förstabesök fungerar som ett inflödessteg där ökad produktion kan skapa efterföljande vårdbehov, medan operation/åtgärd är mer kapacitets- och planeringsberoende och präglas av större variation i tids- och resursåtgång. Att operation/åtgärd också är ersättningsgrundande förändrar därför inte studiens huvudpoäng, men visar att styrningens effekter behöver förstås i relation till varje processtegs praktiska förutsättningar.

Studien visar även att problemen inte enbart uppstår inom mottagningen själv. Flödet påverkas av externa beroenden, såsom remissinflöde från primärvården, tillgång till gemensamma resurser och de styrprinciper som verksamheten behöver förhålla sig till. Resultaten pekar därför mot att patientflödet behöver förstås som en del av ett större vårdnätverk, där flera aktörer påverkar samma process men inte nödvändigtvis styrs mot samma mål.

6.1 Rekommendationer

Resultaten pekar mot att patientflödet behöver hanteras mer som ett sammanhängande system än som separata besökskategorier. Ett viktigt perspektiv i detta är att ökade volymer i ett processteg också kan påverka belastningen i efterföljande delar av flödet. Förändringar som syftar till att förbättra exempelvis tillgänglighet till förstabesök behöver därför samtidigt ta hänsyn till hur detta påverkar återbesök och operation/åtgärd.

Rekommendationerna kan delas in i tre nivåer: åtgärder inom mottagningens egen kontroll, åtgärder som kräver samverkan med andra aktörer och åtgärder som förutsätter förändringar på systemnivå. Denna uppdelning är viktig eftersom studiens resultat visar att obalanserna inte har en enskild orsak, utan uppstår genom samspelet mellan lokala arbetssätt, externa beroenden och övergripande styrning.

På mottagningsnivå handlar åtgärderna främst om att förbättra kapacitetsutnyttjandet. De förbättringsförslag som framkommit i workshop och samtal, exempelvis uppgiftsväxling, förändrade bokningsrutiner, digitala kontaktvägar och bättre hantering av uteblivna besök, kan bidra till att minska vissa

av de identifierade obalanserna. Uppgiftsväxling från läkare till sjuksköterskor kan exempelvis frigöra läkartid till de moment där specialistkompetens är mest avgörande. På motsvarande sätt kan förbättrade bokningsrutiner och åtgärder för att minska uteblivna besök bidra till att tillgänglig kapacitet används mer effektivt.

Även förbättringar kring bokning och hantering av uteblivna besök framstår som relevanta eftersom variation i produktion och kapacitetsutnyttjande kan bidra till att förstärka obalanser i flödet. Däremot bör sådana åtgärder inte förstås som tillräckliga på egen hand. De kan förbättra mottagningens interna effektivitet, men förändrar inte nödvändigtvis de styrsignaler och externa beroenden som bidrar till att obalanser uppstår.

På samverkansnivå handlar rekommendationerna framför allt om remissinflöde och relationen mellan primärvård och specialistvård. Studien visar att en del av mottagningens belastning påverkas av vilka patienter som remitteras vidare och vilken information som följer med remissen. Åtgärder som förbättrad återkoppling till primärvården, tydligare remisskriterier och möjligheter till direktkonsultation skulle kunna minska antalet besök som inte leder till fortsatt vård. Detta skulle i sin tur kunna frigöra kapacitet till patienter med större behov av specialistvård.

Samtidigt innebär sådana åtgärder en potentiell målkonflikt. Om ett förstabesök räknas positivt i produktionsuppföljningen även när det inte leder till fortsatt vård, kan åtgärder som minskar onödiga förstabesök förbättra flödet men samtidigt minska den produktion som verksamheten följs upp på. Detta visar varför remisshantering inte enbart bör ses som en lokal förbättringsfråga, utan som en fråga om samordning mellan aktörer och om hur styrningen värderar rätt vård till rätt patient.

På systemnivå pekar resultaten mot behovet av att i större utsträckning följa upp hela patientflöden snarare än enskilda processteg. Om styrningen huvudsakligen fokuserar på produktion i vissa vårdkontakter riskerar verksamheter att prioritera lokala prestationsmål framför patientens samlade vårdprocess. Ett större fokus på relationen mellan inflöde, kapacitet, köutveckling och tillgänglighet genom hela vårdprocessen skulle kunna skapa andra typer av prioriteringar.

En möjlig utveckling vore därför att komplettera dagens uppföljning med mått som visar balansen mellan processteg. Det kan exempelvis handla om att följa hur produktion av förstabesök påverkar behovet av återbesök och operation/åtgärd, eller att tydligare analysera om förbättrad tillgänglighet i ett processteg sammanfaller med försämrad tillgänglighet i ett annat. Syftet bör inte vara att minska betydelsen av vårdgarantin, utan att säkerställa att uppföljningen inte enbart fångar enskilda delar av patientens väg genom vården.

Samtidigt visar studien att det inte finns någon enkel lösning på problematiken. Mer resurser skulle sannolikt kunna minska vissa köer, men resultaten visar att frågan också handlar om hur resurser används, hur inflödet styrs och hur kapacitet fördelas mellan processteg. Obalanserna framstår därför som delvis strukturella och uppstår genom samspelet mellan flera delar av vårdsystemet.

6.2 Granskning av metod och data

Studiens kvantitativa data kommer från interna uppföljningssystem och har därför hög relevans för verksamhetens faktiska styrning. Det är samma typ av data som används för att följa produktion, köer och tillgänglighet i praktiken. Detta är en styrka, eftersom studien analyserar verksamheten utifrån de mått som faktiskt påverkar planering och uppföljning.

Samtidigt finns begränsningar. I de interna systemen finns flera olika sammanställningar av data, och i vissa fall kan siffror skilja sig åt mellan rapporter. En möjlig förklaring är att klassificeringar och etiketter för olika besök har förändrats över tid. Under vissa perioder har fler besöksetiketter använts, medan andra perioder i högre grad har byggt på bredare kategorier som förstabesök och efterföljande besök. Detta innebär att datan behöver tolkas med viss försiktighet, särskilt vid jämförelser över längre tidsperioder.

Den enkla trendanalysen stärker studiens möjlighet att bedöma om köutvecklingen utgör ett återkommande mönster snarare än en enskild avvikelse. Genom trendlinjer, R^2 -värden och glidande medelvärden har den deskriptiva datan bearbetats för att synliggöra riktningar i kö- och tillgänglighetsutvecklingen. Samtidigt ska resultaten inte tolkas som en statistisk hypotesprövning, eftersom studien omfattar en begränsad tidsperiod och en specifik mottagning. Trendanalysen bör därför förstås som en fördjupad deskriptiv bearbetning, inte som ett bevis för kausala samband.

Datans styrka är att flera olika källor pekar i samma riktning. Den kvantitativa datan visar minskad kö till förstabesök men växande köer i efterföljande processteg, medan det kvalitativa materialet visar att personalen upplever att förstabesök har en tydlig roll i planering och uppföljning och att efterföljande steg ibland får stå tillbaka. Detta stärker tolkningen, även om exakta kausala samband inte kan fastställas.

Studien ger inte stöd för att någon aktör medvetet försöker dölja problem eller manipulera bilden av verksamheten. Däremot visar resultaten att olika styrmått synliggör olika delar av verkligheten. Ett mått som fokuserar på ett enskilt processteg kan ge bilden av god prestation, samtidigt som köer i andra delar av flödet utvecklas negativt. Det kan därmed uppstå en form av organisatorisk blindhet, där verksamheten följs upp på det som är lätt att mäta och ersätta, medan konsekvenser längre fram i vårdprocessen får mindre uppmärksamhet.

Eftersom uppföljningsdata används som grund för styrning och ersättning är det viktigt att reflektera över hur datan klassificeras och rapporteras. Studien har inte identifierat något stöd för att data skulle ha manipulerats, men resultaten visar att det finns en principiell sårbarhet i system där vissa besökskategorier får större ekonomisk och organisatorisk betydelse än andra. Det innebär att datakvalitet, klassificeringspraxis och transparens i uppföljningen blir viktiga frågor. Problemet bör därför förstås som en fråga om mätlogik och styrning, snarare än som ett tecken på avsiktligt agerande från enskilda aktörer.

Även det kvalitativa materialet har begränsningar. Workshopen utgör studiens huvudsakliga kvalitativa datakälla och gav ett brett underlag från flera yrkesroller, men materialet speglar fortfarande deltagarnas upplevelser och tolkningar av verksamheten. Möten, samtal och observationer har använts för att komplettera och kontextualisera dessa resultat, men de kan inte ensamma fastställa orsakssamband. Studiens trovärdighet bygger därför på att kvantitativ data, kvalitativa utsagor och observationer används tillsammans, snarare än att någon enskild datakälla betraktas som fullständig.

Eftersom studien är en fallstudie av en specifik mottagning kan resultaten inte generaliseras direkt till alla vårdverksamheter. Däremot kan de mekanismer som identifieras vara relevanta även i andra specialistvårdsflöden där produktion, vårdgaranti, medicinska prioriteringar och kapacitetsbegränsningar behöver balanseras. Studiens bidrag ligger därför inte i att fastställa generella samband, utan i att visa hur obalanser kan uppstå och upprätthållas i ett konkret vårdflöde.

6.3 Fortsatt forskning

Studien har identifierat ett antal mekanismer som kan bidra till obalanser i patientflödet, men den har inte kunnat fastställa exakt hur stark påverkan varje enskild mekanism har. Resultaten visar exempelvis att styrning, remissinflöde, variation i produktion och begränsad kapacitet i efterföljande processteg samverkar, men studien kan inte fullt ut avgöra vilken av dessa faktorer som har störst betydelse för köutvecklingen. Ett viktigt nästa steg vore därför att mer detaljerat undersöka hur dessa faktorer påverkar varandra över tid.

En möjlig fortsättning är att följa patientflödet under en längre tidsperiod. Denna studie bygger på data från en begränsad period, vilket gör det möjligt att identifiera mönster i köutveckling och produktion, men inte att säkert avgöra hur stabila dessa mönster är över flera år. En longitudinell studie skulle kunna visa om de observerade obalanserna är återkommande, säsongsberoende eller kopplade till särskilda förändringar i styrning, bemanning eller remissinflöde.

Vidare skulle framtida studier kunna analysera patientflödet på en mer detaljerad nivå. I denna studie har förstabesök, återbesök och operation/åtgärd behandlats som övergripande processteg. I praktiken kan dock varje processteg innehålla flera olika typer av patienter, diagnoser och resursbehov. En mer detaljerad analys av patientgrupper, vårdtyngd och medicinsk prioritet skulle kunna ge en mer nyanserad bild av vilka patienter som påverkas mest av de identifierade obalanserna.

Särskilt relevant vore att analysera operation/åtgärd på en mer detaljerad nivå. Detta processteg omfattar vårdkontakter med mycket olika tids- och resurskrav, vilket gör att total volym inte alltid ger en rättvisande bild av kapacitetsbelastningen. En uppdelning mellan kortare åtgärder, mer omfattande operationer och olika patientgrupper skulle kunna ge en bättre förståelse för hur operationskapaciteten påverkar köutveckling och tillgänglighet.

Ett annat viktigt område för fortsatt arbete är att undersöka effekten av de åtgärder som föreslagits. Studien har identifierat möjliga förbättringsområden, såsom uppgiftsväxling, förbättrad remisshantering, digital kontakt mellan primärvård och specialistvård samt förändrade bokningsrutiner. Däremot har studien inte testat vilka effekter dessa åtgärder faktiskt skulle få. Därför vore det värdefullt att genomföra pilotprojekt där en eller flera åtgärder införs och följs upp systematiskt med avseende på köutveckling, tillgänglighet, arbetsbelastning och patientnytta.

Det skulle även vara relevant att använda simuleringsmodeller eller andra kvantitativa flödesmodeller för att undersöka hur förändringar i inflöde och kapacitet påverkar systemet. Genom simulering skulle det exempelvis vara möjligt att testa hur minskat remissinflöde, ökad sjuksköterskekapacitet, förändrade bokningsrutiner eller omfördelning av läkartid påverkar köerna i olika processteg. Detta skulle kunna ge verksamheten bättre stöd i att bedöma vilka åtgärder som sannolikt ger störst effekt innan de genomförs i praktiken.

Framtida forskning bör också undersöka om liknande mönster återfinns i andra vårdverksamheter. Eftersom denna studie är en fallstudie av en specifik mottagning är det oklart i vilken utsträckning resultaten är generella. Särskilt relevant vore att jämföra regioner eller verksamheter med olika ersättnings- och uppföljningsmodeller. Om mottagningar som styrs med andra typer av prestationsmått uppvisar andra prioriteringsmönster och flödeseffekter skulle det kunna bidra till en bättre förståelse för hur styrning påverkar vårdens praktiska organisering.

Slutligen visar studien behovet av fortsatt forskning kring hur vårdens prestationsmått påverkar organisatoriskt beteende. Resultaten indikerar att styrning och uppföljning inte enbart beskriver verksamheten, utan också formar vilka aktiviteter som prioriteras. Ett viktigt nästa steg är därför att undersöka hur styrsystem kan utformas så att de både stödjer hög produktion och ett balanserat patientflöde. Detta är centralt om vården ska kunna undvika situationer där god måluppfyllelse i ett enskilt mått sker samtidigt som belastningen ökar i andra delar av systemet.

7. Referenser

- Agyepong, I. A., Aryeetey, G. C., Nonvignon, J., Asenso-Boadi, F., Dzikunu, H., Antwi, E., Ankrah, D., Adjei-Acquah, C., Esena, R., Aikins, M., & Arhinful, D. K. (2014). Advancing the application of systems thinking in health: Provider payment and service supply behaviour and incentives in the Ghana National Health Insurance Scheme—A systems approach. *Health Research Policy and Systems*, 12, Article 35. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-35>
- Anell, A. (2010). *Värden i vården: En ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården* (Rapport 2010:7). Finansdepartementet.
- Anell, A. (2014). *Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet* (KEFU skriftserie 2014:4). KEFU.
- Arruda, C., Lopes, S. G. R., Koerich, M. H. A. L., Winck, D. R., Meirelles, B. H. S., & Mello, A. L. S. F. (2015). Health care networks under the light of the complexity theory. *Escola Anna Nery*, 19(1), 169–173. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>
- Chen, Y., Lehmann, C. U., & Malin, B. (2024). Digital information ecosystems in modern care coordination and patient care pathways and the challenges and opportunities for AI solutions. *Journal of Medical Internet Research*, 26, Article e60258. <https://doi.org/10.2196/60258>
- Denton, B. T. (Ed.). (2013). *Handbook of healthcare operations management: Methods and applications*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5885-2>
- Ellis, R. P., & Miller, M. M. (2008). Provider payment methods and incentives. In K. Heggenhougen & S. R. Quah (Eds.), *International encyclopedia of public health* (pp. 395–402). Academic Press.
- Gao, L., & Wang, X. (2019). Healthcare supply chain network coordination through medical insurance strategies with reference price effect. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), Article 3479. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183479>
- Gremyr, I., Colldén, C., Hjalmarsson, Y., Schirone, M., & Hellström, A. (2025). Networks for healthcare delivery: A systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 39(9), 36–53. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2023-0262>
- Hall, R. (Ed.). (2013). *Patient flow: Reducing delay in healthcare delivery* (2nd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9512-3>
- Holweg, M., Davies, J., De Meyer, A., Lawson, B., & Schmenner, R. (2018). *Process theory: The principles of operations management* (1st ed.). Oxford University Press.
- Hopp, W. J., & Spearman, M. L. (2011). *Factory physics* (3rd ed.). Waveland Press.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2026). IVO:s uppdrag och organisation. Hämtad 8 juni 2026, från <https://www.ivo.se/om-ivo/uppdrag-organisation/>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2021). *Hur moderna organisationer fungerar* (5:e uppl., G. Sandin & P. Larson, Övers.). Studentlitteratur.

- Jakobsen, M. L. F. (2010). The effects of New Public Management: Activity-based reimbursement and efficiency in the Scandinavian hospital sectors. *Scandinavian Political Studies*, 33(2), 113–134. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9477.2009.00241.x>
- Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård* (CMT Rapport 2007:2). Linköpings universitet, CMT.
- Jodlbauer, H., & Strasser, S. (2019). Capacity-driven production planning. *Computers in Industry*, 113, Article 103126. <https://doi.org/10.1016/j.compind.2019.103126>
- Langenbrunner, J. C., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). *Designing and implementing health care provider payment systems: How-to manuals*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7815-1>
- Lillrank, P. (2012). *Integration and coordination in healthcare: An operations management view*. Journal of Integrated Care.
- Maris, A., Hoppenbrouwers, S., Ravesteijn, P., & van Hillegersberg, J. (2023). Network governance in healthcare: A systematic literature review. In *Proceedings of the 19th European Conference on Management Leadership and Governance* (pp. 249–257).
- Rahim, M. A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *The International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206–235. <https://doi.org/10.1108/eb022874>
- Reindersma, T. et al. (2022). *The Effect of Network-Level Payment Models on Care Network Performance: A Scoping Review of the Empirical Literature*. International Journal of Integrated Care.
- Rosenbäck, R. (2017). *Produktionsstyrning i sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Santos, M. A. F. R. N. (2013). *Variation in healthcare processes: Implications for quality of care* [Doctoral dissertation, Chalmers University of Technology].
- Shah, S. A., Asif, M. A., Shoukat, M. H., Polatci, S., & Rehman, S. U. (2022). Quality management practices and inter-organizational project performance: Moderating effects of inter-organizational communication, relationship, and process conflicts in healthcare. *SAGE Open*, 12(3), 1–16. <https://doi.org/10.1177/21582440221113829>
- Socialstyrelsen. (2025). *Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling: Informationsunderlag kring ersättningsmodeller inom specialiserad vård*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2026). Rådet för styrning med kunskap. Hämtad 5 juni 2026, från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/radet-for-styrning-med-kunskap/>
- Statens offentliga utredningar. (2017). *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen: Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* (SOU 2017:56). Wolters Kluwer.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2025). Så styrs sjukvården i Sverige. Hämtad 5 juni 2026, från <https://skr.se/halsaochsjukvard/sastyrssjukvardenisverige.7651.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (u.å.). *Väntetider i vården*. Hämtad 9 marsj 2026, från <https://extra.skr.se/vantetiderivarden.46246.html>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Ersättningsmodeller i specialiserad vård: Delrapport 2 i projektet Ändamålsenliga ersättningsmodeller*. SKR.

<https://rka.nu/download/18.1cb6251b183d12af1ed4f158/1666339343029/8047-034-6.pdf>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2025, 5 mars). *Om vårdgaranti. Väntetider i vården*.

<https://extra.skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvardgaranti.43558.html>

Sveriges yngre läkares förening. (u.å.). *Kartläggning av den svenska sjukvårdens styrning. Moderna Läkare*. Hämtad 19 april 2026, från

<https://slf.se/sylf/moderna-lakare/kartlaggning-av-den-svenska-sjukvardens-styrning/>

Västra Götalandsregionen. (2025). *Processklassificering i Västra Götalandsregionen: Struktur och principer för klassificering av processer inom VGR* (Dokument-ID RS7847-355747063-175, Version 2.0). Västra Götalandsregionen.

Västra Götalandsregionen. (2024). *Uppdrag 2025 för omställning av hälso- och sjukvård, bas- och tilläggsolymer samt ersättning från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus* (Diarienummer OSN 2024-00193). Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/osn14064-1747807321-424/surrogate>

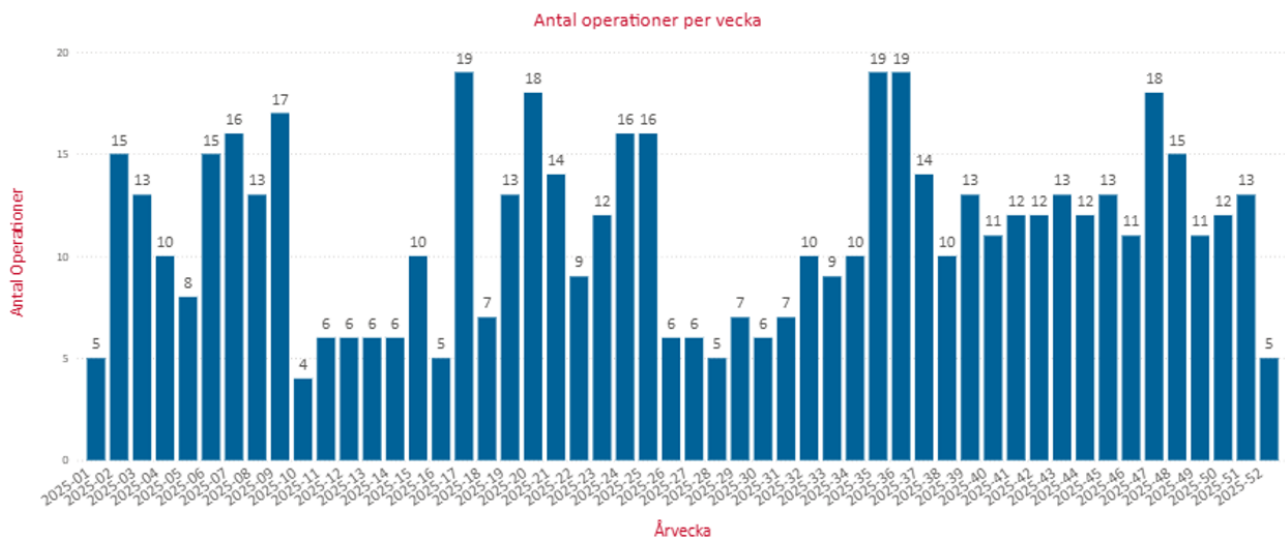
Yao, X., Almatooq, N., Askin, R. G., & Gruber, G. (2022). Capacity planning and production scheduling integration: Improving operational efficiency via detailed modelling. *International Journal of Production Research*, 60(24), 7239–7261. <https://doi.org/10.1080/00207543.2022.2028031>

Yordanov, D. et al. (2024). *Financial incentives for integrated care: A scoping review and lessons for evidence-based design*. Health Policy.

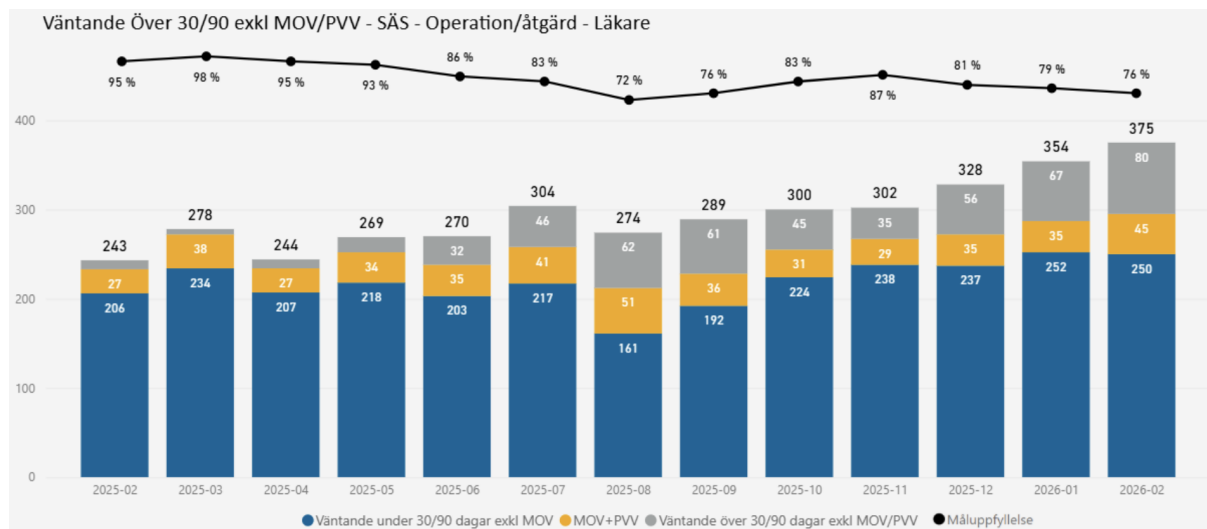
Bilagor

Bilaga 1: data ur Power BI

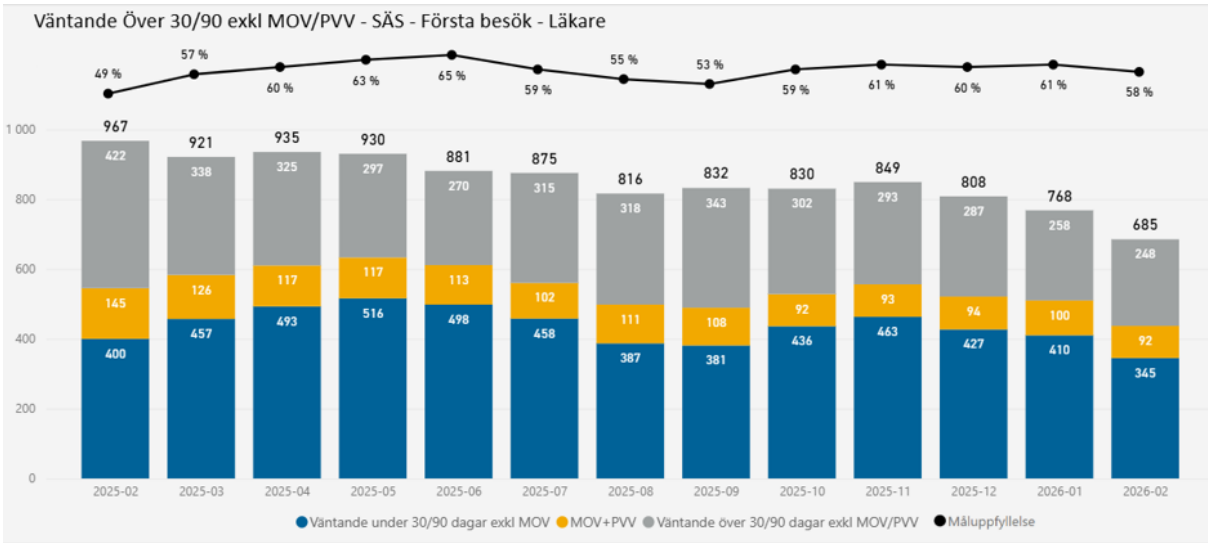
#1: antal operationer per vecka



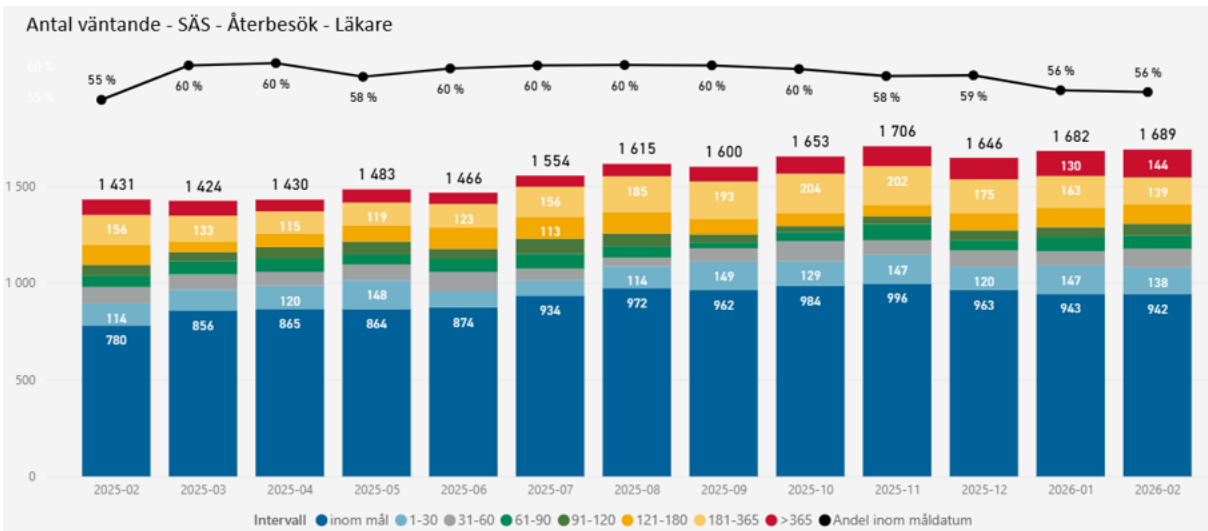
#2: köutveckling operation åtgärd



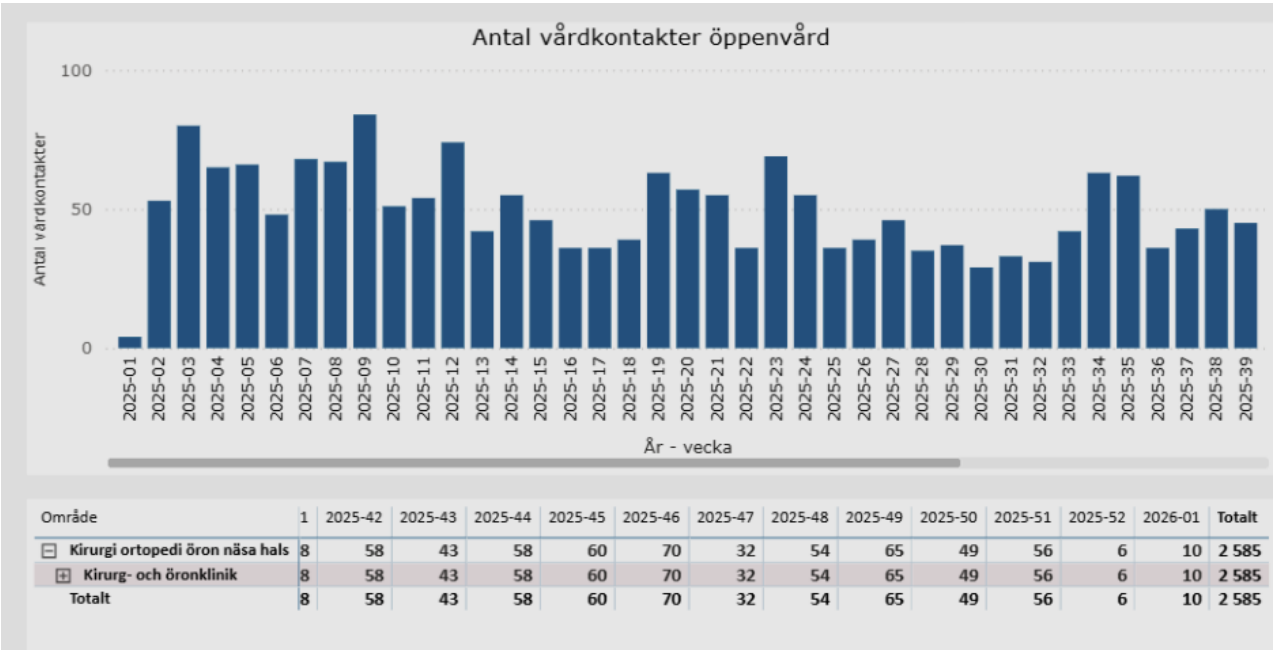
#3: köutveckling förstabesök



#4: köutveckling återbesök



#5 Grafisk översikt på variation



Bilaga 2: Specifikation av vårdbeställning inför 2025

	Uppdrag	Bas	Tillägg				
Psykatri				Operation/åtgärd			
Förstabetesök				Ablation	0	0	0
BUP	1 340	939	401	Allmän kirurgi	2 750	1 750	1 000
VUP	780	547	233	Axelprotes	33	24	9
Utredning				Barnkirurgi	0	0	0
BUP	102	102	0	Gynekologi	1 150	875	275
VUP	1 410	988	422	Handkirurgi	0	0	0
Behandling				Höft- & knäprotes	800	350	450
BUP	1 820	1 274	546	Kardiologi	180	119	61
VUP	1 790	1 253	537	Katarakt	1 700	1 190	510
Somatik				Kärlkirurgi	0	0	0
Förstabetesök				Neurokirurgi	0	0	0
Allergologi	140	70	70	Obesitas	0	0	0
Allmän kirurgi	2 600	2 030	570	Plastikkirurgi	0	0	0
Barnkirurgi	0	0	0	Rygg	0	0	0
BUM	800	595	205	Thorax	0	0	0
Gynekologi	4 870	3 850	1 020	Urologi	800	455	345
Handkirurgi	0	0	0	ÖNH	1 410	1 050	360
Hud	5 400	3 413	1 987	Övrig ortopedi	2 300	799	1 501
Internmedicin	1 090	910	180	Övriga ögon	280	140	140
Kardiologi	1 600	1 225	375	Undersökning			
Kärlkirurgi	600	420	180	Gastroskopi	3 650	2 100	1 550
Logopedi	450	413	37	Koloskopi	3 100	1 260	1 840
Lungmedicin	600	525	75	Totalsumma			
Neurokirurgi	0	0	0		62 705	40 776	21 929
Neurologi	450	350	100				
Njurmedicin	240	210	30				
Onkologi	670	490	180				
Ortopedi	4 500	2 940	1 560				
Plastikkirurgi	0	0	0				
Reumatologi	350	245	105				
Urologi	1 600	1 190	410				
Ögon	6 700	3 500	3 200				
ÖNH	4 650	3 185	1 465				

Västra Götalandsregionen. (2024). Uppdrag 2025 för omställning av hälso- och sjukvård, bas- och tilläggsvolymen samt ersättning från operativa hälso- och sjukvårdsnämnden till styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus (Diarienummer OSN 2024-00193). Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/osn14064-1747807321-424/surrogate>

Bilaga 3: Produktion i de olika processtegen 2025

Besök ÖNH 2025 (alla yrkeskategorier)

F: 5052

FT, FH: 4

E, EF: 6427

ET: 15

Enligt PK-rapport

F: 5062

OPERATION ÖNH 2025

Utförda elektiva operationer: 832

Utförda akuta operationer: 196

Utförda mottagningsoperationer: 578

Bilaga 4: Transkribering av Workshop

Transkription av workshop 14/4

Följande närvarar:

Författarna själva, enhetschef, läkarchef, medicinsk sekreterare, controller, sjuksköterska

Först har vi tänkt att vi skulle vilja höra era tankar kring hur ersättningsmodellen ser ut för eran verksamhet. Alltså att det bestäms vårdtillfällen då av regionen och som mer eller mindre blir grunden för produktionsplanen som vi förstår det. Spontant någonting om det systemet som sådant? Är något som man får tänka mycket på till vardags i arbetet, att förhålla sig till.

Jag kan väl tänka utifrån ersättningsmodellen som jag då närmst den här tjänsten kommer från primärvården, där man har en annan affärsmodell. Där intäkterna är ett större fokus på. Sen har vi intäkter även i den affärsmodellen som är för regionen, där man räknar PK och så. Men den första diskussionen som jag var med om att ha, det var ju efterföljande besök kontra första besök. Där det medicinska perspektivet föll lite på skrå. Så kan man säga. Där doktorerna, framför allt de som är medicinskt ytterst ansvariga, hade väldigt starka åsikter kring att det där måste ju också tas hänsyn till, men det var väldigt stort fokus på första besök.

Ja, och det först fokuset på första besök kommer sig då av att det är de som räknas.

Det är det vi får betalt för i PK då.

Och då liksom den konflikten blir att de efterföljande besöken kanske bortprioriteras lite grann för att man måste jobba på det sättet.

Så det är väl den kritiken som vi generellt sett har. Sen är det ju en annan del i den här ekonomiska modellen som gör att det spelar ingen roll om vi står med en operationsinsats på fyra timmar kontra om vi gör ett ingrepp på tjugo minuter. Då får vi samma ersättning. Och det är väl också, kan jag tycka, svårt att räkna hem pengarna. Då ska om man nu skulle bara räkna pengar och strunta i vad patientens behov är, så skulle man ju bara köra kortoperationer. Så skulle man kösa de som har långa operationer. Vi kan stå med en operation på åtta, åtta timmar, liksom lätt en dag och få samma peng som om vi hade stått en halvtimme och allt med resurser, material, utrustning. Så att det är svårt att få grejerna att hänga ihop rent ekonomiskt kan jag tycka.

Delar ni andra samma bild? Eller finns det något att lägga till?

Nåt från tidsbok att det kanske blir något fokus mer mot första besöken annat än återföljande?

Eller känner du att det finns något? Det är ju hela tiden fokus mot första besöken, är det ju. Men nu måste vi ju försöka fokusera lite grann på återbesöken också. För de ringer ju dagligen och frågar varför de inte fått sina återbesök. Och då måste vi ju försöka få in dem också. De kan ju liksom inte vänta. Det är ju ändå en medicinsk bedömning som är gjord att de här ska in inom den här och den här tiden. Och många utav dem kommer inte in på den tiden tack vare att vi har fått fokusera på första besöken. Så nu försöker vi blanda lite så. Så och jag tror att det är så vi får försöka jobba nu liksom. Sen har vi ju, ja.

Sen är det ju lite det sjuka att, att de får då i det systemet. Om man då säger att den ska återbesök om tre månader så räcker inte det. Jag måste säga att den ska verkligen ha om tre månader. För tre månader kan lika gärna vara nio månader. Om jag inte talar om att det här är ett prioriterat besök. Och det är ju så att de vi sätter på återbesök, de vet vi att de är sjuka. Väldigt mycket av det som står i vår nybesökskö, det vet vi samtidigt att det här är bara en orolig patient som vi kanske måste ta in och titta på, men de är inte allvarligt sjuka. Så att det är svåra medicinska frågor att dra gentemot varandra.

Verkligen.

Sen kan man ju förstå det politiska incitamentet på att de patienterna som inte ens har kommit till vården, där finns det ju risk att det finns väldigt sjuka patienter.

Ja, men det finns det också.

Vi skulle ju inte bara kunna göra det ena eller det andra. Nej Så är det ju. Sen må ju vi bra av att ha en viss mängd nybesök också för att upprätthålla någon form av dynamik i operationsingrepp och så.

Ja. Mm. Och så har vi också då vårdgaranti, medicinskt måldatum. Och nu tappar jag ordet på det. Det man mäter i- Tillgänglighet. Tillgänglighet, precis. Det blir ganska många olika grejer att mäta och just med produktionsplanen första besök så är det ytterligare en grej. Är det liksom en konflikt som går hela tiden? Att såhär, vilken ska vi titta på? Vilken får vi liksom behandla som den riktiga?

Vi har ju många kurvor som vi tittar på varje vecka. Väldigt många. Alla kurvorna visar lite olika saker.

Kommer tillbaka till dem också sen.

Exakt. Vi har lite bilder här från. Vi har ju primärkort igenom tjugotjugofem har vi väl kollat mest på data ifrån ska sägas. Så det kanske inte speglar helt hur ni känner att det är just nu då för tjugotjugosex men det kommer vi tillbaka till där.

Precis. Vi har mejlat lite till olika regioner och hört om liksom. Vi har ju inte haft tidigare någon insyn i hur de här ersättningsmodellerna fungerar. Och av de svaren som, som har svarat på det vi faktiskt har frågat så har vi intrycket att det alldeles vanligaste är att uppdraget man ger till vårdenheterna är: ni ska tillgodose befolkningens behov mer eller mindre och att man inte sätter en siffra på det. Och så använd, använder man sig då av, ja men vårdgaranti och tillgänglighet som liksom för uppföljning. Och då säger man: okej, nu hamnar de här efter, då kanske man behöver tillsätta mer resurser där. Men att det inte finns någon sådan beställa ett antal besök. Vi har fått svar av kanske så femton- Jag är inte någon fan av PK.

Ja men har de inte PK i andra regioner?

Inte.

Det kan ibland vara en produktionsplan, men det verkar inte vara det som avgör hur man resurssätter överhuvudtaget. Vi har inte fått svar av en enda region som har sagt att ja men precis så funkar det här också. Det har varit vissa som har svarat på helt andra saker än det jag har frågat på. Så vi har inte fått tydliga svar av alla. Men de som har gett tydliga svar så har det varit så: nej, nej, vi jobbar bara utifrån liksom målsättningen att tillgodose befolkningens behov och då blir det ju liksom upp till vårdenheten och avdelningarna att tolka vad det betyder. Och då känns det som att man kanske har lite friare, friare sätt att arbeta. Hur-- Om ni skulle fått arbeta fritt utifrån bara en sådan instruktion, hur hade det sett annorlunda ut?

Eller hade ni gjort något annorlunda då tror ni?

Precis, inte ledande.

Vi hade nog gått mer på medicinskt måldatum än på PK tror jag. Nu tittar jag på Person 2. Ja. Det som också har varit en sideeffekt utav det systemet vi har, det är ju att vi har tvingats in i att tänka kloka kliniska val och efterföljande besök. Behöver vi den mängden efterföljande besök? Eller kan man också då hitta andra lösningar för att få ett efterföljande besök? Kan det vara ett digitalt återbesök? Så det har ju drivit. Jag ska inte säga att det har varit av bara dåligheter, utan det har drivit liksom verksamheten- Just det. också till att tänka så.

Att man måste, man blir lite så. Nu, nu får vi hitta på, hitta på andra sätt att löpa den där.

Ja.

Men framför allt så tror jag att slutet på året skulle vara lite lugnare höll jag på att säga. För att nu, nu håller man på att skruva. Nej, nu har vi producerat, nu går vi över PK. Nu ska vi göra såhär istället för att titta på de medicinska prioriteter som är. Jag menar, våren, då rullar ju snarare saker på. Men sen så när man då hämtar hem, som i höstas så var vi på väg att gå i taket och gö-göra mer än vad vi fick betalt för. Det var inte heller bra.

Och så hade ändrats någonting också där på vägen.

Ja, och så ändrades det. Så helt plötsligt fick vi betalt för det vi gjorde. Så att otydlighet eller när man ändla-ändrar också ersättnings, eh, systemet. Men vad vi får ersättning för.

Man skulle vilja knäcka koden för commitment till patienten skulle jag vilja säga. Vi har ju vårdgaranti och det är ju det patienten hävdar när de liksom är i kontakt med tidbok och annat. Och de, nu har det gått tre månader och då ringer de ju extra mycket. Så de allokerar ju tid för oss som vi egentligen tycker är lite onödigt. Att man kunnat knäcka den grejen med semestern till exempel, när vi har halv verksamhet, när vi har en operationssal istället för i bästa fall åtta, nio per vecka. Och att det inte skulle ingå i vårdgarantin. För vi, hur vi än bär oss åt, så när maj kommer så tappar vi ju juni, juli, augusti och när vi börjar i september så är vi på minus.

Då har man backlog.

Ja, och så ska vi hämta ikapp och käm-kämpa med det och så. Det hade varit lite finurligt om man hade kunnat knäckt den. Vi var ju lite såhär, ska vi köra lite civil olydnad? Ska vi sluta och liksom ge första besök i april, maj? Så att vi inte liksom binder is åt egen rygg med att ta in patienter. Men det går ju inte med den modellen. Man löser det att när kommer du in i maj, juni så är det faktiskt inte vårdgaranti på tre månader. Utan det är på fem eller sex eller liksom såhär.

Det är alla de andra räknar en månad. Precis, man tar bort juli säger vi.

Eller man tar bort tiden mellan- Man tar bort de åtta veckorna som semester.

Ja, på något vis att de räknas inte in. Men jag ser, jag ser inte, nu har inte jag hela bakgrunden, men jag ser inte PK som ett liksom jättebra styrmedel liksom mot att liksom lösa sin produktion och operera de som ska opereras i första besöket. För det är också så liten del ekonomiskt som man får om man klarar. Så att den lilla upplevelse jag har fått när jag har varit här de här månaderna, det är mer att PK kan skapa mer irritation och liksom alltså det är för mycket sidoeffekter kring det här PK-talet som jag inte ser har någon nytta i liksom den totala produktionen. Och lite är det ju att man har, känns som man, man har det. Jag, jag kan till viss del förstå att det finns någon form av man vill ha Någon form av styrning eller ha någon form av koll, men det känns som att man går bara liksom lite halva vägen med det här också. Man hittar på någonting. Om ni förstår vad jag menar.

Man leder det fel.

Och, och håller lite fast i verksamheterna som kan-- och deras mandat att liksom göra prioriteringarna själva och liksom planera sin verksamhet själva när man har detta. För det, det är dumt om man hamnar i ett läge som vi pratar om i dag att man liksom bara för att snygga till siffrorna så ska man trycka in massa första besök eller massa Precis Små operationer bara för att bra, nu är vi uppe i PK, PK. Och då tycker jag, då blir det liksom, då blir det inte alltså patientens behov som styr, utan då gör vi någonting för att siffrorna ska liksom- Precis Vi ska klara siffrorna för någon annans skull.

Något vi brukar kalla målförskjutning när man pratar just om produktionsmätt eller vet jag, prestationsmätt och nyckeltal, att det alltid finns en risk med det. Alltså att målet blir att få bra tal snarare än att bli bra på det som då var framtaget för.

Men för också just det att nu ser vi att vi ligger mycket över. Oj, nu måste vi bromsa bara för att vi vill inte ligga för mycket över och få inte betalt för det. Alltså det blir en konstig styrning. Ja Alltså när man har det. Precis Tycker jag.

Och det, det leder lite in till den följdfrågan där egentligen då. Hur ser kommunikationen ut mellan er när det kommer till sådana saker att ni ligger bakom, att det liksom pushas ut?

Det är främst de här tisdagsmorgonmötena som det liksom kommer ut och så kommer det upp i verksamheten på olika sätt.

Jag tror, vi har ju pratat om det, om man skulle ha glesare. Jag tror ändå på något sätt, dels för att förstå vad det är vi håller på med och att man får liksom direktåterkoppling på att ja men nu går det lite åt fel håll. Eh och då kan man göra något åt innan det har gått för tok för mycket åt fel håll. Mm ja Och månadsuppföljningar eller

kvartalsuppföljningar. Samtidigt- Samtidigt kan vi ibland sitta och "det har inte hänt så mycket liksom sen förra veckan". Ja, men då, då.

Vi har ju de, de avstämmningarna som gäller bara vår enhet. Sen är det ju på VO-ledningen där man har kontra de andra enheter inom, enheterna inom vårt VO. Och så på de storchefsmötena, liksom där, där är hela sjukhusets siffror. Mm. Men det är ju de facto det som kokar hem till våra egna möten som, det vi kan se och vi kanske kan påverka.

Man lägger också väldigt mycket tid, alltså arbetstid kring det här att ta fram PK varje år. För alltså vi sitter och har våra avstämningsmöten, men jag får mejl från den och jag får mejl från den. Jag ska ta in de siffrorna. De ska sitta och lägga in det någonstans. Alltså om man lägger ihop den totala arbetstiden som VGR lägger på bara liksom för att få ut de här PK-siffrorna så är det ju säkert ofantligt mycket arbetstimmar som man lägger ner på någonting som ja, kanske inte är det bästa styrmedlet.

Nej. För då är det någon form av administrativa tjänster som sitter och pillar med det här.

Ja, det är det. Men en utgift för liksom- Ja, men om man bara tittar på liksom arbetade timmar. Liksom hur många, alltså om man skulle slå ihop alla arbetade timmar. Nu menar inte jag de som opererar, de som bokar utan jag menar de som sitter och på något sätt flyttar siffrorna mellan olika system, räknar ut och sådana saker. Det tror jag är ganska många timmar som man lägger ner på detta. Som man kanske skulle kunna använda till någonting mer.

Mer än som.

Ja, ganska säker på att det är.

Värdeskapande.

Särskilt om man hoppar tillbaka innan den fanns. Så är det ju så att den styr ju ändå på sjukhuset när vi ska högproducera och när vi ska lågproducera. Så att sommaren till exempel är vi överens om att semesterperioden börjar vecka tjugofem och slutar vecka trettiotvå i stora drag. Det är de största enheterna och så. Sen har ju vi olika längd på semester och annat, men, men där är det ju tydligt från sjukhuset att vi har vecka sju som är en vecka där vi vill att medarbetare ska kunna ta ut ledigheter och så. Det vi har vecka fjorton eller femton och vecka fyrtiofyra. Så att innan det var det ju liksom, då stod ju allmän. Ja är hälften borta på, på höstlov nu. Vi har ju liksom planerat för att göra detta på sjukhusnivå. Ja Så att det kommer ju ändå någonstans att man ska liksom planera på ett bättre sätt.

Men jag tror att man hade kunnat använda, alltså någonstans vid den andra produktionsplanen. Man hade kunnat använda sig av den ganska mycket också för att liksom planera sin produktion och man vet att alltså vi går ner där eller. För vi kan ju titta på historiskt, liksom i den planen. Så här gjorde vi förra året. Vi vet att vi har den här kön. Så här mycket har vi fått att vi, vi kan skicka till köpvård. Alltså man kan göra, känns som man kan göra sin planering. Alltså man äger den lite mer själv. Man tar bort den där, jag vet inte, det PK:t ligger liksom lite vid sidan och jag har tänkt på positiva saker av det, liksom att man, men, men det är inte samma sak som att man kanske måste bibehålla hela konceptet.

Kan man pausa den där så kan man säga att kan inte det vara ett sätt att man ska styra mer uppifrån? Att vi kan inte styra själva. Det styrs uppifrån hur mycket vi ska producera istället för att vi gick på historiskt.

Ja, och sen det känns lite som att man ibland gör så också. Okej, det här, ja men det känns bra. Alltså, vi kan lösa det. Alltså det, det finns ju inte så mycket fakta som underbygger det egentligen, utan man tar ett, man kanske säger ett tal ungefär och sen ser lite olika ut mellan verksamheterna när man liksom klumpar ihop, till exempel på ortopedi, övre ortopedi. Vad är det? Är det jättemycket grejer liksom? Alltså eller så har du nackstöd. Det går liksom inte att, det är, det är lite halvdant gjort. Det kanske finns en jättebra lösning på det, men som det ser ut nu tycker jag att det liksom, man har inte, man har inte löpt hela linan ut kring det i så fall.

Om man frågar såhär, när man började med PK, det här då, vad hade ni tänkt? Liksom är syftet med det? Vad är det man vill ha ut med det när man inför en sådan grej?

Vad hade varit en bättre mål?

Precis, för man har ju tänkt att det här är en bra idé av någon anledning. Har ni något förslag där?

Jag var inte med då så jag.

Nej, inte jag heller. Inte, inte på den nivån i alla fall.

Behöver lite flytt fram och gissa här också. Så det är inte.

Jag tror att det är någon form av tydligare styrning.

Någon form av tydligare styrning som ska vara tydligare för personal eller?

Ja men kontra ekonomin och liksom att det ska dimensioneras personalen utefter vilket PK man har liksom på något sätt.

Jag hade förstått om det hade varit riktat mot specifika diagnoser. Kanske att man ser att i, i, i VGR eller vad fan att det finns ett behov. Vi ser att det är ett jättestort behov av proteser säger väl någon annan. Jag kan inte säga någon öronkirurg, men det spelar ingen roll. Alltså att man tittar på specifika så. Alltså för att liksom pusha lite så att vi liksom prioriterar de här ingreppen och liksom har det så. Men när man lä-- tar med alla som jag sa att du har överortopedi, du har, alltså du har alla ingrepp. Du har bara valt att lägga det i tre olika grupper. Då liksom ska du fortfarande prioritera alla. Alla blir ju på något sätt lika viktiga. Men om man kan se att här ser vi ett jättestort behov.

Du pratar om barnkirurgi och så va?

Vi har jättemycket barn som står på väntelistan och de oftast, de flesta barn blir det ju operation på. Oavsett om det är tonsiller eller om det är adenoid eller vad det är liksom. För de har ju oftast haft sina symptom väldigt länge när de kommer till vårdcentralen. Sen får de vänta ännu mer. Så att vi har ju väldigt mycket föräldrar som ringer och trycker på liksom att nu, nu har mitt barn väntat såhär länge. Hur länge ska vi behöva ha det såhär liksom?

Är det något sånt du tänker på?

Ja, jag ty-- de, om de vill göra så behöver de se det större. Ni kan se att vi, vi har, vi har jättemånga personer som väntar på protes och de kan inte jobba just nu för att de behöver en protes, de är sjukskrivna. Då får de titta på jättestora. Vi måste prioritera och liksom ge våra invånare protes om de behöver det, för det liksom på något sätt slår igenom på allt om vi kan ha. Förstår ni? Det blir jättehögt upp och jättefrustrerande liksom. Då kan jag köpa om det är någonting, men inte när det blir på allting och att det samtidigt är en sådan liten del av sjukhusets totala budget som vi får på grund av det här PKt. Så att, så att därför tycker jag, som jag sa, tycker inte man har löpt linan ut i så fall om man ska använda det utan. Men jag har ingen bakgrund varför man införde det och hur det var innan.

Nej jag har ingen aning jag heller.

Intressant.

Hur många år har det funnits? Ni som har varit här länge.

Ja jag vet inte. Jag hade ju en något luddig chef som gjorde vad hon ville i tio, femton år. Så att jag.

Jag har varit borta då, men vi höll ju på med PK även på Drottning Silvia på barnsjukhuset. Det som stärkte det till för hjärtsjukvården och transplantationer och sånt var ju 2017 års flyktingström från Syrien, där barnen i den flyktingkarusellen var väldigt undermåligt undersökta. Så det var väldigt mycket barn som hade hjärtsjukdomar. Så det knäckte ju liksom den ordinarie verksamheten där och då. Och i Syrien kanske de inte ens hade tänkt att de skulle göra något åt dem. Så det är liksom såhär. Vi har ju väldigt mycket nästappa för barn. Så. Äh jag, jag, jag var inte heller med när det sattes, men jag kan ju ana vad, alltså det är en politikerstyrd organisation så klart. Och där vill man- Och det kan man räkna. Ja, och där vill man ju liksom ha återkoppling på vad man, på valen och vad man får utav de skattepengarna som vi lägger på vården. Så att jag tror inte, jag tror inte, alltså nu när du har ringt u-runt, det är intressant

att det inte är lika i Sverige. Men här har man valt att det är liksom den här modellen som gäller.

Men att det kanske kan vara mättal för utomstående, för politiker, för.

Det är lättare att möta och ta hem liksom det man lägger skattepengar på.

Snarare än ett hjälpmedel för er i verksamheten. Okej. Ja, det är väldigt intressant.

Siffrorna kan de väl få ändå. Alltså de kan ju fortfarande se även om PK inte, så kan de ju se att såhär många höftproteser gjorde vi i VGR eller såhär många någonting på öron gjorde vi. Alltså så. Det är väl att vi inte registrerar eller mäter.

Nej, nej.

Så. Jag tänker kanske att vi går vidare lite eller?

Ska vi ta den om?

Jag tänkte vi bara visar snabbt de graferna vi har liksom tänkt prata lite mer om kanske. Det är ju den. Vi har mest egentligen tittat på antal i kön. Det står ju massa olika uppdelningar här och med tillgänglighet och så. Eh detta är då antal väntande till återbesök. Februari till februari 2025 till i år. Egentligen är det insikten som vi är ute efter att den har ökat med ett antal. Liksom det, så kurvan ser ut uppåt och det är till första besök, motsats ungefär. Och till operation/åtgärd, ungefär som återbesöken. Eh och ja det kan vi ju avslöja då att vi har lite gått in med den här inställningen att den sortens incitamentsstyrning som de här produktionsplanerna innebär och den finansieringen, att det är något som driver på det här. Om vi, nu blev den väldigt ful här. Den är inte så snygg. Den är inte så snygg i första början. Den är lite utdragen, men det, det syns det som, det som behöver synas.

Det här är lite som vi har tänkt att lätt formulerat hur besöken ser ut. Och ja.

Man kommer på ett första besök. Man blir antingen-Hemskickad. Man blir skickad till operationåtgärd. Där är jag mindre säker på hur vanligt det är att man går från första besök direkt till någon form av uppföljning liksom, men det- Det händer också.

Det händer. Det är ganska ofta.

Efter operationåtgärd är det antingen färdigt eller till återbesök. Vet inte heller hur vanligt det är att man efter en operationåtgärd blir direkt- Nej, det blir inte. Hemskickad. Det finns också det. Och därifrån är det antingen dit eller dit. Skulle väl tekniskt sett kunna gå att hoppa ett återbesök och skickas, skickas på operation också, men den pilen har vi inte med här av någon anledning. Men just att ja, den var nyttig för oss när vi satt i början. Hur hänger sakerna ihop? Vad betyder begreppen? Och de grejerna vi har kvar att fråga om, tänker vi att vi låter den här sitta uppe.

Spontant är nog alla pilarna ganska lika förekommande. Okej, det är inte någon som är- Jag skulle säga, om jag ska bara ge, jag vet inte. Om jag gissar, så vid första besök så är det ungefär en tredjedel operation, en tredjedel avslutas och en tredjedel går på kontrollen.

Ja, det är så pass.

Och så lite såhär va.

Ja, flyter runt om där.

Det är intressant. Vi ska också säga det. Vi har omformulerat några grejer för det hade stått så. Ja men hur många av dem går dit och hur många av dem går dit? Men att vi är inte ute efter exakta siffror. Vi är ute efter eran bild av hur vanligt olika saker är och så. Om det är något som vi frågar som låter som något väldigt absolut, så ta det med en nypa salt.

Men då är det intressant också att du brukar oftast säga att du har filtrerat bort en tredjedel av inflödets remisser.

Ja.

Så då är det två tredjedelar som kommer till de första besöken. Precis. Men det är ändå en tredjedel som då utav de som kom in. Precis.

Ja men som får en information eller en remiss.

Ja, precis. Så våran tanke då är, vi går igenom de lite från vänster till höger typ. Och.

Va? Förlåt, men vad använder vi kammen till på operation?

Det är en kniv. Eller?

Är det en kniv? Du får fråga A. Den första jag ser när du sa det. Barbera, barberarkam. Det är sen tiden när det var barberare.

Vi är ju här och opererar.

Jag ser min.

Förlåt.

Den här är inte, är det en med liten? Jag hade en annan som var lite renare. Vi fick, vi kände lite omröstning med klasskompisar. Jag tycker den ska vara kvar.

Färger och AI är ju konstruerad av den här rakningen här.

Ja, det är ganska ute också.

Operatören ska kamma sig. Gems razor heter den.

Ska vi köra den då först kanske? Med att just vad deras.

Ja, ja, kör, kör. Jag hade väl kanske gått vidare, men vi tar med det.

Vi, vi börjar bara lite lätt med att just i produktions, eh, sett från liksom produktion då. Om man ser på den här kartan, vart är det ni tycker liksom problem eller flaskhalsar liksom uppstår först? Om ni hade ökat produktionen från det ni har nu eller tagit in ännu fler patienter.

Jag tror inte det är tanken att det ska utgå jättemycket från kartan. Säg om ni skulle få till era, ni behöver göra tio procent fler besök nästa år. Liksom var hade det skavt? Var först och mest och liksom.

Antal doktorer.

Antal, ja.

Vi matchar ju inte de doktorerna vi har.

Nej.

Så hade vi med vår verksamhet kunnat ha en bemanning som hade matchat mer. Så att verkligen tjugominutersbesöken hade blivit tjugo minuter. Ja. Det som då skaver är att vi gör fel. Eller vi gör inte fel, men det blir fel. Att inte patienten får med sig den informationen den ska ha eller det blir liksom snurr på grejerna och så. Fortsätta och hålla isär planerad verksamhet och oplanerad verksamhet. Jätteviktigt. Men sen också om populationen hade varit mer pålästa eller våran, våra samarbetspartner hade varit mer pålästa med att inte allokera tid för specialist sjukvården på det sättet. Vi har egenremisser, vi har remisser som är ibland, förlåt, ej kom, ej kom, som Person 2 får på sitt bord och hennes kollegor. Från början. Och att lägga tid på det.

Ja.

Att fortsätta kommunicera via våra digitala system så att Person 3 och hennes kollegor slipper de här arga samtalen. Att de är trygga patienterna i att okej, du har fått en tid, nu var det i maj, nu är du på besök, glöm sommaren, räkna dina tre månader sen. Även om du får något annat så kommer du att komma till operation. Det tror jag, alltså strulet skulle vi behöva jobba undan för att få göra rätt saker och det kallar ju vi när vi pratar kärnuppdrag. Det är att vi har kloka kliniska val så att vi inte har för mycket

återbesök som är onödiga. Det är ingens moln, men kan vi göra det på ett annat sätt? Och sen också titta på vårt kärnuppdrag. Vad är det vi i specialistsjukvården ska göra?

Ja. Det är intressant. Vi, nu har inte jag exakt i huvet antal totala besök, men det är, jag tror det är någonstans typ åttatusen under, på ett år.

Patienter? Unika patienter?

Och patienter vi har grävt efter, men det är säkert en sån, en sån grej.

En del kommer ju flera gånger.

Jaså?

Vi mäter väl upp mot sextontusen besök.

Ja, det är så pass, ja.

På vår mottagning.

För det, det var intressant, om man slår ihop och liksom, ska vi se om jag kan bläddra andra hållet här. Det kunde jag. Om man skulle lägga ihop alla de här, då är det att ungefär på ett år så går det ja hundra stycken som är, den totala kan öka. Det är väldigt, alltså slående lite. Och om man tänker utifrån liksom det vi har från, från vår sida med flödeslogik och produktionsplanering, så är det ganska balanserat. Alltså Mer eller mindre så är-- producerar ni ungefär samma som efterfrågan är. Men det är just de här små grejerna emellan att det är flera steg och liksom som gör att det ändå kan finnas grejer att titta på och. Nu är jag lite osäker på vart jag var på väg med det här, men alltså- Tillgänglighet. Ja men, ja men ta den bilden av att så, ja men hade vi fått pausa på sommaren. Egentligen så är det ju inte så att någonting växer så värst mycket. Om man ser det på hel-- på det hela. Det är bara att kön blir lite längre på vissa håll och på vissa ställen. Eh, bra grej att ha med sig kanske. Det var bara en reflektion. Eh.

Men vad vi skulle vilja, vilja kapa, det är ju egentligen remissinflödet.

Mm. Att kunna kontrollera det.

Och det är ju inte vår PK-beställning så att säga. Nej, just det. Utan det är ju kunskapen och resurserna inom primärvården.

Ja. Mm.

Man skulle ju, vi skulle ju, vårt mål är ju egentligen att inte få de som går från första besök till episod avslutad.

Precis.

Att inte behöva titta på dem alls.

Nej, utan de har redan betats av där i början.

Men det har inte med vårt PK att göra. Då skulle man få till en bättre struktur i primärvården och kunskap där. Då hade vi kunnat dra ner vårt PK.

Precis.

Har ni några idéer där annars på något ni, något ni märker i- Utrustning.

Vi har en, en pilotprojekt som vi ska dra i gång i höst med lite bättre utrustning för att filma i primärvården.

Okej.

Men det kommer nog fastna på ett pilotprojekt för de har inte till möjlighet att rengöra sakerna.

Och det är då för att info som kommer med en remiss ska vara tydligare för er?

De kan ringa, de kan ringa bara.

Ja, jag vet.

Och fråga: "Kan du titta på den här filmen?" "Ja, men det där är inget", säger vi då. Och så behöver de inte aldrig komma hit och patienten får ett besked momentant att det här inte är någonting. Det är lite digital konsult.

Men på vilket sätt har de inte, kan de inte rengöra menar du?

De måste ha diskmaskiner.

Jaha ja, diskmaskiner.

Och det måste ju ligga i deras eget intresse att skaffa en diskmaskin för en och en halv miljon. Inte i vårt intresse.

Diskmaskin för kalsonger eller?

Fiberskåp. Fiberskåp, jag vet.

Det är ju inte vilka diskmaskiner som helst.

Nej, nej, det är en halv miljon.

Åttahundratusen kanske.

Dyrare än de på egen.

Det är dyr utrustning.

Ja, okej. Men då sätts det stopp där då lite att för att liksom ligger för mycket på deras eget intresse och- Det hade ju gjort en fin skillnad ändå.

Behöver inte massa grejer.

Man skulle in med instrument och titta slemhinner och annat.

Jo, det är vi har speciellt. Vi tittar bara in i massa hål.

Sen kan man bli väldigt förvånad, alltså just det du säger där med primärvård, för det är ju fortfarande samma arbetsgivare som sitter. Så det är ju VGR som äger den större delen av primärvården, inte allt så klart. Det finns privata och sådana saker. Man har ju det inom sin egen organisation.

Precis.

Och att man inte kan hit-- alltså på något sätt titta på dem. Alltså- Vi har ett problem här.

Om någon, någon på ett mycket, mycket högre plan än vad jag är här, eh, tog sånt här. Men man försöker driva det från sin egen lilla kammare.

Nej, men jag menar, där sitter ju den nya hälso- och sjukvårdsdirektören som liksom är chef för sjukvården. Och han sitter ju i samma rum som han som är chef för primärvården. Alltså, de, de två sitt-- kan ju liksom lösa. Det är inte det att vi måste samverka med någon annan part som har sina egenintressen, utan någonstans har ju VGR samma intressen.

Är då, är då remisserna liksom väl så diskuterat att toppledningen liksom vet att det här är en av de värsta påtryckningarna som är? Eller är det liksom något som är mer rörande här att ni tänker? Jag tänker att ifall inte är så brett så kanske de inte bryr sig om att göra det. Om du förstår.

De högre upp i systemet vet nog bara antal remisser.

Ja. De vet inte- Då tänker jag bara spontant att det, nej, att det är lite svårt att ens dra den kopplingen kanske.

Alla, det är alltså-- alla läkare som sitter på olika specialitet, som tar emot remisser, sitter som du ibland och liksom funderar varför kom denna remissen in till mig? Den skulle ju aldrig kommit.

Absolut.

Så att, så, så som du säger, alltså någonstans är det, det är inte bara det lilla, lilla ÖNH som sitter här och får de här remisserna. Det gäller, det gäller-- min gissning är att det gäller alla. Alla sjukhus, alla specialiteter.

Precis. Och det är egentligen någonting vi återkommer till att, som vi återkommer till hela tiden. Säg att det kommer hundra personer till första besök och så är det trettio dit, trettio dit, trettio dit. Just att det här återbesöket eller att det här första besöket kostar ytterligare en resurs. Jag menar, man kan lika gärna kunnat zooma ut och tänka att till vänster om första besök så har du primärvården. Och då blir det ju exakt samma logik som om man tittar bara inne i detta systemet. Eh, så det är ju en, ja, jag menar inne i regionen, jag har svårt att se att de inte har den förståelsen. Så det är konstigt att man inte lägger mer på det.

Men de vet ju inte på, på ner på nivå liksom vad som är rimligt att tänka sig. Realistiskt att man skulle kunna göra.

Man skulle kunna vara lite innovativ i tanken. Det finns ju en primärvårdsenhet på Östra som är inne på sjukhuset.

Ja, det såg jag.

En primärvårdsakutenhet som har öppet till tio. Förr var det ju så att primärvården var inhysta på akuten fram till tjugotvå och tog sin egna, egna patienter. Om det är en issue att man inte har utrustning och kompetens Då skulle man ju kunna ha en primärvårdsakut öron snedstreck inne på huset här. Som hade samma utrustning som vi själva har, diskmaskiner och en kompetent öronläkare som konsult.

Absolut.

Men man tog sitt uppdrag själv inne på huset.

Alltså specialistläkarkåren här hade haft som en del av sin schemagrej att ja men en halvdag i veckan så är han där nere. Och den som, om man då kan få bort trettio procent av första besöken, då tjänar man nog ganska mycket på det.

Då tar vi första besöken där nere istället. Då ska man ha primärvårdsläkare som gör det i sådana fall och som konsultar oss.

Mm, okej. Primärvården ska göra sitt eget uppdrag, men de är inhysta i sjukhusets lokaler.

Men då är ju primärvården, alltså det är ju, va? Det är ju inte en primärvård. Det är hur många, hur många vårdcentraler som helst.

Ja, det får ju rotera.

Och grejer och så ska man gå till sin egen listade doktor och så.

Och det, och det är ju bara öron. Det skulle kunna vara liksom hela spektrat, men det är ju inte jättesvårt att identifiera om det är en öronpatient som söker sig till primärvården eller om det är en som har ont i knät.

Det är inte svårt.

Det är inte raketforskning. Så att man, ja.

Sen skulle man säkert kunna göra ett jättejobb, men alltså om man skulle titta bakåt och samla alla de här remisserna som du liksom skickar tillbaka. Titta, det är ofta de här och det är samma där. Och det är så många olika vårdcentraler och liksom den här vårdcentralen skickar alltid de här remisserna. Jag skickar tillbaka dem. Men du har ju ingen tid att sitta och liksom starta någon granskning och ta ett samtal med den här vårdcentralen.

Jag får inte kommunicera med vårdcentralen. Nej, nej men någon annan- Jag måste dra det via primärvårdsrådet.

Det är också omständligt att- Men det är det jag menar att vi, vi äger vår, VGR äger ju sin egen fråga för det är fortfarande samma. Men det, det är ju ett jobb att göra de här grejerna liksom. Och outputen kanske inte blir så jättestor för man löser det med två vårdcentraler. Men sen finns det trettiosju till som fortfarande skickar de här remisserna till Person 2 som hon får, vilket blir avkastat.

Mm, precis.

Men det är intressant. Många som, en stor andel av de som kommer in är sådana som inte behöver komma in. Äh, av de som är inbokade på första besök, går det att säga någonting om hur vanligt är att de inte dyker upp? Är det en i veckan eller en i månaden eller tio i veckan?

Nej.

Det är väl varje dag.

Vi har väl någon varje dag kan man säga. Men jag tycker ju att det har minskat med uteblivna besöken jämfört med när jag började här. Äh, så att där har det blivit. Men sen är det ju det, jag tycker i och för sig att det kanske har blivit lite mer sen vi skulle skicka ut digitala kallelser.

Ja, att det kanske är en liten övergång.

Ja, för att vi, vi ska skicka digital kallelse och de vill det här alltså inte att vi använder några andra kallelser. Det är de som bestämmer. Och då ska det ju vara så att har du en, en koppling till elva sjuttiosju så går det ut en kallelse där. Och har du inte det, då går det ut en papperskallelse. Strålfors tror jag det är som skickar ut dem åt oss. Men det är bara det att det är många som okej, du får ett pling i din telefon. Man skiter i det. Ja, inte skiter i, men man bryr sig inte om det. Och sen så är det en del som vi har haft som ringer in och säger att de hade uteblivit. Ja men har du kollat? Har du kollat i elva sjuttiosju? Har du kollat i Kivra? Oj då, var det en jag hade som sa: "Där fanns ju någonting." Ja, så det är liksom, jag tror inte att de tittar helt alltid. Men det ska vara digitalt, det är bara så. Inga andra, men vi, vi är lite så för många gånger de gamla människor, de har inte elva sjuttiosju. Och då skickar vi en papperskallelse för då vet vi att då kommer den på posten.

Så där kan jag tycka att det har ökat lite grann med de digitala. Men vi håller ju på hela tiden så det blir väl liksom en övergång där antagligen. Det blir bättre och bättre. Men i dag hade vi två som inte kom, som jag fick reda på. Och vi hade skickat ut en kallelse i början på mars. Ändå kom de inte nu då.

Då kan man säga att det är någon varje dag.

Det kan nog vara någon varje dag, ja.

Om vi räknar lågt då en om dagen, tvåhundra femtio dagar om året. Totalt sett så har kön ökat med hundra på ett år. Det är små marginaler man jobbar med. Det är klart att det inte är rimligt att säga att vi ska ha noll- Som inte dyker upp.

Det händer ju saker för folk i livet. Men ja, det är absolut alla veckor som år.

När de uteblir då de har fått en tid, då ringer de och säger: "Oj, jag missade min tid." Ja, då ska vi klämma in dem en gång till på ett första besök.

Ja, precis.

Och då är det ju liksom hyttaramtiderna då som. Så det är ju liksom många tider som går till spillo för läkaren när inte patienterna kommer.

Precis.

Har du någon känsla av om det är vanligare eller mer sällsynt om det är barn kontra vuxna?

Jag tycker nog mer vuxna faktiskt.

Som uteblir?

Ja.

Då hjälper ju inte incitamentet att man får en räkning. För barnen får ju ingen räkning.

Nej. Jo, om de uteblir.

Får de om de uteblir?

Jajamän.

Bra.

Det får de. Det spelar ingen roll om du är.

Det är nog nytt va? För det var inte så innan va? Nej.

Ja men det är bra för då finns ju liksom någon typ av incitament förutom att man vill träffa sin doktor.

Precis.

Har ni pratat färdigt nu?

Nästan.

Nej, men så att där tycker jag nog att det är mer vuxna faktiskt än vad det är barn. Sen är det ju många föräldrar som inte är riktigt. Det är ju deras ansvar att se till att deras barn kommer hit om man säger så.

Det är inspelning. Så att alla kan införstå vad.

Har ni någon idé om hur man skulle kunna förbättra en sådan siffra?

Bara top of mind? Det, det som skulle vara det hade vi när vi började här. Då hade vi omvänd bokning kallades det. Så att då fick patienterna ringa in och boka sin tid och då hade man liksom: "Nu har du fått den här tiden, nu har du bestämt den här tiden". Eh, men sen så blev det ju då att det försvann tack vare att vi hade dåligt med läkare, vi hade inga tider och sånt där då. Då tyckte jag nog att folk kom på sina tider. För då har du haft en muntlig, liksom man ringer in och bokar sin tid och då säger man- Då har du gjort någonting medvetet. Ja.

Jag väljer den här tiden.

Det är väl det då om man ska gå tillbaka till någonting sånt då. Men då vill det ju till att man verkligen har läkartider och läkare som man kan liksom hålla med tiderna då.

Det andra som vi också har gjort med alltså utbyllda besök, det är ju operationspatienter. Så jag gjorde ju det på ett ex-arbete när jag gick ny chef eller gammal chef eller vad det nu är. Så då satte vi fokus på det och den hade ju lite felregistreringar. Att vi låg nästan på sjutton procent mot landet fem procent. Sen har ju vi rätt mycket barn, men vi har snittat mellan fyra komma fem och fem komma ett det senaste ett och ett halvt åren. Så vi har en massa åtgärder då åt att inte liksom ha operationspatienter. Vi har till exempel en ambition av att inte ha små barn på måndagar. Så vi ligger på stabila fem procent i snitt på dem. Sen är det ju det här med förkylda barn och sådär. Så vi får ju, vi kan inte komma till noll. Men det är mycket så.

Vi kollade ju på kallelserna när vi var här första gången till och med då. Är det, är det fortsatt, fortsatt, fortsatt bara läkartiden som står eller har det- Ja. -förbättrats något på det?

Vi, vi fick inte ändra, utan det var liksom centralt styrt.

Är det så?

Läkartiden, ja.

Det är den tiden som får stå med på en kallelse. Det är ett speciellt sätt att besluta får man ändå säga.

Men nu hänger jag inte med. Vad menar ni?

Med en kvart innan.

Ja, just det. Det kallas bara tiden som du faktiskt har tiden med läkaren och inte det här en kvart eller tjugo minuter innan.

De ändrar ju om hela tiden. Innan så stod det på kallelsen. Du ska komma en kvart, tjugo minuter innan. Men sen ändrar ju dem. Det sköts ju inte via oss, utan det sköts ju som Person 1 säger, speciella instans-, speciella instanser som gör de här kallelserna då. Så att jag vet inte. När man pratar med patienten, när jag pratar med patienten till exempel, brukar jag säga det. Eller andra, kom en kvart, tjugo minuter innan.

Det är ganska långt från Hudiksvall till Verkligen.

Och de har svårt att hitta.

Ja, det var på våra första besök vi bara möttes random med folk. Ja, men du måste ju vara här uppe i Hudiksvall. Bara ringa dig.

En annan sak med från mottagning som det kallades då när vi körde igång. Det var ju att de, då får du en tid som de kan.

Just det. När man bokar själv liksom. Man kan inte bli den här. Ja, men jag är på jobbet då eller jag vet inte då.

Jag är alltid ledig på tisdagar, då kan man ju ta en tisdag.

Där är det ju väldigt mycket nu eftersom vi utvecklar elva sjuttiosju-tiderna eller så, att det kommer in mycket elva sjuttiosju-ärenden. Och där får ju då patienten skriva, till exempel om man fått en tid: "Jag kan inte den tiden, men jag kan komma det här och det här". Och då får man ju titta lite grann så att de får en tid som passar dem. Så att det, elva sjuttiosju är ett bra sätt att kommunicera. Om inte det blir en chattfunktion med patienten, det är ju inte meningen. Just det här med tider då, för att då har du där liksom svart på vitt.

Exakt, allt samlat på ett ställe.

Och vi kan ju alltid gå tillbaka till ärenden och de ligger kvar ganska länge ärendena. Så man kan ju alltid gå och hämta upp ett redan avslutat ärende. Så att där kan aldrig patienten säga att det här har jag aldrig sett. För vi ser att de har läst den här.

Ja.

Kallelsesystemen i elva sjuttiosju, både när det gäller operationer, när det funkar och det här med tiderna är väl bra.

Mmm.

Det måste man säga att det är ett plus.

Ja.

Sen måste jag säga, kan jag reflektera över det här också liksom. Invånarnas syn på det här med liksom om man är sjuk, specialistvård. Alltså om jag någon gång söker vård och jag får hjälp med liksom att komma vidare till specialistvård, men sen när jag får tiden, då passar det inte. Eller då, nej jag kan inte det. Jag ska, alltså-- Och det är ju mer en grej liksom i stort i samhället att vi liksom förstår det. Alltså inställ-- Alltså någonstans har jag ett bekymmer. Annars skulle jag inte sökt vård från att börja och nu får jag möjlighet att komma. Visst, alla jobbar och sådana saker, men någonstans liksom. Jag har ju sökt för att jag har ett behov och nu får jag möjlighet. Och så kan man ändå, ändå tacka nej.

Eller de vi erbjuder att åka till Göteborg för att få specialistläkare.

Ja, alltså det kan man också ställa sig frågan. Som tackar nej.

Hur stora besvär har du då?

Det är en större fråga, men alltså jag kan bli liksom lite fundersam när man hör pratat, när jag hör härifrån, när jag hör från ortopederna. De pratar och folk ringer och bokar: "Jag kan inte då, jag ska jobba då". Eller du vet hundra olika, alltså.

Ja, det är jättemånga ursäkter. "Nej, jag kan inte komma då. Jag ska ut med hunden. Jag kan inte komma då. Jag har djur att sköta. Jag kan inte komma då. Jag ska gå till frissan. Jag ska göra det, jag ska göra det", liksom. Och då ger man dem både fem och sex tider som skulle passa. Nej, ingenting passar. Så man känner bara liksom.

Så den delen är väl ganska frustrerande håller jag med om. Samtidigt så säger ju då från ledningen att vi kanske ska ändra arbetstider, vi kanske ska vara mer tillgängliga.

Och då känner jag att har man ett problem så får man- Men sen är ju sjukvården tillgänglig tjugofyra, sju, tre, sex, fem dagar i året, har aldrig ledigt. Alltså, så att jag menar, nej och det är en annan. Men jag tycker, kan bli när jag hör dem berätta, det är att man ens, ens kan medboka för att jag ska gå till frissan. Avboka frissan.

Det är jättelång väntetid för att få tid hos frissan.

Hårgaranti.

Hår, hårgaranti. Nej men det är klart att det måste finnas och det är ju jättefantastiskt. Man kan få en yxa i benet och komma in i samma stund. Men, men det är valet i specialistvården. Jag har haft flera patienter i dag som har sagt till mig att ja, men det är ju, det är att man måste harva så länge på vårdcentralen som gör att det, det bygger upp mycket frustration. För då säger patienter: "Men jag har ju väntat i ett och ett halvt år." Ja, men vi fick remissen för sex veckor sen. Men så ser inte patienten det för den ser hela förloppet.

Jag är inne på det här. Det var ungefär en tredjedel från första besök som går dit, går dit och dit.

Taget helt från höften.

Men känslan är ungefär så liksom. Av de som kommer till återbesök från första besök direkt är samma känsla att de behöver komma på ett återbesök. Behöver de i så fall komma på ett fysiskt sådant? Kan man titta på samtal, videosamtal?

Det stora flertalet, jag skulle säga att säg nittio procent behöver komma på ett fysiskt besök.

Och då är det för att titta hur någonting har.

Ja, titta, känna, klämma. Så. Sen finns det väl lite, ja men yrkessjukdomar till exempel, som man kanske kan stämma av på telefon. Har det funkat med medicinen? För jag behöver inte göra någon ny undersökning.

Jag vet inte om det bara är läkarbesök eller om det är även för vi har ju ett arbete med cancerpatienterna i hjärtförlopp. De ringer ju.

Ja, ni gör det. Det är samtal med dem liksom.

Men det är egentligen på stadigt att det är för att vi har nu ett bättre omhändertagande av dem. Vi hade kanske inte haft så mycket återbesök. Eller lä, fysiska besök annars. Vi såg dem inte så ofta. Men vi får ett mycket, mycket bättre omhändertagande av patienterna nu. Tack vare de digitala.

Och det har vi ju ganska länge.

Ja. Men det är sant.

För det är ju också en, en ström så att säga av folk som eventuellt bidrar till köbildningen att då, vad ska man säga, besök som inte hade behövts.

Lite samma som från primärvården till första. Att går det liksom att beta av?

Men, men man kan väl säga att, att säg en yrsel där då alltså som ska följas upp. Den tar ju för doktorn eller för sköterskan som har den uppföljningen, tar ju lika mycket tid att göra den digitalt. Det är patienten som slipper åka. Men tiden som vi, det hade ju inte kunnat ta någon annan på den eller samma.

Nej.

Det måste man vara medveten om att digitala besök tar ju i princip lika mycket tid- Ja. Som om patienten är här. Annars så vill man ju att man ska lösa allting med digitala besök.

Det är ju lite svårare här när man har en, en disciplin när man säger: "Men hur, kan du gå i trappen nu Per-Åke?" Eller. Då är det kanske lättare. Eller kommer du ur sängen, tar du ja du vet. Ja du är här så bevisligt. Ja, sådär. Än att man behöver faktiskt kolla in i örat eller i tacken eller.

Just det.

Är det mycket att det väntas på svar då på undersökningar som gör att det blir återbesök? Eller att just personen som tar första patienten in, att den inte kan utföra den, det ärendet som behövs. Därför kallar in till återbesök. Är det, vad är mest så?

Det vanligaste är nog att patienten behöver en kontroll till. Vi sätter in någon behandling, vi behöver kontrollera vad som händer efter den behandlingen. Eller, eller de här som, vi har folk som går här år ut och år in och går här två gånger om året eller byter kanul var tredje månad. Då har vi ett helt gäng av kroniska patienter som behöver komma hit med, med regelbundna kontroller. Vi är nog ändå ganska bra på att inte sätta så himla mycket till ett återbesök till någon annan för att den råkade komma fel från början. Utan vi diffar ganska mycket remisser redan från början till rätt instans. Alternativt att de går till en underläkare eller så, som frågar en äldre kollega. Så man gör ändå klart det man kan på första besöket.

För det är ju ett arbete vi har jobbat med också för att man inte ska harva återbesök på återbesök.

Vi ska inte ta en massa återbesök, de ska vara värdeskapande.

Om det är så att då, då kommer man till om man haft ett par stycken så har man en tanke om att då får man träffa en specialist om man kommer vidare i så fall.

Ja, men det finns, det finns det tankesättet och. Och när vi också, jag ska också säga det, när vi ställer de här frågorna och resonerar, då gör vi det liksom ur vårt produktionsperspektiv. Det är klart att vi förstår att vården ska behövas och det är kvalitativ vård som är liksom det centrala. Så om det låter någon gång som att vi säger: "Ja, men det är bara att inte ta in dem." Det är inte så det är tänkt, utan det är bara för att vi måste ha lite den vinkeln på det liksom.

Sen har man ju också sådana regler som säger våra, våra cancrar. De ska vi kontrollera tjugofem gånger under fem års tid. Ish, så va? Och det är efter ett vårdprogram så här. Och där kan vi själva tycka att nej men det här är faktiskt inte alltid riktigt värdeskapande. Det är bättre att patienten får höra av sig när de känner någonting, men det kan vi inte. För vi kan inte göra avsteg från nationella vårdprogrammet. Och det är en ganska stor andel patienter vi har som går här. Tjugofem gånger kanske var lite för. Fyra, åtta, nio, tio, elva, tolv, tretton, fjorton besök ska de ha under fem år, minst.

Sen vet jag inte om det påverkar någonting, men vi har flyttat ganska många. Det är ändå betydande besök ifrån läkargruppen till, till sköterskegruppen. Sen är det ju ett vanligt besök, men det är ju inte lika. Alltså det är ju inte brist på sjukvårdstider på det viset.

Nej.

Nej.

Vi var lite inne på det där också. Precis, alltså vi har ju egentligen ingen insyn i vad som kräver vilken roll Om man tittar på vad som kan tänkas vara de vanligaste åtgärderna som görs. Liksom bara, finns det något sätt att sammanfatta det? Är det vaxborttagning, alltså näsblod, sådana grejer? Eller är det liksom på tjugo besök är det tjugo olika grejer man gör?

Eller är det så att ja men antagligen så är fyrafem av dem- Som doktor är det ju extremt lite vax där i alla fall. Alltså det är ju högt och lågt och kors och tvärs alltså.

Det är en salig mix helt enkelt.

Ja. Ja, det är väldigt lite vax. Då får vi sätta in sköterskorna. Äh men det är liksom om man tittar på task shifting och sånt så skulle vi ju, om vi hade en, en fördelning av personal på något sätt. Eller om vi hade fler sköterskor så hade vi kunnat ha fler- Fler grejer. Sätt till sköterska. Då hade vi förmodligen kunnat kapa en del av våra köer. Vi kunde ha alla möjliga typ patienter som gick till sköterska istället. Med upplärning.

Det går ju att standardisera och sätta vissa vad man får och inte får och sådär men.

Och då finns det, då finns det ju inte resurser för det, för vi kan egentligen inte vara färre doktorer för att uppfylla den kompetens som behövs finnas och för jourlinjen och sådana saker. Så kan vi nog inte vara direkt färre än vad vi är. Men vi skulle kunna kapa våra köer om vi hade haft en sköterska till. Tror jag.

Ja, det var där flaskhalsen troddes uppstå då med läkarna just i antalet där. Var det det vi pratade om tidigare? Just om man kunde flytta ett sjuksköterska till ett av de ämnena som kanske en läkare gör vid vissa fall. Det skulle kunna bidra. Finns det några specifika fall som ni tror att just nu, det här skickar ni alltid till läkaren?

Vi har jättemycket folk som är, har ett obehag i sin hals. Både kli och svid och klumpkänsla. Så alltså vi kan inte bara på remissen säga att det här inte är någonting, utan vi måste titta. Man måste titta och göra ett fiberskopi. Och precis som att man lär sköterskor att göra, vad göra och göra gastroskopi utav ner magen på folk, så kan vi absolut lära, lära sköterskorna. Och så finns vi som backup och frågar om det är någonting. Äh det är en typ patient. Sen håller vi på och byter kaniner i halsen på folk. Äh som är ganska basic, mekaniskt arbete. Nej men liksom, som absolut kan sättas till sköterska. Och, och jag menar, det, sånt här kan ju vara, det kan ju växa hur mycket som helst. Sköterskor är ju medicinskt kunniga personer. Så va.

Som med lite erfarenhet.

Som med lite erfarenhet. Kan göra ganska mycket. Och det du sa med- Men man kan inte bara sådär, men man kan göra successivt och lära upp en sköterska på det och en sköterska på det. Och sen så lär man så småningom mer och mer och mer och mer.

Ja, intressant.

Det finns något som heter läkarassistent i andra länder. Som ju i grunden är sköterskor som är vidareutbildade just inom den biten. Att man kan inte kardiologi, det kan inte jag heller, det har jag glömt. Men liksom, man blir väldigt duktig på det man håller på med.

Nischat sig helt enkelt.

Alltså är du yr så ska du gå till Camilla och inte till mig. Det ligger nog lite i det. Ja, det ligger väldigt mycket i det. Nej men liksom att man, man blir ju jättebra på det man håller på med.

Det du sa om, bara av nyfikenhet, att det hade varit svårt att vara färre läkare?

Vi har en jourlinje som ska bemannas. 24/7 höll jag på att säga. Och där man kan inte gå jour alldeles för ofta. Det är bitvis ganska tunga sådana pass. Det är inte rimligt att man går för ofta. Och sen så har vi också en kirurgisk kompetens som måste finnas. Och du måste ha en backup. Du kan inte vara en som kan det ingreppet. Du måste vara två, tre stycken som kan ingreppet för att bilda en grupp som kan diskutera och driva det hela vidare. Så det, de två sakerna gör att man kan inte vara för få.

De är begränsande åt, begränsande åt andra hållet, liksom att det här är någon form av minimum kår som behövs för- Utifrån kompetens. Ja.

Potentiella. Sen är det väl inte work shifting för att man ska minska läkargruppen, utan det är för att kunna utveckla, utvecklas som sjuksköterska och ta bort lite. Säg att vi hade haft två operationsrum, då kan ju en bra sjuksköterska suturera ihop hela såret. Absolut. Och så vidare och så vidare. Det finns ju mycket möjligheter. Men det är inte för att man ska kunna få bli färre läkare. Nej.

Överlag vi har haft tanken att såhär allt ska göras med exakt samma resurser. Att vi vill inte komma och säga om ni lägger pengar på det här för det går liksom inte riktigt. Man måste låsa sig lite i det tänket men.

Precis, samordna lite utifrån dagens situation.

Men det är ju intressant. Äh ska vi hoppa den kanske?

Ja, tänker jag också.

Operation och åtgärd då, det var samma där, växande kö. Äh och våran bild av det i dagsläget är väl kanske främst att det är begränsande, alltså begränsat antal lokaler som sätter ett tak där. Man, det ni gör är det som hinns med. Det är fullt, fullbokat vid alla tillfällen. Kanske en dum fråga: Behöver alla operation och åtgärder en operationssal? Det kanske de inte ens har.

Nej, vi gör redan rätt mycket här uppe på en liten mini operationssal. Allt som inte behöver vara på en stor operationssal.

Det finns redan ett sånt liksom.

Den varianten har vi nog redan styrt så mycket som.

Och det vi gjorde på vår lilla operationssal, det gör vi på rummet. Till viss del då. Mellanålar och små PX.

Vi gör väldigt mycket på våra knölmottagningar.

Stor skillnad mot när jag började.

Det är inte så att det är grejer i dag liksom som är, har en bokning i en operationssal som hade kunnat vara någon annanstans liksom.

Utan det, det- Nja, det är enstaka. Det är två patienter som inte medverkar riktigt kanske och lite sådär. Men, men inte i stort. Ett fibrom eller något annat. Men det är inte många.

Yes. På sommaren har vi ju lite mer sånt. Där har vi ju medicinska prioriteringar som gör att vi inte opererar dem här. Och då måste vi knö in dem på en sal. Och då, det är inte alltid så att operation blir jättenöjda för de står där med narkos och det behövs ju inte kanske alltid. Nej, just det. Så då är det lite resursslöseri tycker de då. Så skulle vi peta in de patienterna där i dag så tar det bara ett telefon-- ett telefonsamtal bort. Så vad håller vi på med?

Ja.

Men det är sommaren. Bättre tanke, för det, den vägen har man verkligen kunnat.

Yes. Eh, vi har varit inne lite på återbesöken. Det är ganska mycket.

Uppföljning på annat än fysiskt besök tror jag också. Ja, där också. Precis.

De som kommer på fler än ett eller två återbesök, det är också, det är samma sak där. Det är de som behöver kontinuerlig vård av någon anledning generellt eller liksom.

Ja men vi har ju de här, liksom säg kroniska öron. De måste städas var tredje månad. Annars blir det skit. Då blir det fula infektioner eller så. Eller också så har vi de här kronisk stämbandsinflammation som vi vet att en vacker dag så blir det en cancer av detta. Och, och enda sättet att hitta den canceren i tid- Det är att kolla regelbundet. Det är att titta med jämna mellanrum. För att den här patienten är redan hes. Han märker inte om man blir hesare. Så att det borde de där och kolla om det blir någonting. Men faktiskt de som behöver en aktiv åtgärd.

Ja.

Med städning mycket eller ren sugning.

Det jag tänker på återbesöken, det är ju att vara noggrann med dem. Vi har opererat och se vilka som kan gå till vårdcentralen. För det är ju även sjuksköterskebesök. Kan man göra något viktigare av det sjuksköterskebesöket än att byta ett plåster? Så att man verkligen ser vilken vårdnivå det ska hamna på.

Det var någon grej vi fick höra också vid något tillfälle att efter operation, när det är mindre erfarna kirurger, då tar man in en uppföljning extra kanske ibland för att de ska liksom få med sig det här är hur det brukar se ut under återhämtning och sådär.

Ja.

Är det så värst vanligt eller?

Ja men, ja men så är det ju. När du har ett gäng nya doktorer eller nya sköterskor som har sköterskemottagning så måste du få ta några extra återbesök. Man måste få sätta in en behandling och se efter en vecka. Vad blev det då? Jag hade kanske sagt att hör av dig om det inte blir bra. Men en ny doktor måste några gånger få ta de här patienterna på återbesök för sin egen skull. För att lära sig.

Är det många, många sådana nu?

Så just när man har- Bara för att ha en bild av. Just nu har vi två nya doktorer och då har jag sagt till dem att ni får ta lite fler återbesök än vad vi andra får, höll jag på att säga. Det måste man få under läraryperioden.

Men det är ju aldrig så här åtta nya läkare så blir det ju inga.

Nej, nej, utan det är lite så.

Det är inte så att de tar alla på återbesök heller.

Nej.

För det är ju all- alla utav era erfarna läkare som tar tillbaka sina patienter heller. Nej. Det är ju mest öron doktorerna tycker jag och så näsorna några gånger. Men de som har mest återbesök, det är ju öronläkarna.

Det är kroniska öron. Som, det finns ingen människa, de kan inte städa det själva.

Nej, annars så är det inte så. Och sen är det ju inte alla som har de städning som är planerade heller. Utan de ringer ju när de börja känna att nu börjar det samla sig öra, nu behöver jag rensa liksom. Då står de ju inte på, på väntlistan utan då ringer de ju själva. Så att det har väl minskat med återbesöken måste jag nog tycka ändå.

De är också lite utdöende för att man opererar på modernare sätt nu. Så att man får inte riktigt samma problem efter operation som man fick förr.

Det är många utav våra gamla strål- eller våra strålscadade som kommer. De kommer istället.

Men vi har ju också pratat om och satt fokus på hur länge får man lov att vara patient? I ett primärvård. Kan man ringa sju år efter att man har gjort ett- Beror på vad det är. Ett ingrepp, ett större ingrepp.

Eller ska man börja från början då kanske?

Nej det är ett ny-nybesök på vårdcentralsnivå.

För det, där är det ju vad det, vad det är. Det är ju öronkirurgernas, de är ju återkommande hela tiden. De är ju liksom aldrig avslutade. Men har du- Lojala patienter. Är det någon patient som har varit där och inte varit här på två, tre år och det står liksom i journalen till och med att den här patienten är avslutad och de inte har varit där. Då brukar jag säga: Du får gå till vårdcentralen igen och söka. Och sen är det många som tror om du har kommit hit för att jag har halsont och kanske varit här för två år sen för det. Ja, men nu har jag fått lite ont i öronen också. Då ringer de och tror att de kan komma in bara för att de en gång har varit här. Och det är inte riktigt så heller. Då blir det ju alltså ett besök nytt. Så är det ju. Om inte läkaren har sagt någonting, han kanske tittar i eller hon tittar i öronen samtidigt som tittar i halsen. Så man får titta lite grann vad det står i journalen också när de ringer. Så att, men det sa de när jag

började här en gång i tiden att två år, har inte patienten varit där på två år så, då får man söka på nytt igen.

Vi har också jobbat mycket med att försöka och säga till doktorerna: Skriv det i journalen. Nu kan du komma in om tre månader eller ett halvår eller vad det handlar om. Då har vi det.

Det är en doktor som har sagt- Och sen har det kommit lite mer då också att man, är ni tveksamma så kan ni hänvisa patienten till att skriva en egen remiss. Så är det jag som säger ja eller nej. Ja.

Och så ligger de väl kvar också iEh backlogen eller på när vi gick igenom tidsbokningen där så står det en del över trehundrasextiofem dagar för jag tippar att det tar väl lite onödig tid av er också. Kanske behöva skrolla ibland- Ja Och tömma det som.

Det, det tar tid. Det gör det. Och det är ju det, men det är ju, det är ju mitt jobb. Det är ju det jag ska göra. Ja Men det tar ju mycket tid. Mm Det gör det. Och, och ibland känns det som att den tiden räcker inte till. För dagligen håller vi på att jobba med remisser. Alltså, det, det är det enda jag jobbar med känner jag. Mm Att man sitter med det nästan varenda dag för ja, för det är ju remissbedömning tre dagar i veckan. Mm Och det kommer ju alltid och det är ju liksom, det kan ju vara en trettio, fyrtio remisser om dagen som kommer. Och då ska man sitta i telefon mellan nio och elva först och sen ska man sitta med alla remisserna. Ja Ja, när ska jag hinna gå igenom alla patienter som står på väntelistan? Ja Min, min dag är bara så lång liksom. Precis Så att det är lite så, kan vara lite frustrerande ibland.

Ja, men det var ju också en utav fördelarna med att de skulle ringa själva. För då har ju patienten ett eget ansvar. Ja, jag vill ju att du ska kolla på mitt öra igen om ett halvår. Då ringer jag själv. Då är det inte Person 3 som behöver hålla koll på när de ska- Nej, precis Komma in. Så det är en fördel. På statistiken ser du också- Ja, det blev ingen kö på dem som inte måste. När inte folk skulle uppas, för då uppar, då uppar vi inte sett så många ett tag. Nej Utan de ringde själva. Ja.

Uppar får du förklara för grabbarna.

Ja, det uppmanade- Jag tänkte att du hade gjort det Att de var uppmanade att ringa själva. Man satte det som en kod. Just det Samma som du sätter OB för att återbesök. Så satte vi upp då. Då visste vi att de här har läkaren sagt att du får ringa själv och åka in till. Så det blev inte kö.

Nej Dessutom har vi ju en automatisk commitment att besöket är liksom bokad av dem. Vi har ju patienter som hävdar att de har inte- Just det Bokad en tid.

Det blir samma grej där som när de fick boka tiden själva. Då har de faktiskt kontaktat och minskat. Det känns som en ganska bra lösning. Men det var ingen sådan kod som fanns kvar nu?

Nej, den är inte kvar nu.

Jobbas det med det fortfarande liksom? Eller hur ser det ut?

Osteoporosen har ju omvänd tidbok- Mm På vårat VO som funkar. Eh, men annars har vi pratat om det några gånger, men det är också resurskrävande. Och så ska man då sitta i telefon och svara de här patienterna som man har uppmanat.

Så klart. Men det är på samma sätt som när man pratar om remisserna från primärvården, att man får rensa där. Att man kan redan innan själva tillfället ränta bort vissa onödiga. Om det är så att man säger: "Du får ringa själv", då, då lägger du inte på någon i kran från början.

Nej, och det är ett gäng som inte hör av sig.

Ja, ja, precis På gott och ont ibland. Istället för att ni ska planera in dem som inte hör av sig eller inte har behovet- Precis Då sällar det bort sig själv.

Det är det, man tar ju bort dem ifrån väntelistan då va. Men det är inte det att vi har tagit bort dem ifrån patientregistret om man säger så. Men det är bara, där står det ingen där och tickar. Nej Så att de, då om de ringer och jag säger: "Men det var inget planerat." Då måste jag gå in och titta i journalen och se liksom vad är planerat då. Ja

Eh, så att man gör ju lite sådana rensningar med jämna mellanrum då för att se hur det ser ut då. Så att man slänger ju inte ut dem ur systemet bara för att de inte finns med på något.

Men de ligger inte där och blir en dålig- Nej Dålig statistik liksom. Nej Det var ungefär de grejerna- Ja Tror jag som vi har.

Vi hade hoppats på. God diskussion här tyckte vi ändå. Det tycker jag vi fick. Absolut, absolut Här. Mycket, mycket matigt. Få se vad vi kan koka ner det till sen- Spännande Som slutrapport.

Det blir tydligare och tydligare att det svåra är att på något sätt komma med någon liksom, ja men såhär borde man arbeta. För alla grejer och tankar som vi kommer, ja men man kanske, så fort vi tar upp det: "Ja, men det har vi gjort." "Ja, men det har vi prövat" "Det är nästan som att någon har tänkt innan." "Det var inte alls så vi hade tänkt att det skulle vara." Ja, men vi har ju faktiskt på våra år, Person 3, gjort otroligt mycket förändringsarbete.

INSTITUTIONEN FÖR TEKNIKENS EKONOMI OCH ORGANISATION
AVDELNINGEN FÖR INNOVATION OCH R&D MANAGEMENT
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2026



CHALMERS