

CHALMERS



Tillgänglighet i vården

– En undersökning av felmatchningen mellan vårdbehov och vårdinstans på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus akutmottagning

Accessibility in Healthcare

– A study of the mismatch between patient needs and type of healthcare at the Queen Silvia Children's Hospital emergency room

Kandidatarbete i Industriell ekonomi

THERESE BLUM

LINN HANSEN

ROBIN JENSEN

CHARLOTTE VON NUMERS

SANDRA OSVALD

DAMIR RADONCIC

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Avdelningen för Industriell kvalitetsutveckling

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige 2014

Kandidatarbete TEKX04-14-12

Förord

Denna studie är ett kandidatarbete som utförts inom civilingenjörsprogrammet Industriell ekonomi vid Chalmers tekniska högskola. Kandidatarbetet är det avslutande momentet för kandidatexamen. Författarna påbörjade arbetet i slutet av år 2013 genom kontakt med Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus akutmottagning och handledaren Ida Gremyr, avdelningschef för avdelningen Industriell kvalitetsutveckling på institutionen Teknikens ekonomi och organisation, där rapporten skrevs. Uppdraget togs fram i samarbete med handledare från dessa organisationer och studien startades under januari år 2014.

Arbetet med studien har varit intressant och utvecklande. Författarna har funnit det engagerande att få omsätta sina teoretiska kunskaper från utbildningen i att få vara delaktiga i arbetet med att lösa de utmaningar som Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus akutmottagning står inför. Att få vara en del av arbetet med att skapa ett mer hållbart vårdssystem är till stor glädje för författarna, då det har potential att vara till gagn för samhället i stort.

Författarna vill rikta ett stort tack till handledarna och övrig personal vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus akutmottagning. Younis Khalid och Unni Solli har tillsammans med sin personal välkomnat författarna till sin arbetsplats och ställt upp på intervjuer och observationer samt deltagit i en workshop. Deras engagemang har varit avgörande för resultatet av studien. Ytterligare tack riktas till Ida Gremyr, vars kunskap och konstruktiva och omfattande feedback och rådgivning har varit ovärderlig för författarnas arbete och engagemang. Slutligen riktas ett stort tack till alla de personer som intervjuats och svarat på enkäter. Utan deras åsikter och information skulle den här studien aldrig ha kunnat genomföras.

Göteborg, 6 maj 2014

Therese Blum

Linn Hansen

Robin Jensen

Charlotte von Numers

Sandra Osvald

Damir Radoncic

Sammanfattning

Problem – Dagens sjukvård står inför stora utmaningar, inte minst när det gäller tillgänglighet i vården och skapandet av ett hållbart vårdssystem. Detta är även fallet på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (DSBUS) akutmottagning i Göteborg. Personalen på vårdinstansen har länge upplevt att en stor del av de patienter som kommer till DSBUS akutmottagning hade kunnat söka sig till andra vårdinstanser och på så vis undvika att binda upp resurser ämnade åt mer akuta fall. I denna studie går detta problem under benämningen felmatchning, det vill säga att en patient uppsöker vård på en annan vårdinstans än vad den är i behov av.

Syfte – Syftet med studien är att bidra till ett mer hållbart vårdssystem för DSBUS akutmottagning genom att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans. Detta genom att studera patientflöden till DSBUS akutmottagning för att kunna förstå orsakerna till felmatchningen på vårdinstansen och därigenom kunna ge förbättringsförslag som kan bidra till minskad felmatchning.

Teoretiskt ramverk – Det teoretiska ramverket har sin utgångspunkt i kvalitetsutvecklingsområdet. I avsnittet diskuteras kundroller, ständiga förbättringar och systemtänk. Denna del följs av en genomgång av hur kvalitetsutveckling kan appliceras inom vården genom patientfokus, varefter hållbarhet i vårdsystemet diskuteras. Hållbarhetsavsnittet behandlar både sociala och ekonomiska hållbarhetsfaktorer. Slutligen kopplas de olika avsnitten samman i en konceptuell modell.

Metod – För att kartlägga sökbeteendet hos de vårdsökande genomfördes intervjuer, observationer och en enkätundersökning riktad till vårdsökande i väntrummet på DSBUS akutmottagning. Den data som samlades in användes sedan bland annat vid identifiering av de behov hos de vårdsökande som låg till grund för en QFD-analys, med syfte att skapa förbättringsförslag kopplade till kundbehov. QFD är ett verktyg inom kvalitetsutveckling, och analysen utfördes tillsammans med representanter för DSBUS akutmottagning. De lösningar som togs fram kan ligga till grund för fortsatt förbättringsarbete på DSBUS akutmottagning.

Resultat och implikationer – Samtliga lösningar handlar om att DSBUS bör samarbeta mer med andra vårdinstanser eller informera och utbilda de vårdsökande i större utsträckning. En implementation av lösningarna kräver ett ökat samarbete inom vårdorganisationen som helhet och att patienterna själva accepterar att de bör ta ett större ansvar för sin egen vård. Dessa förbättringsåtgärder antas medföra en minskning av felmatchningen och leder på så sätt till ett mer hållbart vårdssystem.

Abstract

Problem – The healthcare of today faces many challenges, especially when it comes to accessibility and the creation of a sustainable healthcare system. This is also the case at the Queen Silvia Children’s Hospital (QSCH) emergency room in Gothenburg. The employees are of the opinion that many of the patients that seek healthcare at DSCH could have turned elsewhere. This problem is referred to as mismatch, which means that a patient seeks healthcare at a healthcare instance that does not match its needs.

Aim – The purpose of this study is to contribute to a more sustainable healthcare system for the QSCH emergency room by reducing the mismatch between the receiver and the provider of healthcare. This is done by studying the patient flow to the QSCH emergency room, in order to have a better understanding of what causes the mismatch. Through this, suggestions regarding work improvement reducing the mismatch can be given to the QSCH emergency room.

Theoretical framework – The theoretical framework focuses quality management, where the role of the customer, continuous improvements and system thinking are discussed. This is followed by a description of how these theories can be applied in healthcare using patient centered care, and sustainability in healthcare. The sustainability chapter considers both social and economic sustainability factors. At the end, the theoretical framework is synthesized into a conceptual model.

Method – In order to achieve a better understanding of how the receiver of healthcare reasons when seeking a healthcare instance, interviews, observations and a survey directed to healthcare seekers in the QSCH emergency room were conducted. The collected data was then used in the QFD-analysis, which is a tool that is used to identify solutions to the needs of the customer. The QFD-analysis was conducted with representatives from the QSCH emergency room. The solutions found can form a basis for further work with improvements at the healthcare instance.

Results and Implications – All solutions regarded that the QSCH emergency room should co-operate more with other healthcare instances or inform and educate the receivers of healthcare better. In order to implement these solutions a greater co-operation within the healthcare organization as a whole is required, and the receivers of healthcare need to accept that they have to take a greater responsibility of their own healthcare. The solutions that are presented in this study contribute to a reduction of the mismatch-related problems, which makes the healthcare more accessible and sustainable.

Ordlista

1177 – en nationell vårdguide som kan kontaktas via telefon eller internet för att få sjukvårdsrådgivning och information.

DSBUS – Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

Felmatchning – att en patient uppsöker vård på en annan vårdinstans än vad den är i behov av.

Jourcentral – en primärvårdsinstans med öppettider utanför vårdcentralernas.

Patient empowerment – en behandlingsmodell som ämnar ge patienten mer autonomi och kontroll över sin egen behandling genom utbildning av patienterna.

Patientfokuserade vårdkedjor – att hela vårdkedjan utformas utifrån patientens situation.

Primärvård – en del av den öppna hälso- och sjukvården i Sverige. Här ingår bland annat vårdcentraler, jourcentraler och barnavårdscentraler.

Quality function deployment (QFD) – ett verktyg inom kvalitetsutveckling för att översätta kundbehov till lösningar.

Systemtänk – när en organisation förstår hur olika delar inom verksamheten är beroende av och påverkar varandra.

Triage – den första bedömningskontakten patienten har med vårdpersonal; det är under denna det bestäms hur pass allvarligt tillståndet är hos patienten.

Vårdinstans – en vårdenhet där människor uppsöker vård.

Vårdsökande – den som uppsöker vård; begränsas inte till patienten.

Innehållsförteckning

Förord	i
Sammanfattning	ii
Abstract	iii
Ordlista	iv
1 Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte och frågeställningar.....	2
1.3 Avgränsningar	3
2 Teoretiskt ramverk	4
2.1 Introduktion till kvalitetsutveckling	4
2.2 Hur vårdorganisationer kan arbeta med kvalitetsutveckling.....	7
2.2.1 Vårdorganisationens kund och dess roll i vårdprocessen.....	9
2.3 Hållbarhet i vårdsystemet	11
2.3.1 Hållbarhet i vården	11
2.3.2 Ekonomisk hållbarhet i vården.....	12
2.3.3 Social hållbarhet i vården	13
2.4 Konceptuell modell	14
3 Metod	15
3.1 Forskningsansats och studiens upplägg.....	15
3.2 Insamling av data	16
3.2.1 Enkätundersökning.....	17
3.2.2 Intervjuer	18
3.2.3 Observationer	19
3.2.4 Litteraturstudie	20
3.3 Analys av insamlad data.....	20
3.3.1 Quality function deployment.....	22
3.4 Trovärdighet	24
3.5 Etik	25
4 Resultat.....	27
4.1 Kartläggning av de vanligaste patientflödena till DSBUS akutmottagning.....	27
4.2 Orsaker till felmatchning.....	29
4.2.1 Information till den vårdsökande	30
4.2.2 Samarbete mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser	39

4.2.3 Övriga intressanta faktorer	40
4.3 Identifiering av vårdsökandes behov	41
4.4 QFD-workshop	43
4.4.1 Behov hos de vårdsökande	43
4.4.2 Lösningar	44
4.4.3 Koppling mellan behov och lösningar	44
5 Analys	46
5.1 Information till vårdsökande	46
5.1.1 Patientroller på akutmottagningen	47
5.1.2 Att arbeta med patient empowerment för att informera vårdsökande	48
5.1.3 Att arbeta med kundnöjdhet och patientfokuserade vårdkedjor	50
5.2 Samarbete mellan vårdinstanser	52
5.2.1 Systemtänk i vårdorganisationen och dess kopplingar till förbättrat samarbete	52
5.2.2 Förbättrad kommunikation ger bättre samarbete	53
5.2.3 Ständiga förbättringar kräver samarbete	54
5.3 Summering av analys	56
6 Diskussion	58
6.1 Studiens resultat och analys	58
6.2 Studiens objektivitet och metod	59
6.3 Studiens bidrag	60
6.4 Rekommendationer för vidare forskning	60
6.5 Studiens generaliserbarhet	61
7 Slutsats	62
7.1 Studiens svar mot sitt syfte	63
8 Rekommendationer	65
8.1 Rekommendationer till DSBUS	65
Källförteckning	

1 Inledning

I detta kapitel ges en bakgrund till studien, det vill säga en introduktion till ämnesområdet kvalitetsutveckling inom sjukvård och felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans. Efter detta följer syftet med arbetet och dess frågeställningar och till sist redovisas de avgränsningar som har gjorts.

1.1 Bakgrund

En organisation som idag står inför stora utmaningar är sjukvården. Forskning visar att dagens vårdssystem inte är hållbart; människor blir allt äldre, vilket leder till ett ökat behov av specialistvård och resurser. Samtidigt ökar andelen av den äldre befolkningen i proportion till antalet skattebetalare. Parallellt med detta har dessutom behandlingar och mediciner blivit allt dyrare, i kombination med att fler sjukdomar kan behandlas. Detta medför ökade svårigheter att finansiera det vårdssystem som finns idag (Ackerby, 2013; Lifvergren, 2013). På så vis hamnar vården i en situation där mer vård ska levereras utan att mer resurser tillsätts (Anell, 2005; Lifvergren, 2013).

Den svenska sjukvården är politiskt driven (Jacobsson, 2012) och staten agerar ofta finansär, vilket påverkar beteendet mellan konsument och producent (Jonsson & Larsson, 2008). När en tjänst eller vara konsumeras existerar det vanligtvis ett fixt pris som baseras på tillgång och efterfrågan, men merparten av vårdrelaterade kostnader är dolda för patienten eftersom dessa är skattefinansierade. Det sker en separation mellan skattebetalare och patient till den grad att det inte finns någon länk mellan konsumtionsbeteende som skattebetalare och efterfrågan som vårdkonsument (Evans, 1990). Vidare problematik med finansieringen inom den svenska sjukvården är att merparten av den är direkt finansierad av skattemedel och på så vis en del av politiska partiers valplattform. Då olika intressenter ställer olika krav på vården uppstår en intressekonflikt. En fråga blir då hur högre tillgänglighet kan uppnås utan att ökade resurser tillförs (Lifvergren, 2013). Ett sätt att arbeta för att reducera kostnader inom vården är att fokusera på kvalitetsutveckling. Inom sjukvården har det blivit allt vanligare att kvalitetsverktyg från den traditionella tillverkningsindustrin anpassats och implementerats (Smith, 2001; Bohmer, 2009).

Praktiskt taget alla medborgare kommer i något skede av sitt liv i kontakt med sjukvården, antingen direkt vid eget behov eller vid tillfällen då närstående är i behov av vård, vilket medför att god kvalitet i vården är av intresse för allmänheten. Ur ett ekonomiskt resursperspektiv är det viktigt att rätt diagnos ställs och rätt behandling ges, för att onödiga återbesök på så vis ska kunna undvikas (Roberts, 1993). Med andra ord är det viktigt att rätt personer får vård, det vill säga de patienter som verkligen behöver den. Det beror på att vård som inte överensstämmer med vårdtagarens egentliga behov slösar både tid och pengar.

En av svårigheterna inom sjukvården är att tillgodose en lämplig grad av vård, vilket är något som problematiseras av att patientens ståndpunkt kan skilja sig från den hos vårdgivaren (Berry et al., 2003). Detta skulle till exempel kunna innebära att en patient bedömer att den är i behov av en annan form av vård än den vårdgivaren föreslår. Nu för tiden har patienter

tillgång till information via internet och sjukvårdsupplysning, men i många fall saknas dock förmågan att filtrera informationen på ett adekvat sätt (Berry et al., 2003), vilket riskerar att leda till en meningsskiljaktighet mellan vårdtagare och vårdgivare om vad som vore en lämplig behandling. Som en konsekvens av detta blir en redan överhettad vårdmekanism än mer belastad. Bristen på information riskerar att leda till en felmatchning vad gäller patient och vårdinstans, vilket i sin tur skulle innebära att redan överbelagda vårdinstanser saknar resurser att hantera efterfrågan. Felmatchning innebär i det här fallet att en patient uppsöker vård på en annan vårdinstans än vad den är i behov av. Exempel på olika vårdinstanser är akutmottagning, jourcentral och vårdcentral.

Studien har genomförts på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (DSBUS), vilket är Sveriges största barn- och ungdomssjukhus. Vid DSBUS behandlas barn och ungdomar mellan 0-16 år. Sjukhuset är sedan år 1997 en del av Sahlgrenska Universitetssjukhuset och vid sidan av vård bedrivs dessutom forskning och undervisning. DSBUS har samtliga verksamheter som krävs för att klassificeras som ett komplett vårdsjukhus, och bedriver allt från akutvård till högspecialiserad vård (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2013). Mer specifikt kommer studien vara förlagd vid DSBUS akutmottagning, där det för närvarande arbetar ungefär 75 anställda och där omkring 47 000 barn och ungdomar årligen söker akutvård.

En av de vårdinstanser som står inför stora utmaningar vad gäller att upprätthålla god kvalitet är just akutvården (Ekelund et al., 2012). I en rapport angående tillgänglighet på akuten (Arvidsson et al., 2012) beskrivs hur tillströmningen av patienter till akutmottagningen har ökat vilket medför problem med överbeläggning. Detta innebär att akutmottagningen tvingas ta emot fler patienter än vad deras kapacitet egentligen tillåter, vilket leder till ökade svårigheter med att upprätthålla god patientsäkerhet, hög vårdkvalitet och en tillfredsställande patientupplevelse. Följderna blir bland annat att behandlingar för patienter med kritiska tillstånd försenas (Ekelund et al., 2012). DSBUS akutmottagning har under en tid upplevt att många av de patienter som söker sig till akutmottagningen egentligen borde vända sig till andra vårdinstanser. Vidare är det intressant att studera felmatchningen på DSBUS akutmottagning då inflödena till akutmottagningen kan antas likna inflödena till övrig akutvård.

Sammanfattningsvis kan därmed sägas att problemet med sjukvårdens begränsade resurser, gapet mellan vårdgivare och vårdtagare, bristen på information hos patienterna och den generella felmatchningen medför att sjukvården i allmänhet, och felmatchningen i akutvården i synnerhet, blir intressant att studera utifrån ett kvalitetsperspektiv.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att bidra till ett mer hållbart vårdssystem för DSBUS akutmottagning genom att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans. Detta genom att studera patientflöden till DSBUS akutmottagning för att kunna förstå orsakerna till felmatchningen på vårdinstansen och därigenom kunna ge förbättringsförslag.

Med utgångspunkt i syftet har ett antal frågeställningar formulerats:

- Vilka är de vanligaste vägarna för patienter in till akutmottagningen vid DSBUS?
- Varför söker vårdsökande felaktigt vård på DSBUS akutmottagning och vilka behov kan identifieras hos dessa vårdsökande?
- Vilka förändringar kan DSBUS akutmottagning genomföra för att minska felmatchningen mellan vårddagare och vårdinstans?

1.3 Avgränsningar

Vid undersökningen av patientflödena kommer gränsen för analys att dras vid triageringen – den första medicinska bedömningen – då studien enbart behandlar de vårdsökandes beslut att vända sig till akutvården eller inte. Således är inte vårddagarens väg vidare genom vårdsystemet en del av studien, vilket med andra ord betyder att inga interna kunder i form av medarbetare på DSBUS akutmottagning kommer att betraktas. Vad gäller de externa kunderna till DSBUS akutmottagning kommer samhället vara en del av hållbarhetsanalysen, men inte analyseras djupare som extern kund. Detta beror på att studien begränsas till att fokusera på en enskild vårdenhet, en *single-case study*, och relationen till dess patienter och övriga vårdinstanser. Övriga vårdinstanser betraktas som interna kunder till DSBUS akutmottagning. På så vis kommer inte den inhämtade informationen att vara tillräcklig för att förändra hela den svenska vårdorganisationen, utan gränsen dras vid förändringar inom DSBUS akutmottagnings egna verksamhet.

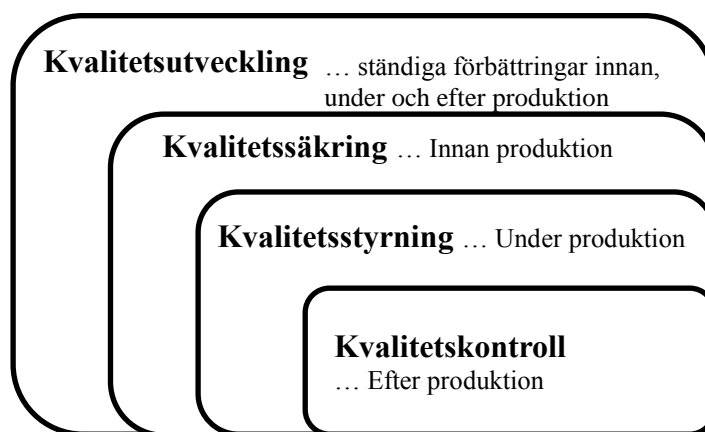
Den sociala dimensionen av hållbarhetskapitlet kommer enbart att innefatta den externa dimensionen inom social hållbarhet, det vill säga relationen mellan patient och vårdgivare. Hänsyn kommer därför inte tas till den interna dimensionen, som handlar om vårdpersonalens arbetsmiljö, autonomi och medbestämmanderätt. Vidare syftar studien till att ge DSBUS akutmottagning ett arbetsunderlag för vidare kvalitetsförbättringar, vilket betyder att arbetet inte kommer innefatta implementering av förslag till förbättringar som framkommer under studien. Studien bör därmed i första hand ses som ett beslutsunderlag för framtida förbättringsåtgärder.

2 Teoretiskt ramverk

Syftet med studien är att bidra till ett mer hållbart vårdssystem för DSBUS akutmottagning genom att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans. Detta genom att studera patientflöden till DSBUS akutmottagning för att kunna förstå orsakerna till felmatchningen på vårdinstansen och därigenom kunna ge förbättringsförslag. För att kunna bidra till ett mer hållbart vårdssystem genom att minska felmatchningen krävs förståelse för kvalitetsarbete inom vårdorganisationer. I detta kapitel presenteras teori om kvalitetsutveckling för att kunna ge en inblick i vad området innefattar och vad som drivit utvecklingen. Vidare diskuteras kvalitetsutveckling inom sjukvården, där fokus främst kommer att ligga på patienten för att tydliggöra problematiken kring kundrollen. Därefter följer en genomgång av hållbarhet inom vårdssystemet där begrepp som efterfrågehantering och patient empowerment diskuteras. Slutligen kopplas de olika avsnitten samman i en konceptuell modell.

2.1 Introduktion till kvalitetsutveckling

Begreppet kvalitet eller kvalitetsutveckling är inte någon ny företeelse utan snarare något som har florerat i olika former genom tiderna (Juran & De Feo, 2010). Kvalitetsbegreppet har kommit att utvecklas och förändras över tid i och med den ökade uppmärksamheten kring forskningsområdet (Lengnick-Hall, 1996). Begreppet beskrivs av flera författare (Garvin, 1988; Lengnick-Hall, 1996; Bergman & Klefsjö, 2012) och har förändrats från en reaktiv kvalitetskontroll efter produktion till en mer proaktiv kvalitetssäkring innan, och under, produktion för att slutligen landa i kvalitetsutvecklingsbegreppet där huvudfokus ligger ständiga på förbättringar utifrån kundbehov (se figur 1).



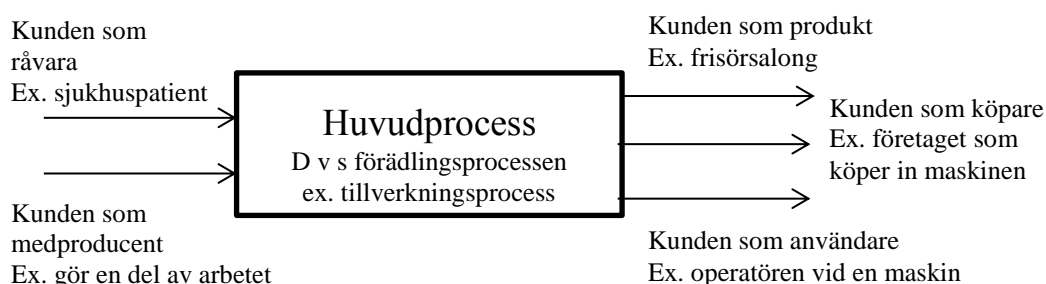
Figur 1. Illustration över sambandet mellan kvalitetskontroll, kvalitetsstyrning, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling (Bergman & Klefsjö, 2012).

Garvin (1988) menade att det arbetssätt som tidigare funnits, där det största målet var defektfria produkter, var för begränsande i omfattning och att organisationer istället skulle definiera kvalitet utifrån kundens synvinkel för att på så vis få ett bredare perspektiv. Det erkännande av kundens betydelse för kvalitetsarbetet som framkom i och med kvalitetsutvecklingens uppkomst, ledde till förändringar i många organisationer (Lengnick-

Hall, 1996). Företag började arbeta närmare kund för att kunna översätta kundens krav till verksamheten och på så sätt arbeta proaktivt för högre kvalitet. Enligt Dean och Bowen (1994) är det just kundfokus som är den viktigaste principen i begreppet kvalitetsutveckling, då de menar att kundtillfredsställelsen är den avgörande faktorn för en organisations långvariga framgång. Bergman och Klefsjö (2012) menar vidare att genom att identifiera kundens förväntningar och behov skapas förutsättningar för nöjdare kunder och därmed en mer framgångsrik verksamhet. Även Deming (1986) pekar på kundens betydelse i en organisations kvalitetsarbete och menar att verksamheten inte hade funnits utan kunden.

Att kundfokus är viktigt för ett företags fortlevnad är alltså något som understryks av många forskare. Holweg och Pil (2001) menar dock att många organisationer försöker kompensera för de förluster organisationens dåliga förståelse av kunden och kundbehov leder till genom att effektivisera verksamheten, vilket de sedan hoppas ska leda till förbättringar inom hela värdekedjan. Istället menar Holweg och Pil (2001) att effektiviseringsfokus gör det än svårare för organisationen att lyckas åstadkomma det kunden efterfrågar. Dean och Bowen (1994) pekar på att det på grund av detta blir viktigt att kartlägga kundens förväntningar och sprida information om dem inom organisationen för att på så vis hela tiden arbeta för att åstadkomma det kunden efterfrågar. Det finns olika verktyg som en kartläggning av kundens förväntningar kan genomföras med; ett exempel på ett sådant är en enkätundersökning. För att sedan kunna översätta kundens behov till krav på organisationen kan till exempel quality function deployment (QFD) användas (Hauser & Clausing, 1988). QFD är ett verktyg inom kvalitetsutveckling för att översätta kundbehov till lösningar.

För att på ett effektivt och konkurrenskraftigt sätt kunna dra nytta av att ha ett kundfokus i organisationen menar Lengnick-Hall (1996) att det behövs en förståelse för vilken roll kunden har. Detta då kunden är mottagare eller köpare av produkten, och därmed både direkt och indirekt kan påverka utgången för organisationen (Deming, 1986; Dean & Bowen, 1994; Lengnick-Hall, 1996). Lengnick-Hall (1996) identifierar fem huvudsakliga roller som kunden kan ha, varav två av dessa ligger innan huvudprocessen (se figur 2): kunden som råvara och kunden som medproducent, och tre efter huvudprocessen: kunden som köpare, kunden som användare och kunden som produkt. Genom att identifiera vilken roll kunden intar och nyttja denna vetskap, kan organisationen använda det i kvalitetsutvecklingen för att skapa konkurrensfördelar gentemot konkurrenter. Kan en organisation exempelvis använda kunden som medproducent kan en del av produktionen läggas på kunden vilket skulle spara resurser i den egna verksamheten (Lengnick-Hall, 1996).



Figur 2. De olika kundrollerna inspirerad av Lengnick-Hall (1996).

En annan viktig princip inom kvalitetsutveckling är arbetet med ständiga förbättringar (Dean & Bowen, 1994; Bergman & Klefsjö, 2012). Det betyder att organisationen hela tiden ska röra sig framåt mot en förbättrad verksamhet (Slack et al., 2010). Förbättringsarbetet ska alltså alltid fortgå för att på så vis kunna uppfylla de ständigt förekommande förväntningarna från kund (Dean & Bowen, 1994), vilket skulle kunna handla om att ifrågasätta processer eller aktiviteter inom verksamheten för att på så vis finna bättre lösningar (Dean & Bowen, 1994; Slack et al., 2010).

Arbetet med ständiga förbättringar överskrider i många fall hierarkiska, organisatoriska och funktionella gränser vilket leder till att grupparbete blir viktigt. Grupparbetet kan handla om samarbete mellan chefer och anställda, mellan olika funktioner inom en organisation eller mellan kund och leverantör (Dean & Bowen, 1994). En viktig del av grupparbete handlar om att identifiera behov hos olika grupper inom en organisation för att kunna hitta lösningar som är till fördel för alla (Dean & Bowen, 1994; Slack et al., 2010).

I och med att ständiga förbättringar kräver att gränser överskrids menar Bergman och Klefsjö (2012) att det blir viktigt för en organisation att ha ett systemtänk. Att ha ett systemtänk innebär att organisationen förstår hur olika delar inom verksamheten är beroende av och påverkar varandra (Deming, 1994; Bergman & Klefsjö, 2012). Även Senge (1990) menar att systemtänket är av stor vikt för en organisations framgång; så länge avdelningarna bara ser till sig själva och inte till helheten löses inte problem utan istället överförs de till en annan del av verksamheten. Deming (1994) betonar vikten av att vidga sina vyer när systemet betraktas. Istället för att enbart se till de egna avdelningarna eller funktionerna kan det vara av intresse att även inkludera exempelvis kunder och leverantörer i systembilden (Deming, 1994; Bergman & Klefsjö, 2012). Deming (1994) menar vidare att ju mer omfattande det ömsesidiga beroendet är mellan olika enheter desto viktigare blir det med samarbete och kommunikation dem emellan.

Sammanfattningsvis kommer kvalitetsutveckling att betraktas som ett arbetssätt vilket i huvudsak handlar om att bemöta kunden och ta tillvara på kunskap som denne innehar för att på så vis ständigt kunna utveckla den egna verksamheten till det bättre. För att detta ska kunna vara möjligt krävs att organisationen har ett systemtänk och vågar samarbeta över gränser (se tabell 1). Detta synsätt är inspirerat av Dean & Bowen (1994) och Bergman & Klefsjö (2012).

	Kundfokus	Ständiga förbättringar	Systemtänk
Varför	Organisationen ska utgå från kunden då denne är väsentlig för organisationens överlevnad.	Kundkrav förändras ständigt varvid även organisationen måste göra det.	Genom att se beroenden mellan såväl funktioner och avdelningar inom organisationen som funktioner utanför densamme skapas förutsättningar för att lösa problem istället för att flytta dem till en annan del av verksamheten.
Hur	Kartläggning av kundens behov och implementering och förståelse för dessa i verksamheten.	Ifrågasätta processer och aktiviteter inom organisationen för att finna bättre lösningar.	Genom grupparbete kan hierarkiska, organisatoriska och funktionella gränser överskridas. Försöka hitta lösningar som är till fördel för alla grupper inom den berörda processen.
Verktyg/ Metoder	Enkätundersökning, observationer och intervjuer för att kartlägga kundbehov.	QFD för att översätta kundbehov till processkrav.	Genom samarbete och kommunikation byggs en bra grund. QFD-workshop för att alla nivåer ska få förståelse för vad som behöver göras.

Tabell 1. Det ramverk för kvalitetsutveckling studien kommer att utgå ifrån. Inspirerad av Dean & Bowen (1994) och Bergman & Klefsjö (2012). De listade verktygen et cetera är endast exempel.

2.2 Hur vårdorganisationer kan arbeta med kvalitetsutveckling

Kvalitetsutveckling är idag ett väletablerat begrepp inom vården. Flera studier har gjorts inom området och ett flertal olika metoder och definitioner för att beskriva kvalitet i vården har tagits fram (Calltorp, 1999). Att så stort intresse har riktats mot detta område beror delvis på den problematik som finns vad gäller att upprätthålla god vårdkvalitet inom organisationen. Detta då vårdbehovet ökar till följd av en åldrande befolkning och då vården blir allt dyrare på grund av till exempel framtagandet av nya mediciner (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001). Begränsningar i vårdens budget ställer krav på att vårdverksamheten bedrivs effektivare, och satsningar inom kvalitetsutveckling har därmed blivit ett verktyg för denna effektivisering (Lifvergren, 2013). Att det riktas allt större fokus på vårdkvalitet kan också förklaras genom förändrade kundkrav. Då konsumenterna av vården, i detta fall patienterna, har fått en allt större roll i vårdprocessen genom ökat inflytande gällande behandling och val av vård, har det inneburit att vårdtagare ställer högre krav på vårdkvaliteten (Calltorp, 1999).

Sedan 1980-tal och tidigt 1990-tal har industriella principer och metoder för kvalitetsutveckling tillämpats inom vården (Thor, 1997). Dessa metoder fokuserar ofta på följande områden: kundfokus, ständiga förbättringar och systemtänk. Inom vården utgörs en hörnsten inom kvalitetsutveckling av att sätta patienten i fokus (Bergman, & Klefsjö, 2012). Detta blir viktigt då det är kundens behov, i detta fall patientens, som är centrala under vårdprocessen (Bate & Robert, 2007). Traditionellt sett har patienten haft en passiv roll i deltagandet i sin vård (Anderson, 1995), och flera av de förbättringsinitiativ som tagits fram har grundat sig i sjukvårdpersonalens erfarenheter snarare än i patientens (Bate & Robert,

2007). Forskare argumenterar däremot för att denna roll är på väg att förändras då patienter idag har en mer aktiv roll i sin vårdprocess (Bate & Robert, 2006).

Definitionen av god vård är att den ska vara patientfokuserad, vetenskapsbaserad, tidsbestämd, säker, jämlik och effektiv (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001; Socialstyrelsen, 2009). Enligt Donabedian (1988) kan vårdkvaliteten upplevas olika beroende på när den definieras och vem som definierar den, och vilken vård som avses. Meningsskiljaktigheter om vårdkvaliteten kan förekomma mellan olika intressenter såsom patienter, vårdgivare, administratörer och forskare (Gustavsson, 2013). Att identifiera kunden och skapa förståelse för vilken roll kunden har i vårdprocessen blir därmed centralt för att kunna kartlägga behovet av vård. Detta diskuteras närmare i avsnitt 2.2.1.

En förutsättning för förbättring är kunskap. Inom vården har det mesta av den medicinska framgången historiskt sett skett genom professionell kunskap (Batalden & Stoltz, 1993). Professionell kunskap är kunskap inom ett vetenskapligt ämnesområde, såsom anatomi och mikrobiologi, och kunskap inom en personlig färdighet, exempelvis omvårdnad. Idag har det däremot tillkommit ny kunskap, vilket har gjort det möjligt att använda den professionella kunskapen på ett nytt sätt och att genomföra förbättringar snabbare. Denna nya kunskap brukar refereras till som förbättringskunskap och består av kunskap om variation, psykologi, systemförståelse och vuxet lärande, det vill säga sådant som växer fram med erfarenhet (Thor, 2002). Förbättringskunskap ses som ett komplement till vårdens professionella kunskap och baseras i hög utsträckning på beteendevetenskaplig forskning (Socialstyrelsen, 2006). Det är först när förbättringskunskap kombineras med professionell kunskap som det blir möjligt att genomföra ständiga förbättringar, vilket är ett sätt att kontinuerligt arbeta för att öka kundvärdet (Batalden & Stoltz, 1993).

En förutsättning för att arbeta med ständiga förbättringar inom vårdorganisationen är att alla i organisationen förstår organisationssystemet och förbättringarnas syfte samt att de aktivt arbetar med att bygga upp ny kunskap under det dagliga arbetet (Bergman & Klefsjö, 2012). För att arbeta med ständiga förbättringar inom vårdorganisationen är det viktigt att ledningen visar engagemang och skapar tydliga mål för förbättringsarbetet. Vidare är det viktigt att verktyg och metoder etableras för att utvecklingen och förbättringsarbetet ska kunna fortskrida och att strategier utvecklas för hur de nya kunskaperna effektivt ska kunna implementeras i det dagliga arbetet (Batalden & Stoltz, 1993).

Dagens vård kännetecknas av att den blir allt mer specialiserad. Det har resulterat i att vårdorganisationen har delats upp i allt fler avdelningar vilket har medfört svårigheter i att se vården som processer (Lifvergren, 2013). Vanligt är att organisationen ses som en ihopslagning av olika avdelningar med egna funktioner, snarare än som ett flöde av sammanlänkade processer. Det har resulterat i att insatser för förbättringsarbete främst gjorts inom enskilda avdelningar, vilket skett på bekostnad av effektivisering och förbättring av hela verksamheten. Därmed har vårdorganisationen blivit mer fragmenterad och lösningen för patienter har blivit att försöka hitta vägar över, eller runt, avdelningsgränserna för att finna vård (Alberts Mohrman, 2012).

Bra kommunikation inom vården är en förutsättning för att patienter ska kunna förses med god och säker vård. Snabb och effektiv överföring av korrekt och relevant patientrelaterad data, såsom diagnos, behandling med mera, är viktig för att vårdprocessen effektivt ska kunna fortskrida. Brister i informationsöverföringen hos vårdpersonal kan bland annat få betydande konsekvenser för kontinuiteten i vårdprocessen, både gällande patientens säkerhet och vårdupplevelse, samt resursutnyttjandet av vården (Kripalani et al., 2007). Enligt en amerikansk pilotstudie kan en effektiv och mer koordinerad vård både bidra till en ökad vårdkvalitet, men också möjliggöra kostnads- och tidsbesparingar då onödiga sjukhusinläggningar samt akutmottagningsbesök kan undvikas (Alberts Mohrman, 2012).

2.2.1 Vårdorganisationens kund och dess roll i vårdprocessen

I avsnitt 2.1 diskuterades kundfokus inom kvalitetsutveckling. Följande avsnitt vidareutvecklar konceptet inom vårdområdet, och begreppet specificeras därför istället som patientfokus. Patienten inom vården blir den vårdsökande, vilket nödvändigtvis inte alltid är vårdtagaren – om ett barn är i behov av vård är det vanligt att det är föräldern som fattar beslutet om att söka vård.

Dijkstra och van der Bij (2001) argumenterar för att det inom vården ofta är svårt att definiera vem kunden är. Vid en första anblick kan det tänkas vara rätt att bara se patienten som kund, vilket i fallet med en barnakut skulle det innebära att det är barnet eller ungdomen som är kund. Samtidigt skulle vårdnadshavaren likväl kunna ses som kund, då det ofta är svårt att särskilja barnet från dess närstående vad gäller till exempel beslutsfattande. I de fall då barnet är för litet för att på eget initiativ uppsöka vård, eller då denne saknar möjlighet till att göra det på egen hand, blir därför också vårdnadshavaren kunden. Vidare kan också samhället ses som kund, eftersom det kan kräva och/eller betala för vården (Dijkstra & van der Bij, 2001; Gremyr & Raharjo, 2011). När en kund konsumerar en vara eller tjänst fattas beslutet normalt sett på egen hand, men i detta fall är det personalen som har sista ordet (Nutek, 2007).

Under vårdprocessen kan patienten inta flera olika roller (Lengnick-Hall, 1995). Figur 3 visar hur kunden kan betraktas olika beroende på var denne befinner sig i vårdprocessen. Ur vårdpersonalens perspektiv kan den sjuke patienten vid ankomst betraktas som det råmaterial personalen ska bearbeta. Genom hela vårdprocessen blir därmed den inlagda patienten sjukhusets produkt. Sjukhusets mål är då att leverera en frisk människa som slutprodukt. Under behandlingstiden tar patienten ofta en medproducentroll, där denne exempelvis tar mediciner mot ett visst sjukdomstillstånd eller går på sjukgymnastik för att rehabilitera en viss skada. Detta kan ses som en del av *patient empowerment* (Anderson, 1995), vilket diskuteras i avsnitt 2.3.3. Lengnick-Hall (1995) beskriver också flera möjliga sätt för hur en vårdorganisation skapar goda medproducenter. Ett sådant sätt är genom att arbeta med att utbilda och utveckla patienter på samma sätt som övriga medarbetare inom vården utbildas. Det är också viktigt att skapa möjligheter för informationsöverföring, med hjälp av goda kommunikationskanaler. Vidare anses det vara betydelsefullt att ge patienten inflytande i sin vård. Tillsammans syftar allt detta på att skapa en känsla av engagemang hos patienten, vilket antas göra patienten till en bättre medproducent av vården. Ur den vårdsökandes perspektiv är denne däremot konsument av en vårdtjänst, vilket skulle innebära att denne blir köpare

(Lengnick-Hall, 1995). På så vis blir kunddefinitionen inom vården mer komplex än inom till exempel den traditionella tillverkningsindustrin, där företaget levererar en produkt som är helt särskild från kunden. Vid användandet av kundbegreppet inom vården är det viktigt att betrakta dessa olika patientroller. Detta för att få en helhetssyn på patientens roller genom hela vårdprocessen, då patienten i olika roller kan ha olika behov (se figur 3).



Figur 3. De olika patientrollerna i en vårdprocess, inspirerad av Lengnick-Hall (1996).

Kundbegreppet breddas ytterligare i externa och interna kunder, vilket också kan appliceras på vården. Patienten och samhället betraktas således som vårdens externa kunder, det vill säga de kunder som befinner utanför den egna organisationen. Den svenska sjukvården kan betraktas som en övergripande vårdorganisation och vårdinstanserna blir då interna kunder till varandra. Utöver det är medarbetarna inom en specifik vårdinstans interna kunder till varandra, vars behov och förväntningar också behöver tas hänsyn till (Bergman & Klefsjö, 2012).

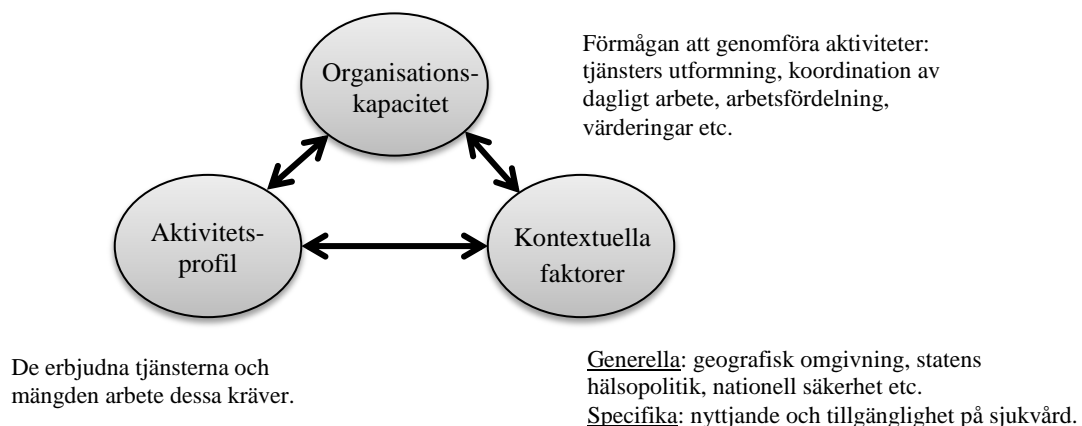
Precis som då kundfokus nämns inom kvalitetsutveckling (Dean & Bowen, 1994) blir utgångspunkten för patientfokus att identifiera det som gör patienten friskare. Det finns flera möjliga arbetssätt för vården att arbeta med patientfokus. Ett vanligt sådant är att arbeta med *patientfokuserade vårdkedjor*, vilket bygger på att hela vårdkedjan utformas utifrån patientens situation. Vidare kan organisationen använda sig av *patientcenter*, vilka fungerar som en mötesplats för vårdpersonal med olika kompetenser. Detta blir särskilt viktigt då olika sjukdomar kan kräva olika behandlingar från olika håll. Slutligen är ytterligare ett arbetssätt *samverkande vårdnätverk*, där patienten och vårdorganisationen aktivt arbetar tillsammans under behandlingsperioden (Fjeldstad & Stabell, 1998; Nutek, 2007; Lifvergren, 2013). Dessa modeller syftar i slutändan till att rikta fokus mot det som patienten själv upplever att den är i behov av. För en vårdorganisation blir kundtillfredsställelse och därmed framgång inom den egna organisationen viktiga mål att sträva efter, vilket medför att patientfokus blir en central del för att hålla god kvalitet på de vårdtjänster som erbjuds. Vad gäller felmatchningen inom akutvården behöver fokus riktas mot patient och närstående för att förstärka deras beslutsfattande.

2.3 Hållbarhet i vårdssystemet

Begreppet hållbar utveckling kan delas in i en ekologisk, en social och en ekonomisk dimension (Elkington, 1997). Studiens koppling till hållbarhet kommer att undersökas med avseende på hållbarhet i vårdssystemet vilket innebär att fokus primärt kommer att ligga på social och ekonomisk hållbarhet. Om patienterna skulle uppsöka en vårdinstans i sitt närområde skulle det baserat på minskade transporter sannolikt ha en positiv inverkan på miljön. En dylik analys ligger dock utanför studiens syfte och därför kommer inte några djupare betraktelser av detta att göras. Avgränsningen av patientflödet medför dessutom att det i studien inte är nödvändigt att analysera förbrukning av exempelvis mediciner och dylika resurser som är relaterade till vården i efterföljande led. Med andra ord kommer studien inte att behandla vilka naturresurser som exploateras i vårdprocessen.

2.3.1 Hållbarhet i vården

Hållbarhet i sjukvården kan definieras som en vårdorganisations långsiktiga förmåga att mobilisera och allokera tillräckliga resurser för aktiviteter som ämnar möta individens eller allmänhetens behov (Gruen et al., 2008). Olsen (1998) presenterar ett ramverk för att arbeta med hållbarhet i sjukvården. I ramverket grupperas faktorer kopplade till hållbarhet i sjukvården i tre kluster: *kontextuella faktorer*, *aktivitetsprofil* och *organisationskapacitet* (se figur 4). Gruen et al. (2008) och Shediac-Rizkallah et al. (1998) presenterar liknande ramverk där den huvudsakliga skillnaden ligger i benämningar på kluster och faktorer.



Figur 4. Olsens (1998) ramverk för hållbarhet i sjukvården.

De kontextuella faktorerna kan normalt inte påverkas av vårdorganisationen men påverkar sjukvården. Förändringar i sådana faktorer kan påverka hållbarhetsarbetet. Kontextuella faktorer delas upp i generella och specifika faktorer, där de generella faktorerna behandlar geografisk omgivning, kringliggande klimat, nationell säkerhet och statens hälsopolitik (Olsen, 1998; Gruen et al., 2008; Shediac-Rizkallah et al., 1998). De specifika kontextuella faktorerna är direkt kopplade till hälsa och sjukvård, till exempel nyttjande av och

tillgänglighet på sjukvård, det generella hälsotillståndet hos befolkningen samt förhållandet mellan offentliga och privata yrkesutövare av vård (Olsen, 1998). Aktivitetsprofilen innefattar de erbjudna tjänsterna, genomförda aktiviteterna och mängden arbete i sjukvården (Olsen, 1998; Gruen et al., 2008; Shediak-Rizkallah et al., 1998). De val som genomförs relaterat till aktivitetsprofilen bestämmer till stor del vårdorganisationens belastning och därmed den behövda organisatoriska kapaciteten (Olsen, 1998). Organisationens kapacitet bestämmer i sin tur förmågan att genomföra aktiviteter (Olsen, 1998; Gruen et al., 2008; Shediak-Rizkallah et al., 1998). I detta kluster ingår faktorer som organisationens mål, policies, värderingar, tjänsternas utformning, genomförandet av tjänsterna samt strukturella faktorer som arbetsfördelning, roller och koordination av dagligt arbete (Olsen, 1998).

2.3.2 Ekonomisk hållbarhet i vården

Den ekonomiska dimensionen av hållbarhet är tätt sammanknuten med vårdkvaliteten. Med rätt diagnosställning och korrekt vård förkortas vårdprocessen och återbesök kan i bästa fall undvikas, samtidigt som kostnaderna reduceras både för patient och vårdinstans (Roberts, 1993; Graban, 2011). Vidare är det intressant att ur ett ekonomiskt hållbarhetsperspektiv analysera i vilken grad patienterna söker vård vid rätt vårdinstans och huruvida de söker vård när det är nödvändigt eller ej, då båda dessa faktorer har en påverkan på vårdens ekonomi.

Vården finansieras, beroende på land, till stor del med skattemedel eller av försäkringsbolag, vilket innebär att de enskilda patienterna inte personligen behöver stå för den verkliga vårdkostnaden (Richardson, 2001; Anell, 2005). Patienternas bristande uppfattning av priset för vård riskerar att medföra en ohållbar ökning av efterfrågan på vårdtjänster. Det uppstår ett resursgap mellan efterfrågan av vård och de tillgängliga resurserna i vården (Evans, 1990; Jack & Powers, 2009). Fokus på förbättringar i vården ligger oftast på tillgångssidan (Evans, 1990; Jack & Powers, 2009). Förbättringar på tillgångssidan benämns *kapacitetshantering*, det vill säga förbättring av organisationens sätt bemöta efterfrågan av vård. Förbättringar på efterfrågesidan benämns *efterfrågehantering*, vilket ämnar hantera efterfrågan av vård genom att identifiera var, hur och varför människor efterfrågar vård och utveckla den bästa metoden för att hantera detta. Efterfrågehantering kan exempelvis innefatta att få varje individuell patient att agera som en informerad beslutsfattare vid konsumtion av vård (Jack & Powers, 2009).

Det betonas även i forskning kring efterfrågehantering att vårdgivarna, försäkringsbolag och övriga intressenter ska uppmuntra individer till att bättre förstå sina behandlingsval samt att hjälpa dem att göra informerade beslut (Drapin, 1995; Sawyer, 1995). Efterfrågehantering innebär inte att försöka minska efterfrågan, utan fokus ligger på att få individer att söka rätt vård. Exempel på effekter till följd av efterfrågehantering är att de individer med möjlighet att lära sig egenvård upplever ett mindre vårdbehov. Vidare tar patienter med möjlighet att ta informerade beslut kring sin behandling mindre risker då de ska välja behandlingssätt, samtidigt som de patienter som väljer en sund livsstil efterfrågar mindre vård då det gäller förebyggbara sjukdomar (Sawyer, 1995).

2.3.3 Social hållbarhet i vården

Enligt Colantonio och Dixon (2009) definieras social hållbarhet som: “[...] hur individer, samhällsgrupper och samhällen lever med varandra samt målet att uppnå de utvecklingsmål som de har valt för sig själva med hänsyn till de rådande fysiska gränserna [...]”. Social hållbarhet inom vården kan delas upp i en intern och en extern dimension (Lifvergren, 2013). Den interna dimensionen behandlar vårdpersonalens arbetsmiljö i termer av arbetsuppgifter, ergonomi, stress samt ljudnivå på arbetsplatsen. Här tas även graden av autonomi och medbestämmanderätt hos personalen upp. I ett externt perspektiv är det patientens upplevelser som står i fokus. Här analyseras det bemötande patienten får i kontakt med olika vårdinstanser och hur olika kulturella och språkliga faktorer spelar in i detta bemötande (Berry et al., 2003).

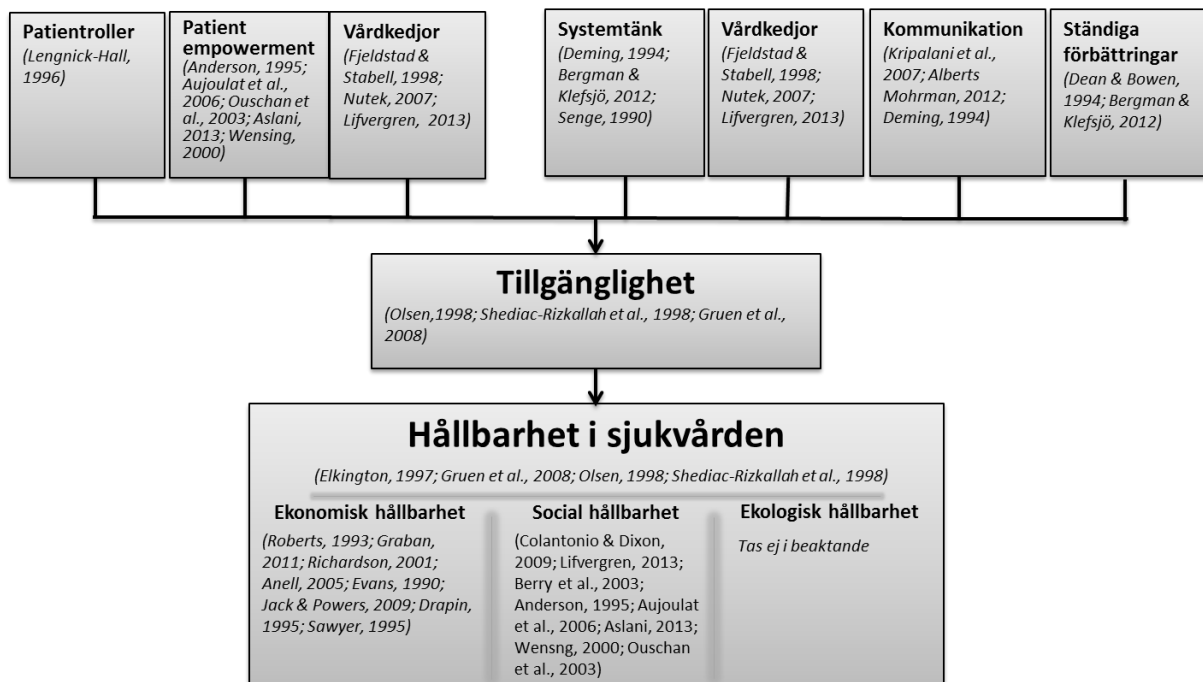
Samhället har satt sin tillit till läkare att ta ansvar för patienternas hälsa. Systemet bygger på att patienter helst helt och hållet lägger diagnostisering och behandling av sjukdom i läkares och andra vårdutövares händer samt att patienterna alltid är tillmötesgående. Som en konsekvens av detta uppfattas patienters eventuella omedgörlighet som ett problem för den ansvarige läkaren (Anderson, 1995). En alternativ behandlingsmodell är *patient empowerment*, som syftar till att förändra förhållandet mellan vårdgivare och vårdtagare (Anderson, 1995; Aujoulat et al., 2006). Patient empowerment är en behandlingsmodell som genom patientutbildning ämnar ge patienten mer autonomi och kontroll över sin egen behandling (Anderson, 1995; Aujoulat et al., 2006; Aslani, 2013). Denna modell står i kontrast till den traditionella behandlingsmodellen där läkaren på egen hand är ansvarig för diagnostisering, val av behandlingsmetod och behandling.

Skillnaden mellan den traditionella behandlingsmodellen och patient empowerment är att patienten i det senare fallet inbjuds till att vara med och utforma och genomföra behandlingen (Anderson, 1995). Patient empowerment kopplas till social hållbarhet genom inkluderingen av patienten i vårdutformandet. En ökad inkludering av patienten i vården kommer leda till att vårdgivarna blir mer uppmärksamma på patienternas behov och därmed levererar en mer kvalitativ vård (Wensing, 2000). Patienterna kan delta i utformningen av sin egen vård genom att direkt kommunicera med vårdgivarna via patientcentrerade konsultationer, enkäter och patientnöjdhetsundersökningar. En direkt konsekvens av att patienterna blir mer involverade och tar ansvar för behandlingen av sin sjukdom är att de tillför mer resurser till vården. Detta dels för att de producerar en del av vården själva och dels för att de inte binder upp lika mycket av vårdens tillgängliga resurser i samhället då de själva övertar en del av behandlingen av sin egna sjukdom.

Patient empowerment bygger i praktiken på tre faktorer: patienternas upplevda kontroll över sitt sjukdomstillstånd, patienternas deltagande i vårdkonsultationerna och den utbildning om de sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder patienterna erbjuds under vårdkonsultationerna (Ouschan et al., 2003). Patienternas totala vårdupplevelse, det vill säga den upplevda vården och eftervården de får av alla involverade vårdgivare, påverkar deras vilja och kapacitet till aktivt deltagande vid vårdkonsultationerna. För att uppmuntra patienter till beslutstagande, utbilda dem om deras sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder samt ge dem större kontroll över deras behandling är det viktigt att se till att patienterna aktivt deltar vid vårdkonsultationerna (Aslani, 2013).

2.4 Konceptuell modell

Med utgångspunkt i den teori som redovisats i ovanstående avsnitt har en konceptuell modell tagits fram för att kartlägga vilka kopplingar som finns mellan de presenterade teorierna (se figur 5). Den konceptuella modellen består av två huvudkategorier: en där fokus ligger på de interna kunderna, det vill säga patienterna, och en där fokus ligger på relationer mellan interna kunder, det vill säga vårdinstanser. Den förstnämnda kategorin består av följande tre huvuddelar: att definiera patienten och dess roll i vården, att stärka patientens roll i vården genom patient empowerment och att utforma vårdkedjan utifrån patientens situation. De teorier som har lyfts fram kan användas vid analys av hur de externa kunderna, det vill säga de vårdsökande, kan informeras och utbildas så att de kan ta rätt beslut gällande sin egen vård.



Figur 5. Den konceptuella modellen av studiens samlade teori.

Den senare kategorin går igenom systemtänk, vårdkedjor, behovet av kommunikation mellan vårdinstanser och ständiga förbättringar. Här ses övriga vårdinstanser som interna kunder. Teorierna som tas upp kan användas i en analys av hur vårdorganisationen kan hjälpa de vårdsökande att uppsöka rätt vårdinstans.

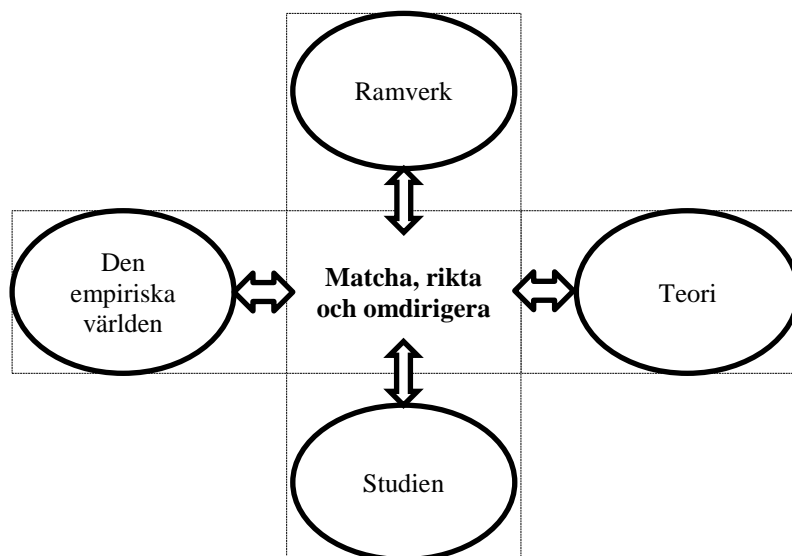
Patientfokus och förbättrade relationer mellan vårdinstanserna förväntas leda till mer informerade patienter vilket bör bidra till en bättre tillgänglighet i sjukvården då patienterna besöker den vårdinstans som matchar deras vårdbehov. Vidare kommer en förbättring av tillgängligheten att resultera i en hållbarare vård, då patienterna kommer att få den vård de efterfrågar och då vårdresurserna används optimalt.

3 Metod

I detta kapitel behandlas studiens tillvägagångssätt. Kapitlet beskriver forskningsansatsen och studiens upplägg, datainsamlingen, urvalet av litteratur, dataanalysen, trovärdighet och etiska överväganden.

3.1 Forskningsansats och studiens upplägg

Forskningsansatsen i arbetet är av abduktiv karaktär. Vid en abduktiv ansats är effekten av problemet identifierad medan det är orsaksfaktorer som eftersöks (Wallén, 1996). En abduktiv ansats kan beskrivas som ett mellanting mellan en deduktiv och en induktiv ansats, där teori och empiri varvas för att finna kopplingar och öka förståelsen för såväl det studerade fenomenet som för teorin (Dubois & Gadde, 2002). Deduktion innebär att en hypotes ansätts och undersöks genom att olika tänkbara orsaksfaktorer varieras och effekterna av dessa sedan undersöks. Induktiva studier kan i sin tur beskrivas som motsatsen till deduktiva; det vill säga att utgångspunkten ligger i observationer och de bakomliggande orsakerna till det som observerats söks (Wallén, 1996). Fördelen med en abduktiv ansats är att om ny information framkommer i exempelvis intervjuer kan det teoretiska ramverket utvidgas och anpassas till denna. Således blir den abduktiva arbetsprocessen iterativ. Dubois och Gadde (2002) benämner detta som *systematic combining* (se figur 6).



Figur 6. *Systematic combining* (Dubois & Gadde, 2002), visar den iterativa arbetsprocessen.

Studien av felmatchningen vid DSBUS akutmottagning inleddes i mitten av januari 2014 och avslutades i början av maj samma år. Kontakten mellan akutmottagningen och författarna samt mellan handledaren och författarna upprättades dock redan i november 2013 då en diskussion påbörjades om intressanta områden att undersöka. Syftet med studien utformades i samråd med både personal vid akutmottagningen på DSBUS och studiens handledare vid avdelningen för Industriell kvalitetsutveckling på Chalmers tekniska högskola. När syftet hade tagits fram valdes lämpliga metoder för insamling av data. Parallellt med insamlingen av

primärdata initierades även arbetet med litteraturstudien. Det teoretiska ramverket byggdes successivt upp och kompletterades i och med att ny data framkom ur den empiriska studien; arbetssättet präglades av den abduktiva forskningsansatsen.

Inhämtningen av empirisk data innefattade en enkätundersökning, intervjuer och observationer. Databehandlingen skedde i två steg. I det första steget sorterades data från enkätundersökningen i tabeller och i det andra betraktades dessa tabeller för att hitta sådant som utmärkte sig, och som kunde vara intressant att analysera vidare. Utifrån resultatet från enkätundersökningen, intervjuer och observationer identifierades och formulerades åtta behov. Dessa användes i en workshop där anställda vid DSBUS akutmottagning tog fram lösningar med utgångspunkt i behoven. Med kunskap om vilka behov organisationen i dagsläget inte tillgodoser sammanställdes rekommendationer för vidare arbete.

Studien är uppbyggd på så vis att dess syfte är *explorativt* medan dataanalysen som gjorts är *deskriptiv*. Ett explorativt syfte innebär att den information som samlats in genom enkäter och telefonintervjuer analyserats i syfte att söka ny information och nya infallsvinklar på felmatchningsproblemet (Kvale & Brinkmann, 2009). Vidare innebär en deskriptiv analys att det som undersöks är olika händelseförlopp och relationer mellan företeelser. Det som strävas efter är att få nyanserade beskrivningar av verkligheten och att kartlägga en företeelse snarare än att göra en fast kategorisering (Kvale & Brinkmann, 2009). Enligt detta resonemang syftar studien inte till att fastställa någon statistisk sanning baserat på datan som har samlats in, utan denna bidrar snarare till en visualisering och kartläggning av felmatchning på DSBUS akutmottagning. Av dessa orsaker är det alltså inte aktuellt med en statistisk analys av datan i denna studie.

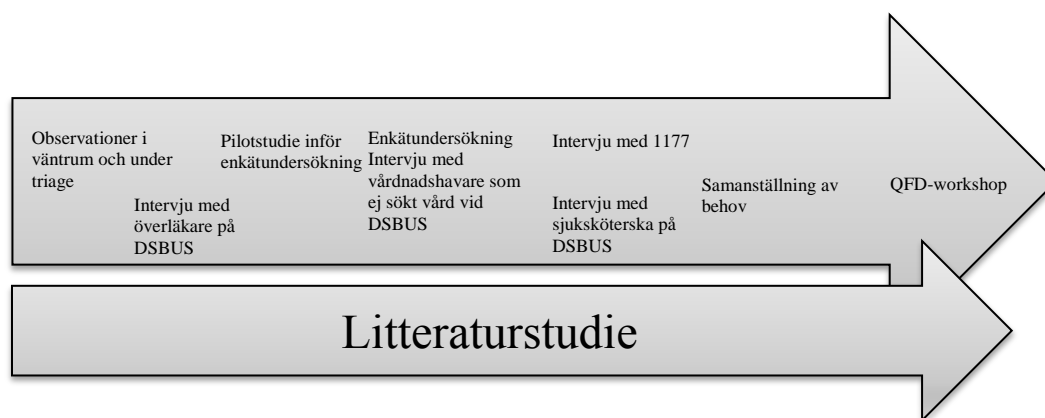
En annan orsak till att en statistisk analys inte utförts beror på att datan inte är ett *slumpvist urvalt stickprov*. Ett sådant kännetecknas av att sannolikheten för att vart och ett av objekten ska bli valda är lika stor och i förväg känd (Särndal & Lundström, 2006). Detta var inte fallet i denna studie då författarna dels delade ut enkäterna vid tidpunkter de själva hade valt och dels på grund av att alla vård sökare i väntrummet inte tillfrågades.

3.2 Insamling av data

Det finns fyra huvudsakliga tillvägagångssätt för datainsamling som kan användas vid social forskning: enkätundersökning, intervju, observation och dokument. Vardera metod är ett verktyg för att samla in empirisk data (Denscombe, 2013). Vid datainsamlingen på DSBUS akutmottagning har en blandning av dessa fyra tillvägagångssätt applicerats, vilket är en så kallad *mixed method approach*. Vid ett sådant synsätt används såväl kvantitativa som kvalitativa data för att få en mer komplett bild av situationen (Bryman, 2006; Denscombe, 2013). Att blanda både kvalitativa och kvantitativa datainsamlingsmetoder är en form av metodtriangulering som syftar till att få bättre förståelse för problemet genom att se det ur flera olika perspektiv (Denscombe, 2013). Detta blir relevant i denna studie, då den syftar till att både kartlägga felmatchningen i vården och förstå orsakerna bakom den. För att kunna göra en bred kartläggning behövs den kvantitativa datan samtidigt som den kvalitativa blir nödvändig för att förstå bakomliggande orsaker. I tabell 2 finns en översiktlig tabell över datainsamlingsmetoderna och i figur 7 syns en schematisk bild över datainsamlingsprocessen.

Datainsamlingsmetod	Urval	Omfattning	Utformning	Typ av data
Enkätundersökning	Vårdnadshavare i väntrum, fyra olika tidpunkter vardag resp. helg	71 läsbara enkäter	Se bilaga 1	Kvantitativ & kvalitativ primärdata
Intervju	Vårdnadshavare i väntrum	10	Pilotstudie – test av enkät	Kvalitativ input till enkäten
	Vårdnadshavare som ej uppsökt akutmottagningen	4	Telefonintervju – Semistrukturerade frågor	Kvalitativ primärdata
	Verksamhetschef på 1177 Västra Götalandsregionen	1	Telefonintervju – Semistrukturerade frågor	Kvalitativ primärdata
	Vårdpersonal vid akutmottagningen på DSBUS	2	Mailintervju – strukturerade frågor	Kvalitativ primärdata
Observationer	I väntrum	3 tillfällen vid uppstart, 3 timmar vardera	Genomfördes två och två; anteckningar fördes	Kvalitativ primärdata
	Under triagering	6 tillfällen, 3 timmar vardera	Genomfördes individuellt; anteckningar fördes	Kvalitativ primärdata
Litteratur	Vetenskapliga artiklar			Sekundärdata
	Böcker			Sekundärdata
	Avhandlingar			Sekundärdata

Tabell 2. Sammanfattning av de olika datainsamlingsmetoderna som använts.



Figur 7. Arbetsprocessen för insamlandet av data.

3.2.1 Enkätundersökning

Vid undersökningstillfällena distribuerades en enkät (se bilaga 1) till ett urval av vårdsökande i akutmottagningens väntrum på DSBUS. Frågorna berörde bland annat vilka vårdinstanser de vårdsökande eventuellt hade varit i kontakt med innan beslut fattades att besöka

akutmottagningen samt hur resonemanget fördes vid beslutsfattandet. Frågorna berörde också vilka behov av stöd, information och dylikt som de vårdsökande hade inom det begränsade tidsspännat mellan misstanke om sjukdom och ankomst till akutmottagningen. För att kunna sortera den inkomna datan efter olika parametrar hos den vårdsökande innefattade enkäten även bakgrundsfrågor om kön, antal barn, postnummer, språk et cetera.

Ett verktyg som användes för att utvärdera enkäten var en pilotstudie. Denna syftade till att ta reda på huruvida enkätfrågorna var förståeliga för de deltagande i undersökningen, det vill säga att enkäten inte hade några systematiska fel (Wallén, 1996). Pilotstudien genomfördes i ett flertal steg. Enkäten delades ut till de vårdsökande på akutmottagningen vid DSBUS under tre timmar en vardag eftermiddag. De vårdsökande ombads fylla i enkäten, varvid de sedan blev intervjuade om hur de uppfattat frågorna och huruvida de upplevt några oklarheter i enkäten. Därefter granskades enkäten av en sjuksköterska och en översjuksköterska vid DSBUS akutmottagning, för att på så vis få en bedömning av enkätens uppbyggnad utifrån vårdpersonalens perspektiv. Vidare gav även handledare vid avdelningen för Industriell kvalitetsutveckling på Chalmers tekniska högskola synpunkter på utformning och innehåll. Då synpunkter från olika håll hade samlats in gjordes revideringar av enkäten. Den främsta förändringen rörde tillägg av alternativ vid frågorna om tidigare besökta vårdinstanser och förtydligande om huruvida patienten besökt eller ringt till respektive vårdinstans.

Enkätundersökningen bidrog främst med kvantitativ data. Detta då det var av intresse att få in många svar, för att på så vis få en bred bild av patientflödena till akutmottagningen. Att en enkätundersökning är ett lämpligt tillvägagångssätt beror främst på att den kan tillhandahålla en avsevärd datamängd för en relativt låg tidskostnad jämfört med exempelvis personliga intervjuer (Denscombe, 2013). Enkätundersökningen genomfördes vid åtta tillfällen fördelat på olika tidpunkter i syfte att skapa en bred spridning på den insamlade datan. Tidpunkterna för enkätundersökningen valdes för att få en representativ bild av patientflödet under hela dygnet. Tidpunkterna och mängden insamlade enkäter går att finna i tabell 3.

Tidpunkt	Antal svar
Vardag 7-10	8
Vardag 12-15	14
Vardag 16-19	10
Vardag 22-01	7
Helg 10-12	7
Helg 13-16	6
Helg 16-19	10
Helg 22-01	9
Totalt	71

3.2.2 Intervjuer

Under arbetets gång användes intervjuer som en kvalitativ datainsamlingsmetod. Wallén (1996) menar att en kvalitativ metod är nödvändig när undersökningen berör upplevelser som är subjektiva, vilket är fallet med akutmottagningen vid DSBUS. Genom att genomföra intervjuer fås ett djup i informationen som inte är möjligt att få vid exempelvis en enkätundersökning (Denscombe, 2013). Dessutom ger intervjuer möjligheten att registrera och följa upp oväntade svar (Esaiasson et al., 2012), vilket skulle medföra att tidigare okänd information upptäcks.

Tabell 3. Tidpunkt och antalet inkomna svar för enkätundersökningen.

Vid genomförandet av intervjuer är det viktigt att vara medveten om den intervjuareffekt som skulle kunna uppstå, vilket betyder att det skulle kunna uppkomma oönskade samspel mellan den som blir intervjuad och den som intervjuar. Den som intervjuar kan medvetet eller omedvetet påverka den som blir intervjuad, samtidigt som den intervjuade kan anpassa sina svar efter vad den tror att intervjuaren vill höra (Esaiasson et al., 2012; Denscombe, 2013). Genom att vara medveten om problematiken kan intervjuaren dels försöka förhindra sin egen inverkan på den som blir intervjuad, dels kan intervjudatan betraktas med detta i åtanke.

För att fånga in personalens bild av vad som ger upphov till felmatchningsproblemet utfördes strukturerade mejlintervjuer, det vill säga att frågorna var bestämda på förhand utan utrymme för förändring (Denscombe, 2013), med en överläkare och en sektionsledare på DSBUS akutmottagning. Intervjufrågorna finns i bilaga 2 och 3. Valet av intervjumetod motiverades i detta fall av att mejlkorrespondens är tids- och kostnadseffektivt (Denscombe, 2013). Vidare menar Denscombe (2013) att intervjuareffekten är mindre då intervjun görs via mejl i jämförelse med när den görs personligen eller över telefon.

Intervjuer skedde därutöver med vårdnadshavare till barn som inte befann sig på akutmottagningen för att få en mer nyanserad bild av problemet. Fokus vid dessa intervjutillfällen låg på vårdnadshavarens tidigare vårdupplevelser. Intervjuerna utfördes per telefon och var av semistrukturerad art. Det innebär att intervjuaren hade en klar bild av vilka frågor som skulle behandlas, men med möjlighet till flexibilitet under intervjutillfället. Den intervjuade gavs därför möjlighet att utveckla sina idéer och tankar kring frågorna (Denscombe, 2013). Intervjufrågorna som användes går att finna i bilaga 4.

Enligt Esaiasson et al. (2012) finns det ingen självklar gräns för hur många personer som ska vara med i urvalet av intervjupersoner, utan intervjuerna bör istället upphöra när ingen ny information längre framkommer. I denna studie gjordes fyra telefonintervjuer med vårdnadshavare. Vidare spelades intervjuerna in, för att därefter transkriberas. Detta medförde att det blev möjligt för samtliga författare att ta del av det som sades, trots att enbart en person medverkade under intervjutillfället. Utöver intervjuer med vårdnadshavare gjordes även en semistrukturerad telefonintervju med en representant från 1177, den nationella vårdguide som kan kontaktas via telefon eller internet för att få sjukvårdsrådgivning och information. Likt de övriga telefonintervjuerna spelades denna in och transkriberades för att alla författare skulle få möjlighet att ta del av informationen. De frågor som ställdes går att finna i bilaga 5.

3.2.3 Observationer

Observationer genomfördes vid triagemottagningen för att skapa förståelse för inflödet av patienter till DSBUS akutmottagning. På så vis blev det möjligt att skapa en bild av hur mottagningen fungerar och vilka patienter som kommer dit. Vid observationerna fördes anteckningar för att på så vis dokumentera det observatören uppfattade händelse. Diskussioner fördes därefter internt inom gruppen för att få en inblick i skillnader mellan hur olika personer uppfattade de saker som observerats.

Under observationerna är det viktigt att komma ihåg att gruppens närvaro kan påverka arbetsrutinerna hos personalen (Mayo, 1949). För att minska inverkan på personalen deltog endast en observatör per tillfälle i observationerna. Genom att utföra observationerna enskilt

minskades förhoppningsvis stressen som läggs på personalen jämfört med om observationerna hade skett i helgrupp (Denscombe, 2013). Sålunda borde gruppens påverkan på arbetsrutinerna ha minimerats.

3.2.4 Litteraturstudie

Då forskningsansatsen i studien är av abduktiv karaktär skedde litteraturstudien kontinuerligt. Det betyder att ny information inhämtades löpande under arbetets gång. Sekundärdatan som studien inkluderar består huvudsakligen av artiklar och forskningsrapporter som inhämtats genom bibliotekssökningar på Chalmers biblioteks och Kungliga bibliotekets databaser samt på Google Scholar. De sökord som har använts har i huvudsak varit kopplade till kvalitetsutveckling i allmänhet, kvalitetsutveckling inom vård och användandet av QFD som analysmetod.

För att öka sekundärdatans validitet, det vill säga att rätt data har mätts på rätt sätt (Denscombe, 2013), fördes kontinuerliga diskussioner med handledare på Chalmers tekniska högskola och på DSBUS akutmottagning. Vid dessa tillfällen gavs möjlighet till avstämning med personer som har goda ämneskunskaper inom sådant som är relevant för studien. Olika former av datatriangulering – där information samlas in från, och jämförs mellan, olika källor – användes som arbetsmetod. Det innebär att en jämförelse görs mellan olika källor, vilket också kan benämnas som källtriangulering. Detta användes för att kritiskt granska den litteratur som ligger till grund för studien. Vidare antas korrektheten hos den insamlade datan öka genom utredartriangulering, vilket innebär att problemet betraktas utifrån olika forskares perspektiv (Denscombe, 2013). På så vis blev det möjligt att säkra att sekundärdatan från en specifik forskare stämmer överens med andra forskares studier. Detta blev särskilt relevant i denna studie, eftersom information hämtades från flera forskningsområden. Vad gäller exempelvis kvalitet inom vården betraktades därför information från kvalitetsforskning dels inom vård och dels inom kvalitetsutveckling i allmänhet.

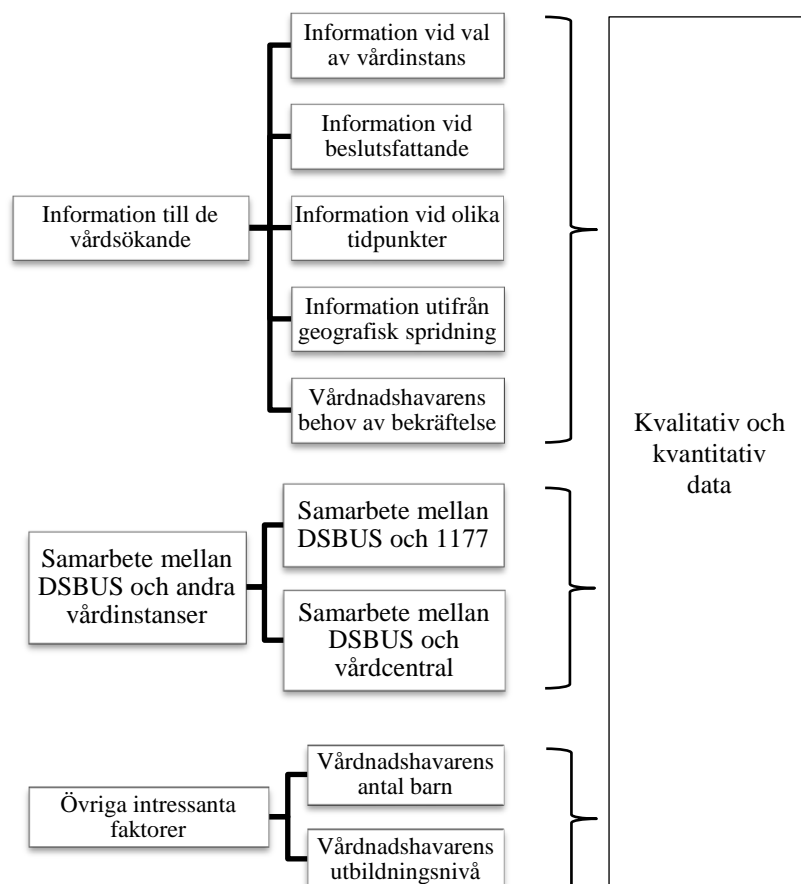
3.3 Analys av insamlad data

Dataanalysen påbörjades till viss del redan under insamlandet av datan. På så vis gavs möjligheten att förfina eller utveckla exempelvis intervjufrågor iterativt (Pope et al., 2000). När all data hade samlats in, det vill säga när alla enkätundersökningar, intervjuer och observationer hade slutförts, sammanställdes och sammanfattades den insamlade datan i diagram och tabeller med syfte att skapa en överblick av resultatet. Diagrammen och tabellerna analyserades därefter för att hitta intressanta samband att undersöka vidare, samt för att identifiera behov hos de vårdsökande.

Den kvantitativa data som har samlats in via enkätundersökningen har, som tidigare nämnts, inte behandlats statistiskt utan istället visuellt via diagrammen. Efter att datan hade samlats in organiserades, summerades och visualiserades data i olika diagram (Denscombe, 2013). Vid analys av diagram från enkäter, intervjutranskriberingar och observationsdata utforskades data för att identifiera återkommande teman (Denscombe, 2013). Olika diagram jämfördes med varandra och diskuterades utifrån det som framkommit under intervjuer och observationer. Därefter kodades datan efter de teman som hade identifierats. I början tenderar ofta dessa

teman att vara många, och det gäller då att överväga vilka kategorier som är av relevans och vilka som är såpass lika att de kan slås samman (Denscombe, 2013). I denna studie identifierades

tre huvudsakliga behovsområden; informationsbehov, samarbetsbehov och övriga intressanta faktorer (se figur 8). Kategorier som “kunskapsbrist hos den vårdsökande” och “informationsbrist hos den vårdsökande” är exempel på kategorier som ansågs ligga tillräckligt nära varandra för att slås ihop. Likaså ansågs data inom temat “prioriteringsfärg med avseende på kön hos den vårdsökande” ha mindre relevans för studien varvid det togs bort. Processen vid dataklustringen är iterativ, då motstridig data kan uppstå när exempelvis transkriberingar går igenom eller diagram studeras (Denscombe, 2013) varvid det blir nödvändigt att överväga andra kategorier. Detta var också fallet vid denna studie och kategorier som först verkade självklara fick göras om. Utifrån den slutliga kategoriseringen identifierades behov hos vårdsökande som sedan kom att användas vid en QFD-analys för att på så vis kunna översätta de vårdsökandes behov till lösningar, och således få dessa förankrade i organisationen. Utöver den inledande kategoriseringen av data och behovsidentifikationen genomfördes en analys av datan utgående från det teoretiska ramverket.

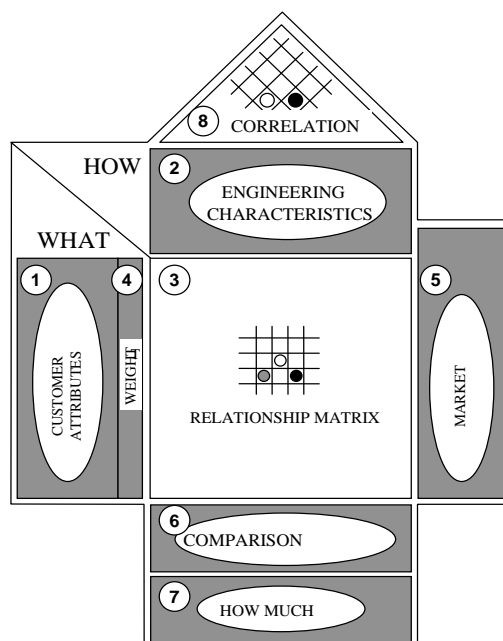


Figur 8. Studiens kategorisering vid analys av den insamlade datan.

3.3.1 Quality function deployment

Quality function deployment (QFD) är ett verktyg inom kvalitetsutveckling för att översätta kundbehov till lösningar (Bouchereau & Rowlands, 2000; Dijkstra & van der Bij, 2001; Gremyr & Raharjo, 2011). Genom att använda QFD preciseras de områden som skulle generera den största kundnöjdheten (Lim & Tang, 2000), och på så vis kan vården få bättre kunskaper om patienten, hitta potentiella förbättringsområden och förändra organisationen som arbetar med dessa områden (Gremyr & Raharjo, 2011). QFD är i denna studie ett verktyg för att översätta behov till lösningar som minskar risken för att patienter söker sig till fel vårdinstans.

Framtagandet av ett *house of quality* (se figur 9), vilket är en del av QFD-analysen, innehåller följande sex steg: identifiera kunden, identifiera kundbehov, ranka kundbehov, identifiera lösningar, utveckla en korrelationsmatris och analysera house of quality (Lim & Tang, 2000). De olika stegen fungerar som ett strukturerat hjälpmedel för att identifiera vad kunden, som i studiens fall är den vårdsökande, värderar högst utifrån ett antal givna parametrar. Arbetsprocessen med QFD inleds därför med att ta reda på vem kunden är, med hänsyn tagen till de i avsnitt 2.2.1 tidigare diskuterade svårigheterna kring kundbegreppet inom vården. Vid identifierandet av lösningarna blir organisationens perspektiv betydelsefullt, då de har bäst insyn i hur verksamheten är uppbyggd och vilka krav som ställs på vårdtjänsterna. I studien blir det med andra ord nödvändigt att hämta information från personal vid DSBUS akutmottagning. Tillsammans med kundbehoven sammanställs lösningarna i en relationsmatris där sambandet mellan behov och lösningar kan analyseras. Detta resulterar slutligen i ett så kallat house of quality. Begreppet härrör från utseendet på modellen, där toppen av huset kan likställas med ett triangulärt tak innehållande en korrelationsmatris som visar hur olika lösningar samverkar, och där resten av modellen delas in i rum med olika syfte vid analysen (Bouchereau & Rowlands, 2000).



Figur 9. Utseendet på ett house of quality (Bergman & Klefsjö, 2012).

Vid fullständiga QFD-analyser utformas fyra house of quality, där framtagen data från de tidigare förs med till de nästa. Det är således inte bara ett enskilt steg, utan en process med flera analyser. I denna studie har endast en modifierad variant av det första house of quality gjorts. Detta beror på att studiens omfång endast innefattar framtagandet av lösningsförslag utifrån behoven och inte implementering.

Vid användandet av QFD som analysmetod sker analysen i multifunktionella grupper för att få ett tvärfunktionellt synsätt på problemen (Bouchereau & Rowlands, 2000). Detta syftar till att höja acceptansnivån för resultatet inom organisationen, samtidigt som det kan anses ge resultatet högre trovärdighet. För att få ett så brett omfång av tankar och åsikter som möjligt ska denna grupp bestå av personer med olika kompetensområden (Bergman & Kelfsjö, 2012). I denna studies QFD-analys var en överläkare, tre sjuksköterskor, varav en vårdenhetschef samt två sektionsledare, och en undersköterska närvarande. Tillsammans kom deras åsikter att representera organisationens behov, vilket i sin tur blev en byggsten vid identifikationen av de lösningar QFD-matrisen inkluderar. Lösningarna i denna studie är de åtgärder DSBUS akutmottagning kan vidta för att leverera en tjänst till sina patienter som är baserad på deras behov (Boonyanuwat N. et al, 2008). I denna multifunktionella grupp medverkade dessutom en av författarna, då erfarenheterna under arbetets gång kan bidra med ytterligare ett perspektiv på lösningar.

Fyra av författarna var närvarande under QFD-workshopen. Utöver den författare som var med i diskussionen agerade en facilitator, och höll i början en kort genomgång av QFD som metod och presenterade de tidigare nämnda behoven för representanterna för DSBUS akutmottagning. En annan av författarna förde anteckningar av vad som sades under workshopen, medan en tredje fyllde i den QFD-mall som tagits fram, allt eftersom att ny data framkom i diskussionen.

Efter den första introduktionen ombads representanterna från DSBUS akutmottagning att avgöra huruvida de presenterade behoven var de nödvändigaste för att förbättring skulle kunna ske. Representanterna gavs även möjlighet till att lägga till fler behov, men de hade inget ytterligare att tillägga utöver det som presenterades. Därefter påbörjades en diskussion kring vilka lösningar som skulle kunna uppfylla de behov som hade framtagits, varefter åtta potentiella lösningar lyftes fram. Sambanden mellan behoven och lösningarna diskuterades därefter och samtliga potentiella kopplingar märktes med en symbol som representerade styrkan på hur mycket de kunde tänkas påverka varandra. Varje symbol representerar en poängnivå och symbolernas poäng summeras kolumnvis. Helt ifylld cirkel ger 9 poäng, ofylld cirkel ger 3 poäng och triangel ger 1 poäng (se figur 10).

Symbol	Poäng
●	9
○	3
▽	1

Figur 10. Poängsättningen vid en QFD-analys.

QFD-analysen begränsades till att endast innefatta och behandla patienternas behov, potentiella lösningsförslag samt styrkan i sambanden mellan dessa. Övrigt såsom exempelvis konkurrenternas agerande utelämnades, då det inte ansågs relevanta ur ett vårdperspektiv. På grund av tidsbrist ströks ytterligare delar av huset, vilka egentligen var tänkta att genomföras under QFD-workshopen. Därför är behoven inte viktade mot varandra, vilket hade varit nödvändigt vid en bra jämförelse, samtidigt som en korrelationsmatris inte hann genomföras. Sett till figur 9 där bilden över ett house of quality presenteras användes därför rum 1, 2, 3 och 7.

3.4 Trovärdighet

Trovärdigheten i en studie kan mätas genom dess validitet, reliabilitet, objektivitet och generaliserbarhet (Denscombe, 2013). Validitet handlar enligt Denscombe (2013) om korrektheten och precisionen i den data som presenteras. Validiteten är god om det kan sägas att datan är insamlad på ett lämpligt sätt för studien och är av rätt typ för en undersökning av det aktuella problemet. Felmatchningsproblemet har undersökts genom att studera patientflöden samt undersöka samband mellan prioriteringsfärg och sökbeteende hos de vårdsökande. Datat har samlats in genom en enkätundersökning, observationer, intervjuer och en QFD-workshop. Både kvantitativ och kvalitativ data har samlats in i syfte att ge författarna en mer komplett bild av situationen, där flera olika perspektiv beaktas. Denna mixed-method approach är ett exempel på metodtriangulering och bidrar enligt Denscombe (2013) till att skapa bättre förståelse för problemet. Data har samlats in både från anställda inom vården, från vårdsökande och från vårdnadshavare till barn som vid datainsamlingstillfället inte befann sig på akutmottagningen. Vårdorganisationen representerades vidare både av representanter från 1177 och DSBUS akutmottagning. Den metodtriangulering som har tillämpats, i kombination med att ett stort antal olika aktörers åsikter har beaktats, bidrar till en god validitet i studien.

Det skulle vidare kunna tänkas att sökbeteendet är olika vid jämförelse av exempelvis en helgnatt och en vardag vid lunchtid. Därför har enkätundersökningen utförts vid olika tider på dygnet, både på vardagar och under helger, för att säkerställa att tidsbundna variationer i sökbeteende inte utelämnas. Vissa delar av den insamlade datan har däremot lämnats utanför analysen på grund av att författarna ansåg att den inte hade samlats in på rätt sätt. Som ett exempel på detta kan språkaspekten nämnas. Författarna ville undersöka huruvida sökbeteendet tedde sig annorlunda hos vårdsökande i familjer som inte talar svenska eller engelska. Dock uppstod problem då det inte kan förutsättas att de svarande som i enkäten endast valt svarsalternativet "annat språk" förstått alla frågor som ställdes, vilket innebär att dessa svar inte anses tillförlitliga. Vidare valde vissa vårdsökande att inte besvara enkäten på grund av att de inte kunde något av dessa två språk, vilket ytterligare försvagar datainsamlingen på denna punkt. På grund av att datan bedömts som otillförlitlig har den lämnats utanför analysen. Ytterligare aspekter som tagits i beaktande då analysen gjordes är att QFD-workshopen kan ha påverkats av viss tidsbrist och att en fullständig prioriteringsfördelning inte gick att samla in vid enkätundersökningen. Författarna har förhållit sig kritiska till den delen av datan och tagit dess brister i beaktande då analysen gjordes.

Reliabilitet är tillförlitligheten i mätmetoden och handlar vid kvantitativ dataanalys om huruvida det mätinstrument som använts skulle ge upphov till samma resultat vid ett annat tillfälle (Denscombe, 2013). Ett mätinstrument i studien skulle kunna sägas vara den enkät som delades ut i väntrummet vid DSBUS akutmottagning. För kvalitativa datainsamlingsmetoder menar Denscombe (2013) att mätinstrumentet blir detsamma som personen som utför undersökningen och att reliabiliteten därmed handlar om ifall resultatet hade blivit detsamma om någon annan hade utfört den.

De personer som utförde intervjuerna har varit medvetna om den intervjuareffekt som intervjuaren enligt Esaiasson et al. (2012) och Denscombe (2013) kan ha på intervjupersonen, och strävat efter att minimera den. Under QFD-workshopen är det också tänkbart att de författare som närvarade påverkade diskussionen mellan representanterna från DSBUS akutmottagning även om de strävade efter att styra diskussionen så lite som möjligt. Vidare utförde författarna observationerna så att de endast närvarade en i taget och strävade efter att interagera med patienter och vårdpersonal så lite som möjligt, i enlighet med det Denscombe (2013) föreskriver. Reliabiliteten kan anses vara tillräckligt god då författarna varit medvetna om, och strävat efter att begränsa, sin påverkan på den insamlade datan, samtidigt som de har haft ett kritiskt synsätt då datan analyserats.

Objektiviteten handlar om att studien inte påverkas av bias (Denscombe, 2013); det vill säga att författarna har förhållit sig så neutrala som möjligt till det som har undersökts. Författarna har ingen direkt anknytning till DSBUS akutmottagning, exempelvis genom anställning. För att förhindra att intervjuerna skulle påverkas av att någon av intervjupersonerna är personligt bekanta med någon av författarna sågs det till att intervjun alltid utfördes av någon som inte var bekant med den intervjuade. Vidare har ingen av författarna någon närstående som är anställd vid de vårdinstanser som undersökts, och har heller inte några egna barn som sökt vård vid dessa instanser.

Slutligen handlar generaliserbarhet om huruvida studiens resultat är möjligt att applicera i andra liknande fall, eller om resultatet är specifikt för det objekt som undersöks. Begreppet går även under benämningen extern validitet (Denscombe, 2013). Studiens resultat bör kunna tillämpas på andra barnakutmottagningar då patienttillströmningen till dessa kan tänkas likna varandra samt eftersom vården är organiserad på samma sätt och följer samma lagstiftning i hela Sverige. Resultatet bör även delvis kunna tillämpas på vården i allmänhet då felmatchningsproblemet även kan finnas i andra delar av vårdkedjan.

3.5 Etik

Vid studentledda studier där enskilda individer är en del av forskningen krävs det inte någon etikprövning för direkt involvering med vårdtagare och dennes vårdnadshavare (se bilaga 6), vilket annars är vanligt vid arbeten förlagda inom sjukvården. Däremot råder sekretess kring detaljer som skulle kunna leda till identifikation av patienten eller dennes vårdnadshavare. Vid studier förlagda på DSBUS akutmottagning får deltagande observatörer och intervjuare signera ett sekretessavtal, som reglerar vad som får sägas om patienterna. Denscombe (2013) förklarar att vid sociala studier ska den deltagande garanteras anonymitet och datan ska behandlas som konfidentiell, vilket sekretessavtalet föreskriver. Samtidigt förväntas den

deltagande förstå meningen med undersökningen. Under datainsamlingstillfällena har därmed bakgrunden till och syftet med arbetet funnits tillgängligt, antingen genom en sammanfattande text eller genom att intervjuaren presenterar varför denne utför undersökningen. Vidare har det alltid varit möjligt att fråga någon av författarna om något uppfattades som oklart. Denscombe (2013) nämner dessutom att de deltagande ska vara med i studien på egen vilja. Därför har de deltagande alltid tillfrågats och gjorts införstådda i syftet med studien innan data har samlats in. Genom att arbeta utifrån detta förhållningssätt bör patienten och/eller dess vårdnadshavare ha närmats på ett sätt som inte uppfattats som påträngande.

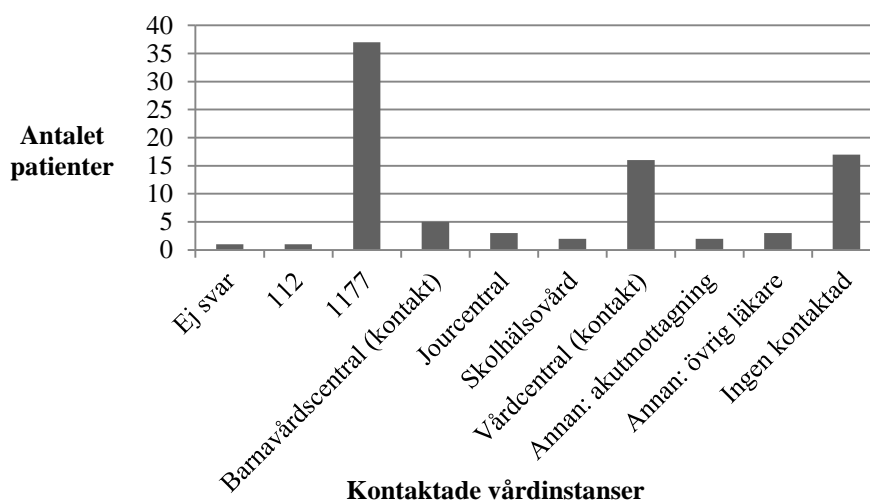
Parallellt med detta har författarna förhållit sig till ett antal punkter Denscombe (2013) beskriver som viktiga vid all forskning under datainsamlingstillfällena. Dessa innefattar att hålla sig till svensk lag, att vara öppna och ärliga, att ha ett gott vetenskapligt förhållningssätt som inkluderar att presentera den insamlade datan korrekt och att utföra datainsamlingen på ett sätt som inte riskerar säkerheten för någon inblandad. Öppenhet om och ärlighet kring studien både för patienter och anställda vid DSBUS akutmottagning har i alla lägen varit centralt, för att ingen skulle känna sig påtvingad att delta i studien. För att säkerställa att datan presenteras korrekt och säkerställa att inga feltolkningar av datan har gjorts har alla författare kontrollerat den.

4 Resultat

I detta kapitel presenteras den data som framkommit under enkätundersökning, intervjuer och observationer. Kapitlet är indelat i fyra avsnitt, vilka behandlar de frågeställningar som anges i början av studien. Inledningsvis presenteras ett avsnitt som beskriver en kartläggning av de vanligaste patientflödena till DSBUS akutmottagning. Därefter presenteras ett avsnitt om prioriteringsfärg, som är uppbyggt av de två delarna information och samarbete, följt av ett avsnitt om vårdsökandes behov. Dessa två avsnitt syftar till att identifiera när och varför felmatchningen uppstår. Därefter presenteras den QFD-analys som gjorts med utgångspunkt i de vårdsökandes identifierade behov.

4.1 Kartläggning av de vanligaste patientflödena till DSBUS akutmottagning

Följande avsnitt redovisar de vägar patienter tar in till DSBUS akutmottagning som framkommit under datainsamlingen, det vill säga en identifikation av eventuella kontaktpunkter mellan vårdorganisation och patient innan besöket. Vid sammanställningen av enkätundersökningen (se figur 11) identifierades följande tre vårdkontakter som de vanligaste patienter hade varit i kontakt med innan de nådde DSBUS akutmottagning: 1177, vårdcentral och ingen kontakt. Den vårdsökande hade möjlighet att kryssa i flera svarsalternativ och ange egna alternativ (se bilaga 1).



Figur 11. Antalet patienter som varit i kontakt med olika vårdinstanser innan vård uppsöktes vid DSBUS akutmottagning.

1177 Vårdguiden (1177) är ett samarbete mellan alla regioner och landsting i Sverige, det vill säga hela den svenska vårdorganisationen, som bildar en nationell vårdguide. 1177 kan kontaktas dygnet runt både via webben och via telefonnumret 1177 för att få sjukvårdsrådgivning och information av utbildade sjuksköterskor (Kallenberg & Johansson, 2014). Varje landsting/region ingår i det nationella 1177-nätverket men driver huvudsakligen sin egna sjukvårdsrådgivning. Genom gemensam teknik, gemensamt beslutsstödsystem och

gemensamt arbetssätt kan sjukvårdsrådgivningar från hela landet samverka och hjälpa varandra vid behov (Kallenberg & Johansson, 2014).

I figur 11 syns att över hälften av de i enkätundersökningen tillfrågade vårdsökande uppgav att de innan besöket hos DSBUS akutmottagning hade pratat med 1177. Att det är vanligt att vända sig till 1177 för råd innan besök bekräftades också vid intervju med vårdnadshavare om tillfällena då barnen behövt vård men då de inte sökt sig till akutmottagningen på DSBUS utan istället någon annanstans: *“jag ringer emellanåt [1177] för att få information”* säger en av de intervjuade, och under en annan intervju med vårdnadshavare sades: *“vi ringde sjukvårdsupplysningen och då blev vi skickade... [rekommenderade att söka vård på en viss vårdinstans]”*. Även under de två andra intervjuerna genomförda med vårdnadshavare nämns 1177 som den instans dit den vårdsökande i huvudsak vänder sig till för att få råd och stöd när barnet upplevs må dåligt. Under observation vid DSBUS akutmottagning framkom det att också vårdpersonal upplever att många vårdsökande som kommer till akutmottagningen inför besöket har varit i kontakt med 1177. En överläkare säger *“Många föräldrar har ringt 1177 för att få råd och har då hänvisats in; ibland när de frågat om var de ska vända sig men ibland t.o.m. utan att de ens tänkt söka själva utan bara undrat om t.ex. en medicindos. Somliga ber om ursäkt för att de kommer till akuten när de vet att de egentligen inte borde men de har svårt att gå emot en instruktion från 1177”*. En representant från 1177 förklarar: *“Vi följer ju listningen, så där barnet är listat dit hänvisar vi ju alltid, såvida inte vår bedömning är att barnet ska till akutmottagningen”*. Vidare menar 1177:s representant att det finns ett problem kopplat till detta, då det finns primärvårdsinstanser som inte tar emot barn under sex månader, trots att alla instanser som ingår i vårdvalet ska ta emot barn från noll år.

Kontakt med vårdcentral innebär antingen att patienten har besökt eller ringt vårdcentralen innan besöket vid akutmottagningen vid DSBUS. Vid den enkätundersökning som genomfördes, svarade cirka en femtedel att de hade haft kontakt med vårdcentral innan de beslutade sig för att åka in till DSBUS akutmottagning (se figur 11). Den tidigare nämnda överläkaren bekräftar att vägen via vårdcentral in till akutmottagning är vanlig, då många vårdsökande vänt sig till vårdcentral för att därifrån bli hänvisade till akutmottagningen, eftersom vårdcentralen upplevt att de inte haft resurser för att behandla patienten. Vid intervju med de vårdnadshavare som inte sökt sig till akutmottagningen på DSBUS utan istället någon annanstans framkom att alla vänt sig till en vårdcentral. Valet av just vårdcentral bygger till stor del på att vårdcentralen finns i närområdet; *“[vid valet av vårdinstans resonerade vi] att det ligger nära. Ja, bara så.”* säger en av de intervjuade vårdnadshavarna. Att vårdcentralen är ett såpass naturligt val för vårdnadshavarna förklarar också att den vårdsökande ofta varit i kontakt med vårdcentralen innan besök vid akutmottagningen.

En fjärdedel av respondenterna i enkätundersökningen hade inte fått råd eller information från någon vårdinstans innan besöket utan istället själva tagit beslutet att vända sig till akutmottagningen på DSBUS. En överläkare vid enheten förklarar sökbeteendet i intervju: *“[...] det är en tradition i Göteborg att söka barnakuten även vid mindre åkommor, dels anger föräldrarna själva flera orsaker (som i sin tur kan vara grunden till traditionen). Vissa föräldrar säger att de inte visste att de kunde söka någon annanstans”*. Enkätundersökningen ger också stöd för detta då det visar sig att många av de som valt att söka direkt till

akutmottagningen utan att först kontakta annan vårdinstans inte var medvetna om att någon annan vårdinstans var öppen. En representant för 1177 i Västra Götalandsregionen bekräftar uttalandet kring sökbeteendet som gjordes av tidigare nämnd överläkare på DSBUS akutmottagning: *“de [som bor i Göteborg] har ju för vana sen långt tillbaka att det finns ett barnsjukhus och väldigt många söker ju dit på eget bevåg även om vårt råd har varit att de ska söka sig till en vårdcentral eller jourcentral [...] för de tror att de får bättre bedömning, bättre vård där för sitt barn”*.

Andra kontaktpunkter med vårdinstanser som kan identifieras med hjälp av enkätundersökningen är barnavårdcentral, jourcentral och övriga läkare. Svarande som har angett dessa alternativ är förhållandevis få jämfört med de som angett huvudvägarna varvid det inte blir aktuellt att kalla dessa huvudsakliga vägar in till akutmottagningen på DSBUS. Dock är ändå barnavårdcentralen intressant att ta upp. Då den endast är aktuell för de vårdsökande som har barn upp till skolåldern (Bäcklund Reboia, 2011), det vill säga till och med 6 år, har cirka var tionde vårdsökare som har barn inom den åldersgruppen angett att de varit i kontakt med barnavårdcentralen via antingen telefon eller besök. Dessutom framkom det i intervjuer att vårdsökande är medvetna om att de inte ska vända sig till barnavårdcentralen när barnet är sjukt utan att det istället är en instans för hälsokontroll. I en intervju med vårdnadshavare sägs: *“Jag går till BVC för att väga [barnet], och för att få hans vaccin. När han är sjuk vänder jag mig till vårdcentralen i Gamlestaden och i sista hand akuten. Kanske typ om [barnet] är förkyld, har något konstigt utslag, dålig aptit kan jag vända mig till BVC, men egentligen mer med frågor och för vägledning”*. I en annan intervju säger vårdnadshavare: *“Jag vänder mig till BVC om det har varit till exempel allergiska utslag eller reaktioner eller liknande”*. Vårdnadshavarnas kunskap om när de kan vända sig till barnavårdcentralen kan vara en bidragande faktor till att så få tar den vägen till akutmottagningen på DSBUS.

4.2 Orsaker till felmatchning

Under detta avsnitt redovisas data kring varför vårdsökande felaktigt söker vård på DSBUS akutmottagning. Data från enkätundersökningen, tillsammans med data från intervjuer och observationer, visade att förklaringen till felmatchningen vid DSBUS akutmottagning kan sammanfattas i två kategorier: information till den vårdsökande och samarbete mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser.

Under de inledande besöken på akutmottagningen vid DSBUS gjordes observationer av triageringsprocessen av patienter. Triageringen är den första bedömningskontakten patienten har med vårdpersonal på DSBUS akutmottagning och det är under denna det bestäms hur pass allvarligt tillståndet är hos patienten. Patienten tilldelas en prioriteringsfärg utifrån åkomma och allmäntillstånd där blå representerar den lägsta prioriteringen och röd den högsta (se figur 12). En sektionsledare på DSBUS uppger i intervju att blå prioritering innebär att skadan/åkomman inte är i behov av akut åtgärd, och att grön prioritering innebär att skadan/åkomman är lindrig. Vidare uppges att de flesta patienter med blå eller grön prioritering kan gå till primärvården eller inte behöver uppsöka vård alls. I vissa fall kan också patienter med gul prioritering vända sig till primärvården, enligt sektionsledaren.

Låg prioritering

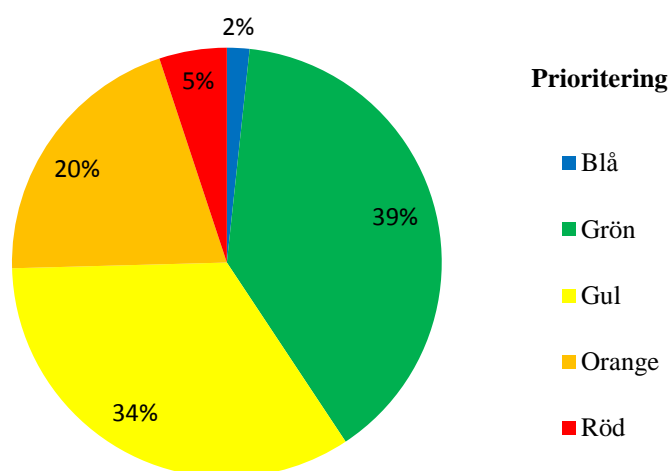
Hög prioritering



Figur 12. Den prioriteringsskala som används vid triagering av patienter på DSBUS akutmottagning.

Redovisningen av datainsamlingen fokuserar främst på de patienter som fick de lägsta prioriteringsgraderna, det vill säga de som prioriterades med blå eller grön färg. Då studien syftar till att bidra till ett mer hållbart vårdssystem för DSBUS akutmottagning genom att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans blir denna grupp av patienter centrala att analysera. I somliga fall kommer dock gul-, orange- och rödprioriterade patienter att redovisas och beskrivas ytterligare, då det kan vara intressant att känna till vilka grupper av patienter som faktiskt kommer rätt. Genom vetskap om vilka områden som är fungerande blir det möjligt att rikta resurser mot de områden där förbättringar verkligen behövs.

Den utförda enkätundersökningen bekräftade att det råder en felmatchning mellan vårdtagare och vårdinstans. 41 procent av de som svarade på enkätundersökningen fick en låg prioriteringsgrad, det vill säga en blå eller grön prioriteringsfärg (se figur 13).



Figur 13. Andelen patienter som fick respektive prioriteringsfärg vid triageringen.

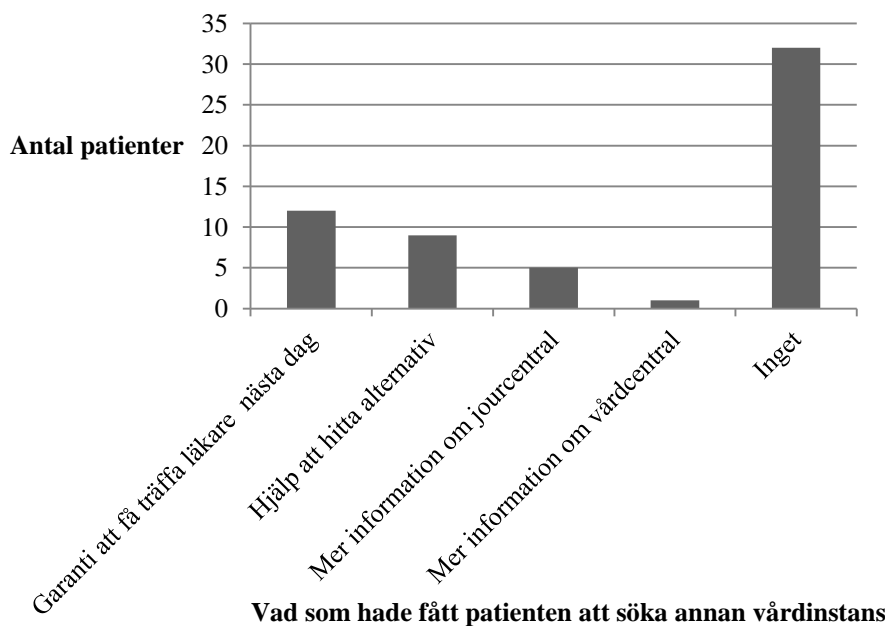
4.2.1 Information till den vårdsökande

I studien visade det sig att en del av den felmatchning som sker mellan vårdtagare och vårdinstans sker på grund av bristfällig eller felaktig information till de vårdsökande från olika vårdinstanser när det gäller valet av vårdinstans. Alternativt har inte den vårdsökande

tillgång till tillräcklig information för att på egen hand göra en bedömning av när DSBUS akutmottagning är rätt vårdinstans.

Information vid val av vårdinstans

I enkätundersökningen tillfrågades de vårdsökande om huruvida något kunde ha fått dem att uppsöka en annan vårdinstans vid det specifika tillfället. Det var möjligt att ange mer än ett svar, samtidigt som utrymme gavs för egna alternativ. Sex personer kom med egna förslag, men då dessa svar inte följde något givet mönster utan istället var olika skäl till sådant som hade kunnat ändra deras vårdval, presenteras dessa inte i förhållande till andra alternativ. De beaktas dock senare vid identifikationen av patienternas behov, då de egna förslagen kan kopplas till andra behov som tas fram. Ett exempel på ett sådant eget förslag är en svarande som uppgav att en vårdinstans närmre bostaden hade kunnat få denne att uppsöka annan vårdinstans. Enkäten visade att majoriteten av de tillfrågade inte hade kunnat tänka sig att uppsöka annan vårdinstans vid det givna tillfället, vilket stapeldiagrammet i figur 14 illustrerar. Här är det viktigt att ta hänsyn till den form av socialt bias som kan finnas; det kan vara svårt för somliga att erkänna att de sökt "fel" vårdinstans. Ett flertal personer ansåg dock att en garanti på att få träffa läkare på barnavårdscentralen/vårdcentralen samma dag, hjälp med att hitta alternativ eller mer information om jourcentral hade kunnat få dem att uppsöka en annan vårdinstans än DSBUS akutmottagning.



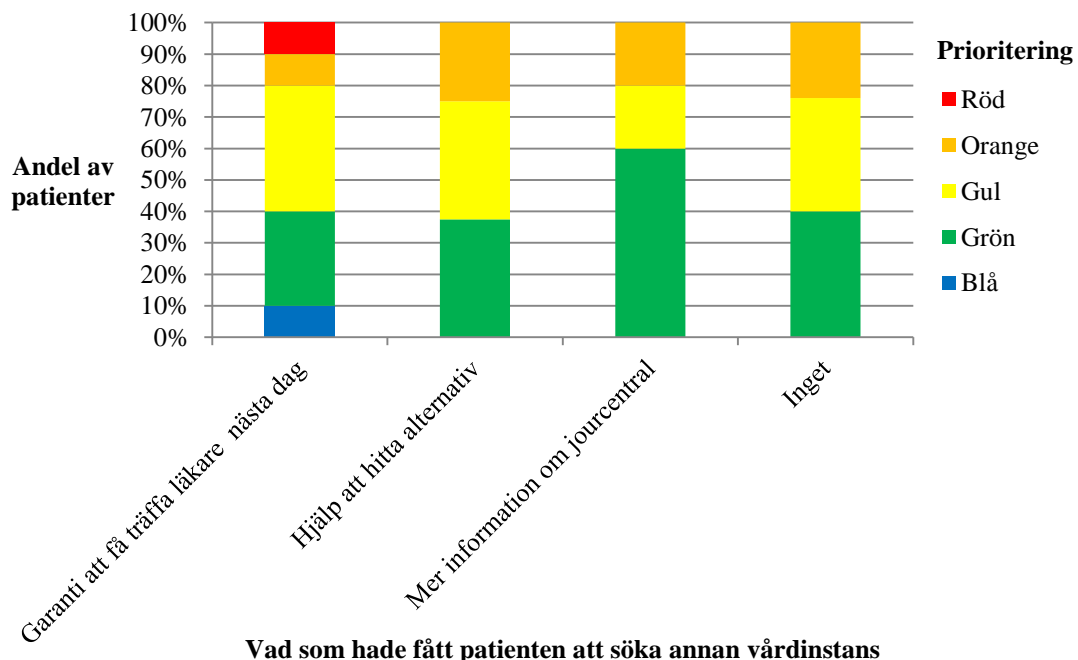
Figur 14. Antalet patienter som på enkätundersökningen svarat vad som hade kunnat få dem att söka vård på annan vårdinstans.

Vid intervjuer med vårdnadshavare som inte sökt vård på akutmottagningen vid DSBUS framkom det bland annat att det var just information om andra vårdinstanser som fick dem att

avstå. I en intervju svarade vårdnadshavaren på frågan varför de inte valde att åka till akutmottagningen på DSBUS vid vårdtillfället: *“Det var för att de rekommenderade oss att åka till den här kvällsöppna vårdcentralen helt enkelt”*. Tydlig information rörande alternativa vårdinstanser kan få vårdsökande att uppsöka vård på rätt vårdinstans.

En annan aspekt är huruvida den vårdsökande alls skulle kunna tänka sig att uppsöka någon annan form av vårdinstans vid det specifika tillfället. Det innebär att det antal vårdsökande som inte såg akuten som det enda alternativet summeras, för att sättas i relation till de som inte hade kunnat tänka sig att uppsöka någon annan vårdform än akutvård. Detta visar på att ungefär hälften av de vårdsökande var villiga att uppsöka vård någon annanstans. Denna information blir intressant då det konkret visar på en benägenhet att söka sig åt andra håll, utifall att korrekt information framförs till den vårdsökande.

I figur 15 syns att prioriteringen förhåller sig relativt likartat mellan vårdsökande som hade kunnat tänka sig att uppsöka annan vårdform och de som inte hade kunnat göra det. I figur 15 syns också att det finns en hög andel lågprioriterade patienter bland alla tre svarsalternativ. Genom att arbeta med de tre faktorerna garanti på att få träffa läkare samma dag, hjälp med att hitta alternativa vårdinstanser och mer information om jourcentraler borde det vara möjligt att få de vårdsökande att uppsöka en mer lämplig vårdinstans. Betraktas prioriteringsfördelningen inom hela gruppen som inte hade kunnat tänka sig att uppsöka en annan vårdform visar det sig att nästan hälften av dem fick en grön prioritering. Detta visar på att det råder en viss problematik vad gäller kunskap hos de vårdsökande om när akuten är rätt vårdinstans för ett visst tillstånd hos patienten.

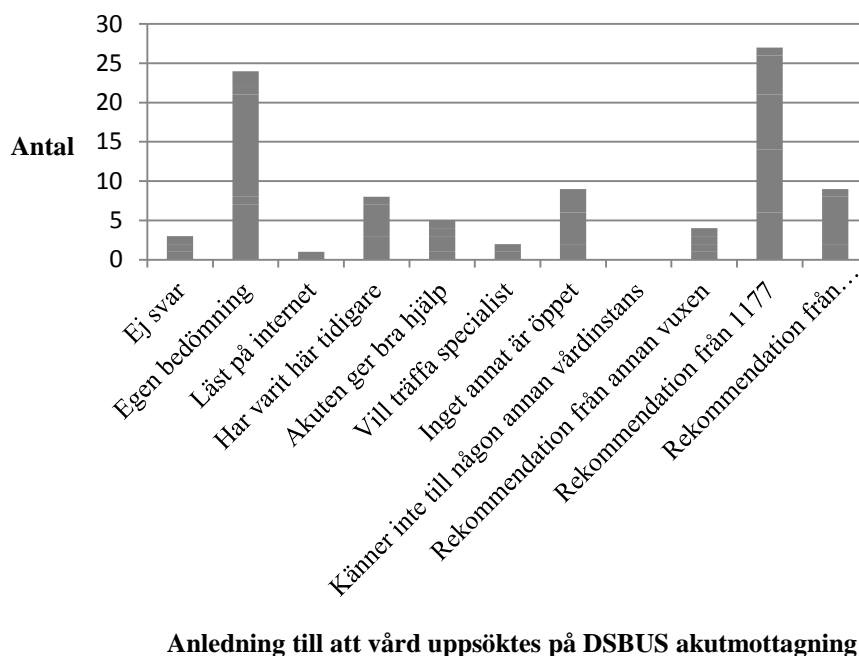


Figur 15. Prioriteringsfärg på patienter utifrån vad som hade kunnat få dessa att söka annan vårdinstans.

Information vid beslutsfattande

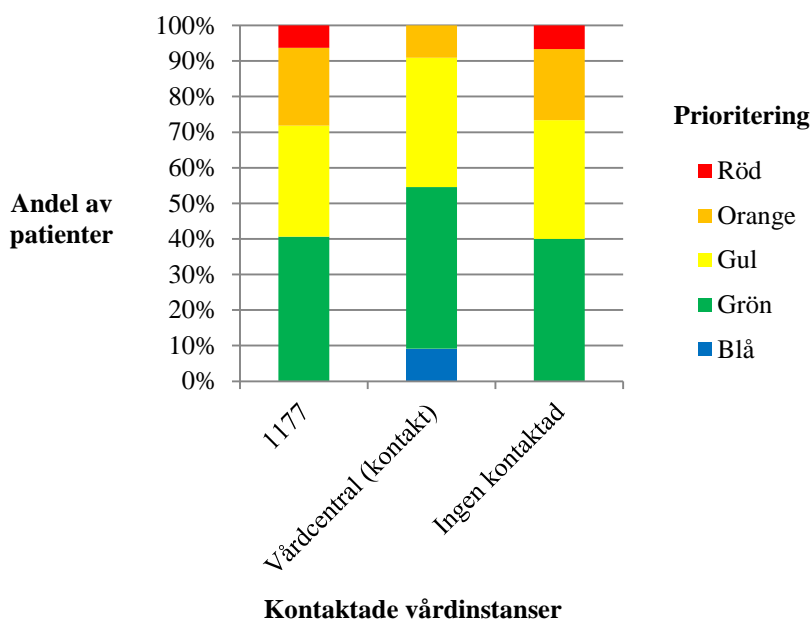
Enkätundersökningen visade att en stor andel av de vårdsökande hade varit i kontakt med 1177 innan de uppsökte DSBUS akutmottagning. En betydande andel hade även varit i kontakt med vårdcentral antingen via telefon eller via besök innan de vände sig till DSBUS akutmottagning. Ungefär lika många hade inte varit i kontakt med någon vårdinstans dessförinnan. Stapeldiagrammet som visas i figur 11 illustrerar tydligt att dessa tidigare kontakter var de i särklass vanligaste, medan övriga vårdinstanser endast hade kontaktats i enstaka fall. En beskrivning av de vanligaste patientflödena till DSBUS akutmottagning finns i avsnitt 4.1.

I enkätundersökningen tillfrågades även deltagarna om varför de valde att uppsöka vård hos DSBUS akutmottagning vid det specifika vårdtillfället. De huvudsakliga anledningarna till varför de vårdsökande valde att söka sig till DSBUS akutmottagning var rekommendation från 1177, egen bedömning, rekommendation från en annan vårdinstans, att inget annat är öppet samt att de vårdsökande har varit där tidigare (se figur 16). Många vårdsökande har varit i kontakt med antingen 1177 eller en vårdcentral för att få hjälp från vårdpersonal, och det är just efter inrådan från dessa som den vårdsökande har vänt sig till DSBUS akutmottagning. Det är dessutom många vårdsökande som uppger att de har valt att åka till akutmottagningen baserat på sin egen bedömning, och som inte har varit i kontakt med någon annan vårdinstans innan de uppsökte vård vid DSBUS akutmottagning.



Figur 16. Patienternas anledningar till varför de uppsökte vård på DSBUS akutmottagning.

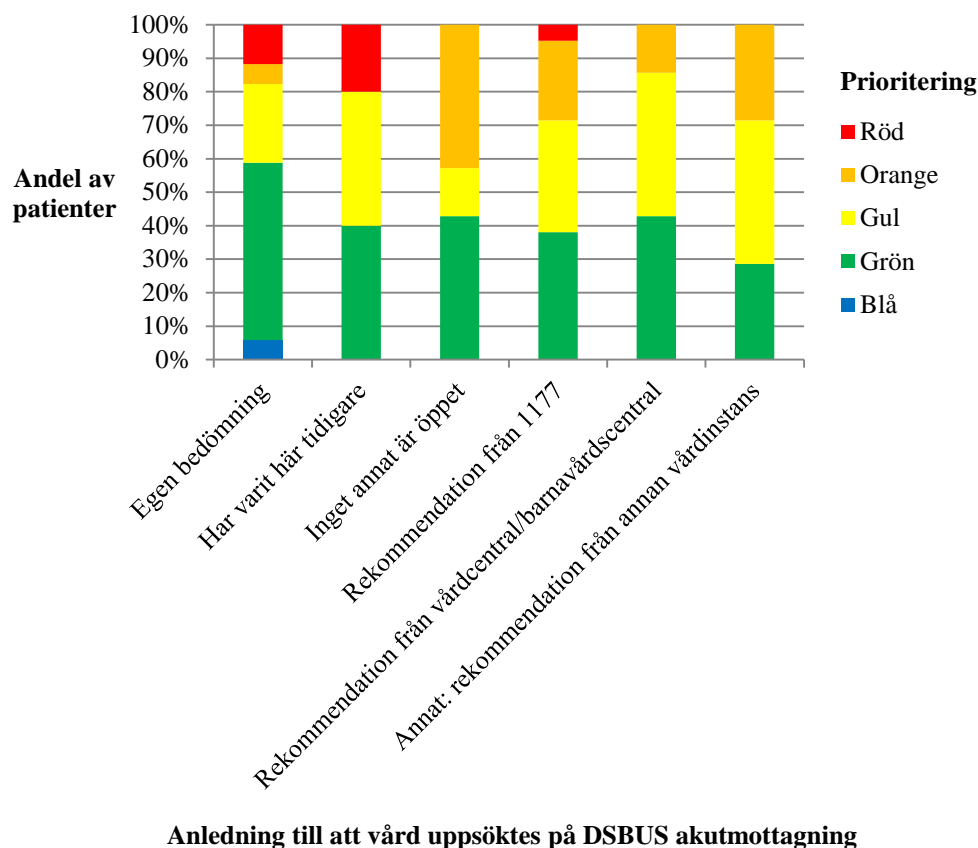
Om enbart de två huvudsakliga vårdinstanskontakterna betraktas visar det sig att ungefär 40 procent av de som varit i kontakt med 1177 och ungefär hälften av de som har varit i kontakt med en vårdcentral har en blå eller grön prioritering (se figur 17). Viktigt att observera är dock att många på rätt grunder söker vård vid DSBUS akutmottagning, då många fortfarande får en prioritering som är högre än blå eller grön. Om även gul prioritering skulle tas i beaktande som felmatchning kan dock vårdcentralkontakten ses som intressant, med ytterst få patienter som fick en orange prioritering och inga som fick en röd sådan. Samtidigt hade även kontakt med 1177 och ingen kontakt också ett lågt antal orange- eller rödprioriterade patienter.



Figur 17. Prioriteringsfärg på patienter utifrån vilka vårdinstanser som har kontaktats innan.

Betraktas samtidigt den data som framställs i figur 18, där anledningarna till varför de vårdsökande uppsökte vård visas i förhållande till deras prioritering, visar det sig att i det vanligaste flödet – rekommendation från 1177 – hade nästan 40 procent av patienterna en grön prioritering eller lägre. När den vårdsökande blir rekommenderad att besöka DSBUS akutmottagning av vårdcentral eller barnvårdcentral visade det sig att resultatet var ungefär detsamma. Det betyder att de nämnda vårdinstanserna i många fall hade kunnat hänvisa patienterna vidare till en lämpligare vårdinstans än DSBUS akutmottagning, alternativt kunnat ge tillräcklig behandling vid den specifika vårdinstansen. Ett i avsnitt 4.1 tidigare nämnt intervjuцитat visar också att det finns en medvetenhet inom DSBUS akutmottagning kring att andra vårdinstanser ofta kontaktas innan, men att de hänvisas vidare till akutmottagningen på grunder som inte alltid är helt rätt. I samma intervju beskrivs också att skälen till att en patient slussas vidare från vårdcentral eller jourcentral bland annat kan vara att “*de då ha fått höra att vårdcentral/jourcentral inte har tid, inte har kunskapen, att barnet är för sjukt (enligt vårdcentral/jourcentral) eller att ‘det är bäst att söka barnakuten’ utan att de fått veta varför. Och så har en del träffat läkare i primärvården men remitterats på lösa eller felaktiga grunder, t.ex. där vårdcentral/jourcentral ber om en provtagning som de själva har tillgång*

till, eller där de misstänker en diagnos som inte är sannolik eller ens möjlig men där de saknar kunskapen och där de inte har ringt akuten för att fråga om råd?.

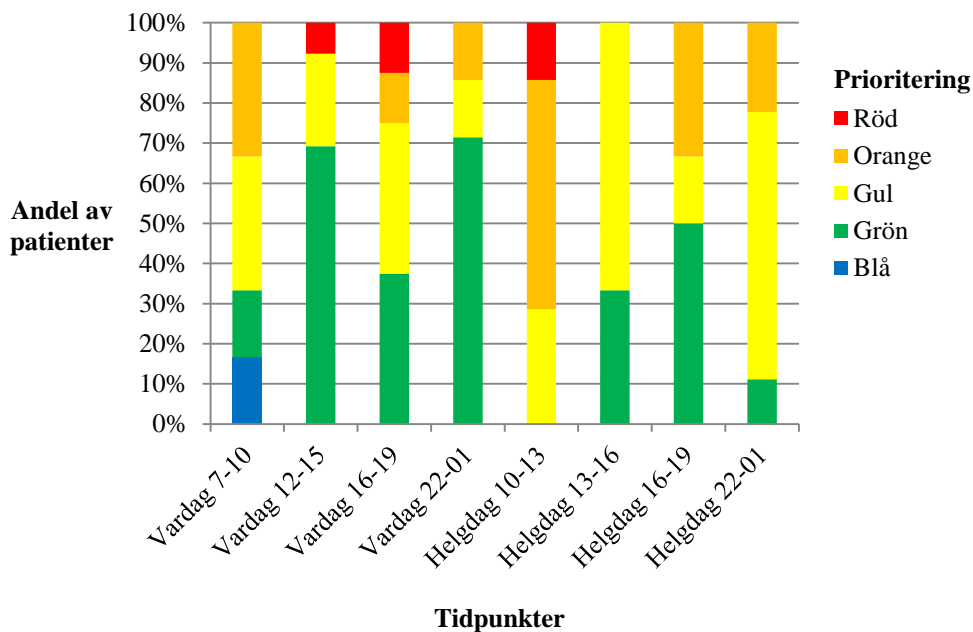


Figur 18. Prioriteringsfärg på patienter utifrån deras anledning till att vård uppsöktes på DSBUS.

Vidare fick även en stor del av de som inte varit i kontakt med någon vårdinstans innan de kontaktade DSBUS akutmottagning en grön prioritering. När de vårdsökande uppgav att anledningen till varför de uppsökte vård vid DSBUS akutmottagning var egen bedömning visade det sig att över hälften av dessa hade fått en grön eller lägre prioritering. Felmatchningen grundar sig i detta fall därför på den vårdsökandes egna beslut att uppsöka vård, vilket återigen signalerar att korrekt information om när akuten ska uppsökas saknas.

Information vid olika tidpunkter för vård

Genom svaren från enkätundersökningen kartlades samtliga patienters prioriteringar i anknytning till vilken tid de besökte akuten. Dessa presenteras i figur 19, där varje stapel representerar ett antal patienter vid ett givet tidsintervall. Utifrån enbart denna data är det svårt att fastställa hur färgfördelningen normalt sett ser ut. Det som kan ses med utgångspunkt i den data som har samlats in är att andelen blå eller gröna prioriteringar av det totala antalet prioriteringar är spridda mellan olika tidpunkter och veckodagar. Inget direkt samband mellan besöksbeteende och prioritering kunde därför hittas.



Figur 19. Prioriteringsfärg på patienter utifrån tidpunkten då de besökte DSBUS akutmottagning.

Nio av de i enkätundersökningen tillfrågade vårdtagarna uppgav som en anledning till att de vänder sig till DSBUS akutmottagning att det inte fanns någon annan vårdinstans som var öppen vid det specifika vårdtillfället. Tabell 4 visar under vilka tider dessa patienter besökte akuten, samt vilken prioriteringsgrad de fick. Dessa besök var utspridda under veckan, men samtliga skedde under eftermiddags- och kvällstid samt under helger. Baserat på detta tycks den vårdsökandes uppfattning gällande brist på vårdalternativ främst föreligga under dessa tider. I somliga fall skulle det kunna stämma att ingen annan vårdinstans var öppen vid det givna vårdtillfället, medan det i andra hade funnits andra alternativ, såsom till exempel jourcentraler. Sett till den insamlade datan skulle det därmed kunna existera ett problem vad gäller information om alternativa vårdinstansers öppettider.

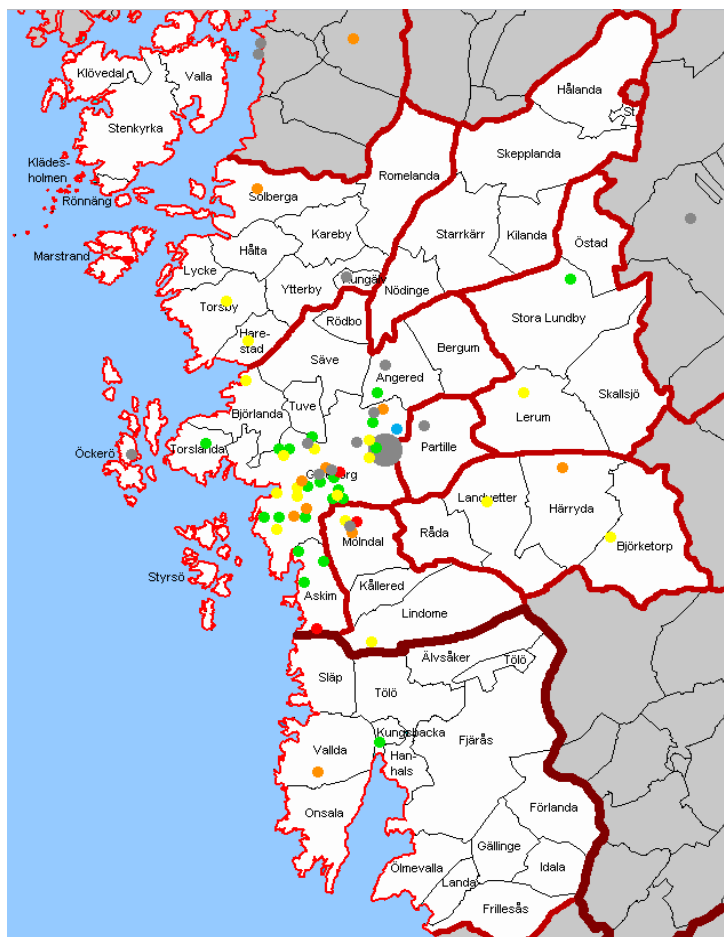
	Vardag 07-10	Vardag 12-15	Vardag 16-19	Vardag 22-01	Helgdag 10-13	Helgdag 13-16	Helgdag 16-19	Helgdag 22-01
Ej triagefärg			1			1		
Grön		2				1		
Gul			1					
Orange		1		1				1

Tabell 4. Antalet patienter med olika prioriteringsfärg som sökt sig till akutmottagningen olika tider, för att de upplevt att ingen annan vårdinstans varit öppen.

Av de vårdsökande som besökte akutmottagningen och uppgav att inga andra vårdinstanser var öppna, var det möjligt att fastställa prioriteringsfärg på sju, varav tre fick en grön prioritering. Om det är så att inga andra vårdinstanser var öppna vid det specifika vårdtillfället är tillgängligheten inte tillräcklig för att täcka upp för lågprioriterade patienter som inte anser sig kunna vänta med att uppsöka vård. Alternativt kan detta tyda på att de vårdsökande saknar tillräcklig information om när akutvård behöver uppsökas. Om det är så att det finns bättre lämpade vårdinstanser för det specifika sjukdoms- eller skadetillståndet, och som samtidigt är öppna vid det specifika vårdtillfället, betyder det därför att det kan saknas tillgång till fullgod information för de vårdsökande.

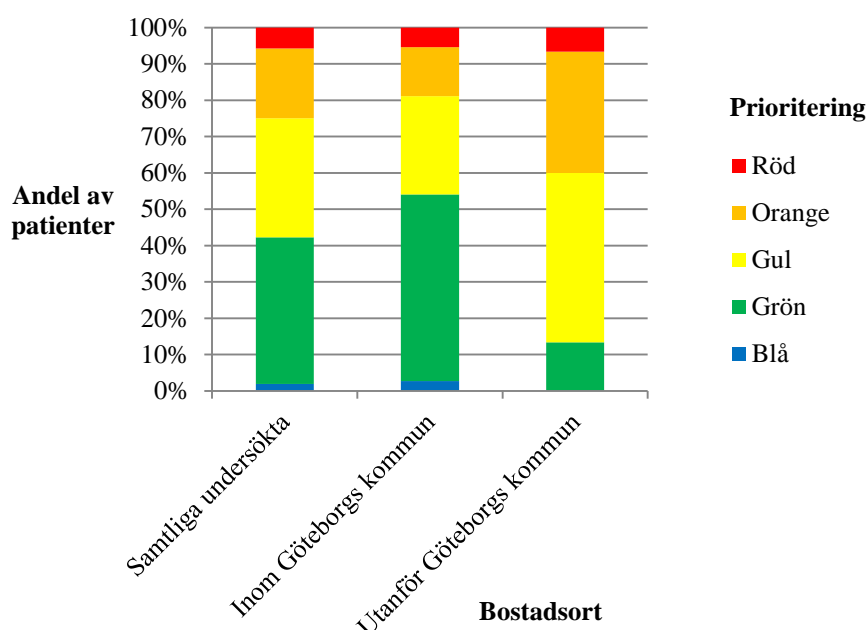
Information till vårdsökande utifrån geografisk spridning

De svarande på enkätundersökningen ombads ange sitt postnummer. Det fanns också en möjlighet att markera "vill ej uppge" som alternativ. De som uppgav sitt postnummer, och vars barn fick en prioriteringsfärg, markerades ut på en karta över Göteborg med omnejd (se figur 20). Varje prick motsvarar ett svar. På kartan har DSBUS akutmottagning markerats ut med en stor grå prick, och jourcentraler med mindre grå prickar.



Figur 20. Prioriteringsfärg på patienter utifrån postnummer. Den stora grå pricken visar var DSBUS ligger, medan de mindre grå visar var jourcentraler ligger.

Som kan ses i figur 21 är det en lägre frekvens av gröna eller lägre prioriteringar längre bort från DSBUS akutmottagning. En möjlig tolkning utifrån detta är att det är mer sannolikt den vårdsökande uppsöker en annan vårdinstans än akutmottagningen om vägen till akutmottagningen är längre. Det skulle i så fall innebära att boende långt från DSBUS akutmottagning är bättre på att utnyttja andra vårdinstanser. En stor andel av dessa fick prioriteringsfärg som anses innebära att de gjorde rätt val vid val av vårdinstans. Vad gäller påverkan av jourcentralernas placering närmre centrum kan inget tydligt mönster ses. Detta kan dock bero på att vårdsökande saknar information om var dessa ligger och när de har öppet. En intervjuad vårdnadshavare som har valt en annan vårdinstans än DSBUS akutmottagning uppger att *“det är ju rätt långt till akutmottagningen om man kan få en tid hundra meter bort”*, och syftar då på sin närmaste vårdcentral (som också har jouröppet på kvällen). Den intervjuade nämner vidare jourcentralen på Gamlestadstorget: *“Det är också lite närmare liksom. Där har vi ju varit också när det är natt [...]”*. Den intervjuade uppger lite senare att beslutet fattats baserat på närhet.



Figur 21. Prioriteringsfärg på patienter utifrån bostadsort.

I samband med en analys av valet av vårdinstans baserat på vårdtagarens bostadsort är det viktigt att observera att primärvården kan skilja sig åt kommuner emellan. Detta betyder att det kan finnas olika antal vårdcentraler och jourcentraler beroende på vilken kommun inom Västra Götalandsregionen som vårdtagaren är bosatt i, och således olika möjligheter att uppsöka vård i allmänhet och akutvård i synnerhet. Detta kan ha haft påverkan på varför olika vårdsökande valde att söka sig till DSBUS akutmottagning. Dessutom kan uppfattningen av vård skilja sig åt mellan kommuner. I en kommun kan gemene vårdtagare ha en viss uppfattning om sin primärvård som skiljer sig från den hos gemene vårdtagare bosatt i en annan kommun. Således kan den sociala statusen hos kommunens vårdinstanser ha en påverkan på vart vårdtagaren vänder sig för att uppsöka vård.

Vårdnadshavares behov av att få bekräftelse från kvalificerad vårdpersonal

Ett behov som kunde fastställas tidigt i studien, och som kan tänkas vara del av orsaken till felmatchningen på DSBUS akutmottagning, är vårdsökandes behov av att få bekräftelse på att de har fattat rätt beslut. Detta framgick tydligt vid samtal med personalen på avdelningen; flera delade uppfattningen att många vårdsökande egentligen har kunskapen att vårda sina barn själva, men inte litar på sina beslut gällande barnets vård. Påståendet styrktes även under studiens gång, då författarna själva var med och iakttog patienter vid triagemottagningen. Flera fall kunde iaktas när vårdsökande noggrant och utförligt beskrev barnets sjukdomstillstånd, samt de åtgärder som vidtagits och skulle vidtas för barnets vård. Detta indikerar att den vårdsökande besitter den kunskap som krävs för barnets fortsatta behandling eller tillfrisknandeprocess men inte litar på att informationen är korrekt. Tydlig information från en trovärdig källa, så som DSBUS akutmottagning, bör kunna ge vårdnadshavarna den trygghet de önskar.

Under observationerna upplevdes det också vanligt att vårdsökande sökte vård till barn med lindrigare sjukdomar, såsom bland annat förkylningar. Vid dessa besök upplevde författarna att somliga de vårdsökande hade ett behov av att få bekräftelse från vårdpersonalen på att barnets sjukdomstillstånd var "normalt". Tydlig information om vanliga barnsjukdomar hade då kunnat ge vårdnadshavarna bekräftelse på att barnet inte behöver akutvård.

4.2.2 Samarbete mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser

Under datainsamlingen framkom det också att en betydande del av felmatchningen skulle kunna bero på bristfällig eller felaktig kommunikation mellan DSBUS akutmottagning och övriga vårdinstanser som verkade grunda sig på ett bristande samarbete. Vid intervju med 1177:s talesperson sades: *"[...] mina sjuksköterskor har möjlighet att ringa och konsultera en sköterska på barnakuten. Problemet där är väl bara att den telefonen inte alltid är bemannad eller de har inte alltid tid att svara, rätt så ofta måste jag säga så är det inget svar där, och då går det inte att göra den här konsultationen"*. Vidare menar talespersonen att felmatchningen antagligen skulle sjunka om konsultationerna alltid fanns tillgängliga. Bristande kommunikation och samarbete mellan olika verksamheter skulle därför kunna leda till att patienter erhåller en rekommendation från till exempel 1177 om att uppsöka vård på DSBUS akutmottagning, trots att det finns bättre lämpade vårdinstanser för behandling.

Figur 16 visar på att många patienter har blivit rekommenderade att uppsöka vård på DSBUS akutmottagning av antingen 1177 eller av en vårdcentral. Betraktas därefter figur 17 visade det sig att nästan 40 procent i fallet med rekommendation av 1177 fick en lägre prioriteringsgrad, och ungefär samma andel av de patienter som blivit rekommenderade av andra vårdinstanser fick en lägre prioriteringsgrad. I avsnitt 4.2.1 tolkades detta ur ett informationsperspektiv, där vårdsökande informerades av vårdinstanser som egentligen hade kunnat hänvisa dem till andra instanser än DSBUS akutmottagning. Detta kan samtidigt ses ur ett samarbetsperspektiv med avseende på samarbete mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser. Ur enkätundersökningen framkom därför att vårdcentraler och 1177 var centrala områden att fokusera på. Enkätundersökningen visar även att många hänvisas från

andra vårdinstanser, trots att prioriteringsgraden när de väl når akuten är låg. Ur undersökningen framgår inte orsaken till varför detta sker.

Under en intervju med en överläkare vid DSBUS akutmottagning förklaras det att många remitteras på lösa eller felaktiga grunder av läkare i primärvården. Detta visar på ett kommunikationsproblem mellan vårdcentralen eller jourcentralen å ena sidan, och DSBUS akutmottagning å andra sidan. Detta då det visar sig att det förekommer fall där patienter hänvisas vidare till DSBUS akutmottagning när det inte behövs, eller där kommunikationen med DSBUS akutmottagning inte har fungerat. Exempel på sådana fall uppges vara då primärvården misstänker en diagnos de saknar kunskap om, och hänvisar de vårdsökande till DSBUS akutmottagning istället för att ringa och fråga om den.

Under observationerna vid DSBUS akutmottagning var en vanligt förekommande synpunkt från personalen att det råder problem vad gäller hänvisningar från 1177. Som citerats i avsnitt 4.1 uppges en representant för 1177 att de rekommenderar vårdnadshavarna att söka vård inom primärvården i första hand. 1177:s representant menar vidare att det finns ett problem kopplat till detta, då det finns primärvårdsinstanser som inte tar emot barn under sex månader, trots att alla instanser som ingår i vårdvalet ska ta emot barn från noll år. *“Vi vet ju vilka som tar emot barn och vilka som inte tar emot barn [...] och då blir det tyvärr så att hänvisar man dit, ja då får patienten åka vidare och ändå åka till Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus och vi vet ju också vilka de är så när det handlar om ett barn som är listat just på det stället så tror jag att de finns tillfällen då mina sjuksköterskor av omtanke om föräldrar och deras barn inte skickar de dit först för de vet att de får ändå gå vidare”.*

4.2.3 Övriga intressanta faktorer

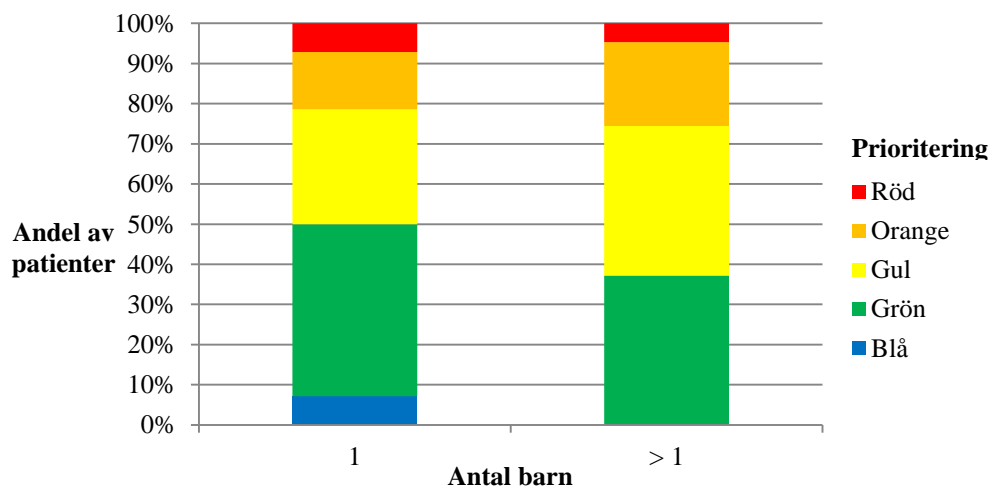
Vid studien undersöktes även om det finns faktorer som påverkar vårdsökandes behov av vård. Bland annat undersöktes hur sökbeteendet skiljer sig åt mellan flerbarnsföräldrar och om utbildningsnivån har någon inverkan på valet av vård. Dessa faktorer går dock inte att direkt koppla till ett informations- eller kommunikationsbehov, utan tas upp här separat, då de anses intressanta och relevanta att ta upp för vidare studier inom felmatchning.

Vårdnadshavares antal barn

I studien undersöktes om förstagångsföräldrar har ett större behov av att få bekräftelse på att de fattat rätt beslut jämfört med flerbarnsföräldrar. Detta grundar sig på att författarna vid observationerna upplevde att det fanns en misstanke hos delar av personalen på DSBUS akutmottagning om att förstagångsföräldrar är en grupp sökande som har en tendens att i högre utsträckning söka sig till DSBUS akutmottagning för åkommor som hade kunnat behandlas på någon annan vårdinstans.

I enkäten ombads den svarande uppges hur många barn denne hade. Syftet med detta var att undersöka om sökbeteendet hos förstagångsföräldrar skiljde sig från det hos de med fler barn än ett, för att på så vis kunna bedöma om sökbeteendet hade något samband med antalet barn. Av de sökande som deltog i enkätundersökningen uppgav sig en fjärdedel vara förstagångsföräldrar, ungefär hälften hade två barn medan ungefär en fjärdedel hade tre eller fler barn. Vidare valde en deltagare att inte besvara den specifika frågan och ytterligare en gav

ett svar som inte gick att tyda. Informationen från de i enkäten giltiga svaren går att finna i figur 22, där den prioriteringsfärg patienterna fått i triageringen illustreras med avseende på antal barn hos de sökande. Ur detta framkom att det inte finns något tydligt samband mellan antalet barn och prioriteringsfärg hos den vårdsökande.



Figur 22. Prioriteringsfärg på patienter utifrån vårdnadshavares antal barn.

Vårdsökandes utbildningsnivå

I enkäten efterfrågades den svarandes utbildningsnivå. De tillgängliga alternativen var grundskola, gymnasium eller motsvarande, högskola upp till tre år, högskola över tre år samt vill ej uppge. Utbildningsnivån har sedan satts i relation till huruvida den svarande hade kunnat tänka sig att söka vård vid en annan vårdinstans. 32 personer svarade att de inte kunde tänka sig att söka vård vid en annan vårdinstans.

För de 32 svarande som inte kunde tänka sig att söka sig någon annanstans sattes utbildningsnivå i förhållande till barnets triageresultat. Resultatet visar att andelen svarande med gymnasie- eller motsvarande utbildning eller högskoleutbildning under tre år vars barn fick grön prioritering var runt 20 procent. För svarande med högskoleutbildning över tre år var andelen barn med grön prioritering runt 70 procent. I detta fall skulle möjlighet att få träffa läkare på vårdcentral samma eller nästa dag vara ett behov, liksom kännedom om jourcentraler efter vårdcentralernas ordinarie öppettider. Det kan också tänkas att de svarande med högskoleutbildning över tre år känner sig mer säkra på sin egen förmåga att bedöma situationen. I det fallet skulle ett möjligt behov vara att få mer information om vilket tillstånd som kräver vilken vård.

4.3 Identifiering av vårdsökandes behov

Utifrån resultatet av studien har ett antal behov hos de vårdsökande identifierats som skulle kunna minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans. Dessa behov kommer att ligga till grund för QFD-analysen och därigenom översättas till lösningar. Tabell 5 visar de behov som tagits fram och hur de tagits fram.

	Behov	Datainsamlingsmetod
Informations-behov	Att som vårdsökande få information om att det är bra att kontakta annan vårdinstans innan vård på DSBUS uppsöks	- Intervjuer med vårdnadshavare - Enkätundersökning
	Att som vårdsökande få information om öppettider hos andra vårdinstanser (speciellt jourcentral)	- Enkätundersökning - Intervjuer med vårdnadshavare
	Att som vårdsökande korrekt information om var vård ska uppsökas vid ett specifikt sjukdoms- eller skadetillstånd	- Enkätundersökning
	Att som vårdsökande få information om att andra vårdinstanser finns (speciellt jourcentral) och var dessa ligger	- Enkätundersökning
	Att som vårdsökande få bekräftelse på att göra rätt som förälder	- Observationer
	Att som vårdsökande få komma i kontakt med kvalificerad vårdpersonal samma dag	- Enkätundersökning - Observationer
Kommunikations-behov	Underlätta kommunikation/samarbete mellan 1177 och DSBUS	- Enkätundersökning - Intervju med 1177
	Underlätta kommunikation/samarbete mellan vårdcentral och DSBUS	- Intervjuer med vårdpersonal

Tabell 5. De identifierade behoven och vilken datainsamlingsmetod som använts.

Behov av att förbättra informationen som finns tillgänglig för de vårdsökande angående alternativa vårdinstanser visade sig både vid intervjuer med vårdnadshavare angående tillfällen då de inte sökt vård vid akutmottagningen på DSBUS och vid enkätundersökningen. Det framkom att många av de vårdsökande som anländer till akutmottagningen är villiga att uppsöka andra vårdinstanser om de hade varit medvetna om öppettider och placering av dessa. Det visade sig dessutom vid enkätundersökningen att informationen om jourcentraler är den som brister mest, både gällande öppettider och placering. Vid både enkätundersökningen och intervjuer framkom att närheten till en vårdinstans ofta är avgörande för var vård uppsöks.

Ett annat behov från den vårdsökandes sida är information rörande vilken vårdinstans som är rätt att vända sig till vid vilket sjukdomsfall, det vill säga att få korrekt information om var vård ska uppsökas vid ett specifikt sjukdoms- eller skadetillstånd. Vid enkätundersökningen framkom att många vårdsökande felaktigt tror att de bör vända sig till en akutmottagning. Dessa vårdsökande visade sig främst ha varit i kontakt med 1177, vårdcentral eller ingen vårdinstans alls innan beslut togs att vända sig till akutmottagningen på DSBUS.

Allra vanligaste orsaken till att felaktigt vända sig till akutmottagningen på DSBUS visade det sig, genom enkätundersökningen, vara om beslutet tagits utan att konsultera annan vårdinstans. För att kunna ändra sökbeteendet hos denna grupp identifieras ett behov hos de vårdsökande att få information om att det är bra att kontakta annan vårdinstans innan vård uppsöks hos akutmottagningen på DSBUS. En sådan vårdinstans behöver inte vara en vårdcentral, utan skulle likväl kunna vara 1177. Det viktiga blir således att komma i kontakt med kvalificerad vårdpersonal för att få hjälp med valet av vårdinstans.

Även om flest lågprioriterade patienter går att finna i den grupp som tagit egna beslut om att söka vård vid akutmottagningen på DSBUS utan att först konsultera annan vårdinstans, söker även den grupp som går via 1177 eller vårdcentral i många fall vård felaktigt vid akutmottagningen på DSBUS. Under en intervju med 1177 framkom det att de upplever att detta delvis beror på bristande stöd från DSBUS akutmottagnings sida. Ett behov för att minska felvisade patienter skulle därför vara att underlätta kommunikation/samarbete med 1177 och vårdcentraler.

Det visade sig vid enkätundersökningen och observationerna att en anledning till varför vård söks vid DSBUS akutmottagning är att patienten får träffa läkare samma dag. Vid enkätundersökningen uppgav många vårdsökande att garanti för att få komma i kontakt med kvalificerad vårdpersonal samma dag skulle göra att de kunde tänka sig att uppsöka vård vid annan vårdinstans.

Något som framkom under observationer var att många av de som söker vård vid akutmottagningen på DSBUS gör det på grund av osäkerhet. Det kan till exempel röra sig om att barnet har trillat och slagit sig; även om den vårdsökande inte tror att barnet har skadat sig vill denne ha bekräftelse från läkare. Ett behov som kan identifieras utifrån dessa observationer är att den vårdsökande behöver bekräftelse på att denne fattar rätt beslut.

4.4 QFD-workshop

I det här avsnittet redovisas resultaten som författarna kom fram till vid QFD-workshopen med representanter från DSBUS akutmottagning. Först presenteras de behov som togs fram inför mötet, de lösningar som representanterna tog fram samt en resultatsammanställning av workshopdeltagarnas upplevda koppling mellan behoven och lösningarna.

4.4.1 Behov hos de vårdsökande

Nedan presenteras en sammanfattning av behoven (se kapitel 4.3) som författarna tog fram inför QFD-workshopen. Behoven är att som vårdsökande få:

- information om att andra vårdinstanser finns (speciellt jourcentral) och var dessa ligger
- korrekt information om var vård ska uppsökas vid ett specifikt sjukdoms- eller skadetillstånd
- information om öppettider hos andra vårdinstanser (speciellt jourcentral).
- information om att det är bra att kontakta annan vårdinstans innan vård på DSBUS uppsöks

- komma i kontakt med kvalificerad vårdpersonal samma dag
- bekräftelse på att göra rätt som förälder.

Vidare fanns ytterligare behov som var knutna till den bristande kommunikationen mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser:

- underlätta kommunikation/samarbete mellan 1177 och DSBUS akutmottagning
- underlätta kommunikation/samarbete mellan vårdcentral och DSBUS akutmottagning.

4.4.2 Lösningar

Totalt identifierades åtta lösningar som kunde kategoriseras i form av sådant som berör information till vårdsökande och DSBUS akutmottagnings samverkan med andra vårdinstanser.

Under workshoppen framkom det att en informationstavla utanför akutmottagningen som visar hur DSBUS akutmottagning prioriterar är en lösning som är av informativ karaktär. Denna lösning syftar till att redan utanför sjukhuset informera vårdsökande om att akuten endast är till för akuta fall. Workshopgruppen uttryckte vidare att studiebesök mellan vårdinstanser hade inneburit en möjlighet för DSBUS akutmottagning att påverka samarbetet med andra vårdinstanser. Det framkom även att direktbokningar till vårdcentraler från DSBUS akutmottagning påverkar DSBUS akutmottagnings förmåga att hantera efterfrågan på plats. Konkret innebär det att DSBUS akutmottagning vill ha en möjlighet att personligen kontakta och boka möten på vårdcentraler åt patienter och hänvisa dem vidare dit om barnakuten inte var rätt vårdinstans. Workshopgruppen diskuterade även upprättandet av en jourcentral på DSBUS akutmottagnings sjukhusomt, vilket ytterligare hade påverkat möjligheten att styra efterfrågan på akuten genom att ge patienter ett alternativ till. Vidare ansåg de att feedback mellan DSBUS akutmottagning och 1177 skulle kunna kopplas till en del av behoven, då en stor del av individerna 1177 hänvisade till DSBUS akutmottagning fick en lägre prioriteringsgrad. En informations-TV samt en informationsbroschyr i DSBUS akutmottagnings väntrum var ytterligare förslag på lösningar, med syfte att informera väntande vårdsökande om hur DSBUS akutmottagning prioriterar patienter, alternativa vårdinstanser samt aktuell väntetid på DSBUS akutmottagning. Workshopgruppen föreslog även rådgivning av barnsjuksköterskor från DSBUS akutmottagning till 1177 och vårdsökande, vilket skulle innebära att DSBUS akutmottagning har en barnsjuksköterska tillgänglig för att svara i telefon och ge rådgivning.

4.4.3 Koppling mellan behov och lösningar

Workshopgruppen identifierade graden av koppling varje lösning hade till behoven (se figur 23). Lösningarna poängsattes där höga poäng på lösningen innebär en stark koppling och låga poäng innebär en svag koppling till behoven. Därefter kategoriseras lösningarna i grupper utifrån deras individuella poängsättning. Maxpoäng som varje lösning kan få är 72.

	Serviceelement	Studiebesök mellan vårdinstanser	Direktbokningar till vårdcentraler från DSBUS	Feedback mellan DSBUS och 1177	Rådgivning från barnsjuksköterskor från DSBUS	Informationsbroschyr som beskriver möjliga vårdinstanser	Informations-TV	Jourcentral på sjukhuset	Informationstavla utanför som visar hur DSBUS prioriterar
Behov									
Underlätta kommunikation/samarbete mellan 1177 och DSBUS		●		●	●				
Information till vårdnadshavare om att andra vårdinstanser finns (speciellt jourcentral) och var dessa ligger			○		●	●	●	▽	▽
Underlätta kommunikation/samarbete mellan vårdcentral och DSBUS		●	○			▽		●	
Att som vårdnadshavare få korrekt information om vart vård skall uppsökas vid ett specifikt sjukdoms- eller skadetillstånd			○	●	●	●	●		▽
Information till vårdnadshavare om öppettider hos andra vårdinstanser (speciellt jourcentral)			○		●	●	●	▽	
Att som vårdnadshavare få komma i kontakt med kvalificerad vårdpersonal samma dag			○	▽	●	▽		●	
Information till vårdnadshavare om att det är bra att kontakta annan vårdinstans innan vård på DSBUS uppsöks			○	○	●	●	○		
Bekräftelse på att göra rätt som förälder			▽		●	▽	▽		
Resultat		18	19	22	63	39	31	20	2

Figur 23. House of quality med beräkningar från workshop med personal på DSBUS akutmottagning.

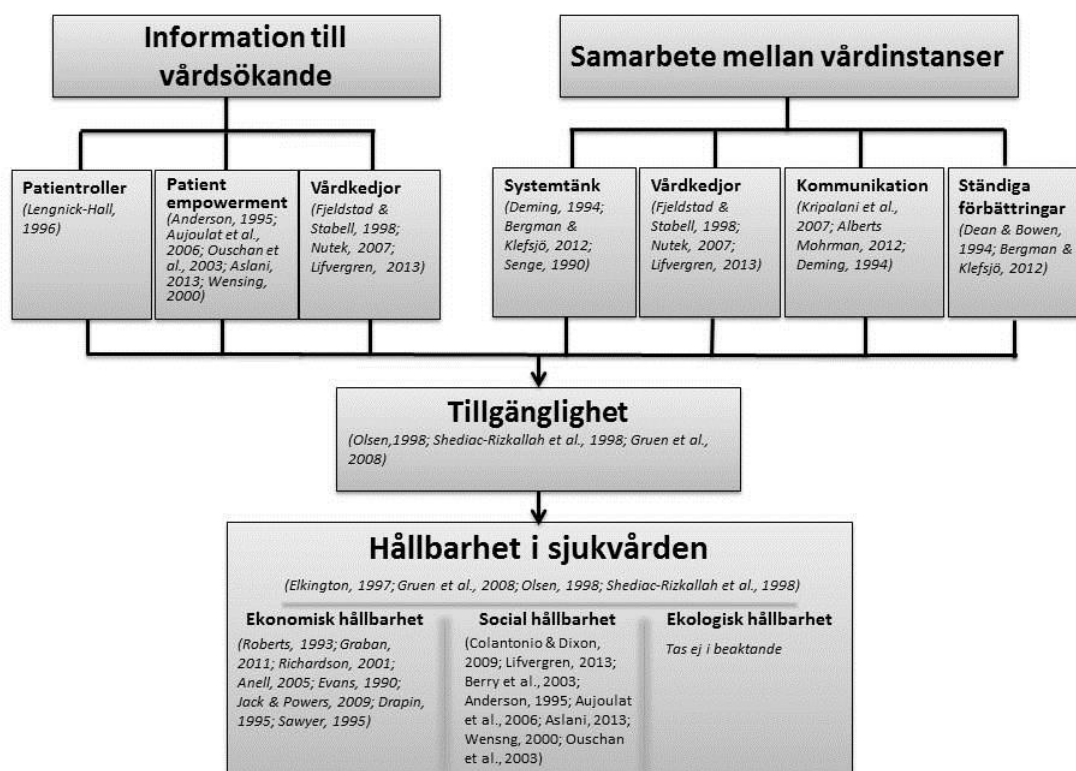
De högst rankade lösningarna, utan någon hänsyn till viktningen mellan behoven, var enligt workshopgruppen rådgivning av barnsjuksköterskor från DSBUS akutmottagning, informationsbroschyr som beskriver möjliga vårdinstanser samt informations-TV. Rådgivning av barnsjuksköterskor från DSBUS akutmottagning var baserat på totalpoäng den mest relevanta lösningen. Lösningen har en stark koppling till alla behov förutom samarbetet med vårdcentraler. Ett genomförande av denna lösning hade då givit utslag i majoriteten av behoven, vilket hade påverkat felmatchningen på sjukhuset. Lösningarna som innebar framtagandet av en informationsbroschyr och en informations-TV hade starka kopplingar med fyra respektive tre av behoven. Användning av dessa två lösningar hade gett en effekt på ett flertal behov, men inte i lika stor utsträckning som de förstnämnda. Gemensamt för de högst rankade lösningarna är att de alla berör informationsaspekten i behoven. Just dessa lösningar blir därför de primära att fokusera på för att påverka felmatchningen i DSBUS akutmottagnings verksamhet.

De lösningar med medelstark eller svag koppling till behoven var enligt workshopgruppen följande: feedback mellan DSBUS akutmottagning och 1177, jourcentral på sjukhuset, direktbokningar till vårdcentraler från DSBUS akutmottagning samt studiebesök mellan vårdinstanser. Alla de ovan nämnda behoven, utom direktbokningar till vårdcentraler från DSBUS akutmottagning, ansåg workshopgruppen vara starkt kopplade till två av behoven. Direktbokningar till vårdcentraler från DSBUS akutmottagning var dock medelstarkt kopplade till sex av behoven. Gemensamt för alla dessa behov är att de behandlar DSBUS akutmottagnings relation till andra vårdinstanser.

Den sista lösningen, en informationstavla utanför som visar hur DSBUS akutmottagning prioriterar, fick 2 av 72 poäng vilket innebär att den inte anses påverka behoven.

5 Analys

I följande kapitel analyseras den insamlade datan med bakgrund i det teoretiska ramverket. Kapitlet bygger på en anpassning av den konceptuella modell som tidigare tagits fram (se figur 24), vilken utgår från de två huvudproblem till felmatchningen som har identifierats i studien: bristande information till vårdsökande och bristande samarbete mellan vårdinstanser. Kapitlet är uppdelat i tre delar, där den första delen behandlar information till den vårdsökande, den andra delen behandlar samarbete mellan vårdinstanser, och den tredje delen sammanfattar dessa två och kopplar dem till tillgänglighet på vård samt ekonomisk och social hållbarhet i enlighet med den konceptuella modellen.



Figur 24. Visar den konceptuella modellen och hur den har använts i analysen.

5.1 Information till vårdsökande

Många av de vårdsökande söker vård på DSBUS akutmottagning utan att först ha varit i kontakt med någon annan vårdinstans. Många av dessa vårdsökande visade sig få låg prioritering och hade därför kunnat vända sig till en annan vårdinstans. För att den vårdsökande ska söka vård på ett sätt som matchar det faktiska vårdbehovet är det betydelsefullt att den vårdsökande har tillgång till information och kunskap om när och var vård ska uppsökas. I studien visade det sig att den vårdsökande ofta vänder sig till rätt vårdinstans när de känner att de har tydlig information. Exempelvis är det få vårdsökande på DSBUS akutmottagning som först har varit i kontakt med barnavårdcentralen då de är

medvetna om att barnavårdcentralen har hand om kontroll av hälsotillståndet hos barn och inte sjukvård.

Genom att fatta beslut om att vända sig till rätt vårdinstans kan den vårdsökande själv minska felmatchningen i vården. Att betrakta den vårdsökande som en extern kund (Bergman & Klefsjö, 2012) som intar olika roller i vårdprocessen kan hjälpa DSBUS akutmottagning att skapa förståelse för hur de ska informera den vårdsökande och om vad det saknas information.

5.1.1 Patientroller på akutmottagningen

Lengnick-Hall (1995) förklarar att patienten intar olika roller från att vård uppsöks till att behandlingen är slutförd. I en sjukvårdskontext introducerades fyra huvudsakliga patientroller: råvara, produkt, medproducent och köpare. Det betyder att patienten ses på olika sätt beroende på var denne befinner sig i vårdprocessen. Då patienten enbart betraktas fram till triageringen vid DSBUS akutmottagning blir produktperspektivet inte intressant i denna studie.

Vid triageringen på DSBUS akutmottagning blir patienten ur vårdorganisationens synvinkel det Lengnick-Hall (1995) beskriver som en form av råvara. Patienten som uppsöker mottagningen har ett skade- eller sjukdomstillstånd som den förväntas behandlas för. För att maximera nyttan av vårdens resurser finns det en strävan hos vårdorganisationen att ta emot rätt råvara, vilket i fallet med DSBUS akutmottagning är detsamma som att rätt patient tas emot. Graban (2011) förklarar att rätt diagnosställning och korrekt vård förkortar vårdprocessen, samtidigt som återbesök i bästa fall kan undvikas. Ur ett rent ekonomiskt hållbarhetsperspektiv vore det med andra ord inte resurseffektivt att behandla patienter vid en vårdinstans som inte matchar deras behov, då den specifika vårdinstansens resurser inte används optimalt. DSBUS akutmottagning upplever idag att det sker en felmatchning, vilket den insamlade datan också styrker. Med synen på patienten som råvara skapas en bättre förståelse för problematiken i felmatchningen, där organisationen ser på patienten på ett sätt, medan patienten har en annan synvinkel.

Ur den vårdsökandes synvinkel är denne en köpare av en vårdtjänst vid DSBUS akutmottagning. Genom att uppsöka en vårdinstans förväntar den vårdsökande sig att få en kvalificerad bedömning av vårdpersonal, och om så behövs även behandling. Den vårdsökandes köparperspektiv finns således alltid närvarande. Det gamla talesättet om att kunden alltid har rätt blir dock inte fullt applicerbart inom vården – när en kund konsumerar en vara eller tjänst fattas besluten normalt sett utifrån det egenupplevda behovet. I den rapport som Nutek publicerade år 2007 förklaras att det inom vården i slutändan är personalen som beslutar vad patienten ska erbjudas. Det är till exempel endast läkaren som har möjlighet att skriva ut en viss medicin till en patient, även om vårdsökande har en annan uppfattning. Ett exempel på när detta kan ge upphov till problem är då fördomar riskerar påverka läkarens bedömning. Författarna upplevde under studien att delar av vårdpersonalen på DSBUS akutmottagning hade fördomen att förstagsångsföräldrar var mer benägna att söka vård felaktigt än andra föräldrar. Denna fördom kunde inte bekräftas, vilket – om vårdpersonalen utgår från denna fördom då de bedömer vårdbehovet hos patienten – kan påverka valet av den

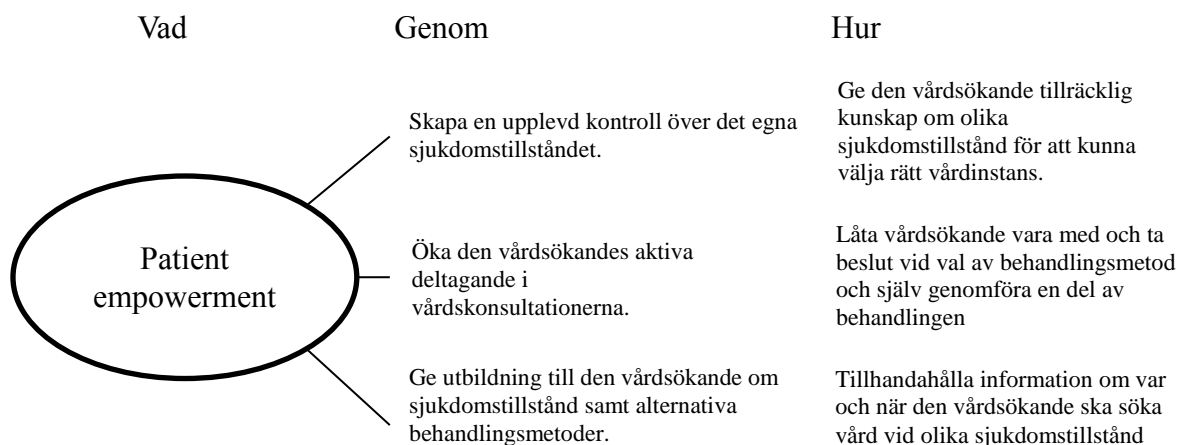
vård som ska erbjudas patienten. En medvetenhet om att fördomen är obefogad kan motverka detta eventuella problem.

Precis som Donabedian (1988) förklarar kan vårdkvaliteten upplevas olika beroende på vem som definierar den. Denna konflikt tycks också vara en orsak till att felmatchning sker vid DSBUS akutmottagning. Många vårdsökande fattade beslut om att uppsöka vård vid DSBUS akutmottagning utifrån sin egen bedömning, trots att de egentligen hade kunnat uppsöka en annan vårdinstans (se figur 18). Mer anmärkningsvärt var att det fanns en betydande andel som uppgav att de inte hade kunnat tänka sig att uppsöka en annan vårdinstans, trots att de egentligen inte var i behov av akutvård (se figur 14). Bland en del vårdsökande verkar det därför saknas en vilja till att överhuvudtaget uppsöka annan vårdinstans. Denna grupp blir särskilt intressant att analysera vidare, då det är svårt att dra några slutsatser kring huruvida de är medvetna om felmatchningsproblemet eller inte. I somliga fall kan det tänkas bero på en kunskapsbrist där den vårdsökande faktiskt tror att akutvården är det enda möjliga alternativet, medan det i andra fall skulle kunna grunda sig på ovilja att uppsöka övriga vårdinstanser av andra skäl. Vad detta visar på är skillnaden mellan det egenupplevda behovet den vårdsökande har som köpare och hur vården ser på den sjuka eller skadade patienten som uppsöker akutvård.

En bidragande orsak till att de vårdsökande uppsöker akutvård på DSBUS akutmottagning när de egentligen inte är i behov av det tycks vara avsaknaden av korrekt information. Under studien framkom att många vårdsökande hade kunnat uppsöka andra vårdinstanser om de hade fått mer information om vilka alternativ som fanns, eller mer information om var de ska vända sig vid ett specifikt sjukdoms- eller skadetillstånd. Detta visar på att det i dagsläget saknas en fullgod syn på vad Lengnick-Hall (1995) beskriver som patientens medproducentroll. Den vårdsökande blir en aktör i vårdkedjan i och med att denne själv fattar beslut om vilken vårdinstans den ska vända sig till för bedömning och eventuell behandling. De vårdsökande på DSBUS akutmottagning tycks för närvarande ofta sakna kunskap om när akutvården är rätt vårdform. Dessutom har de vårdsökande inte tillgång till information kring övriga vårdinstanser och har ett antal behov som organisationen idag inte uppfyller. För DSBUS akutmottagning blir det viktigt att skapa ett engagemang från den vårdsökandes sida genom utbildning, information och ett skapande av inflytande (Lengnick-Hall, 1995). Detta för att stärka den vårdsökandes roll som medproducent.

5.1.2 Att arbeta med patient empowerment för att informera vårdsökande

Ett sätt att arbeta med medproducentrollen är att använda sig av patient empowerment. Centralt för patient empowerment är utbildning och ett säkerställande av att information finns tillgänglig för den vårdsökande (Anderson, 1995; Aujoulat, 2006; Aslani, 2013). Oushan et al. (2003) pratar om att patient empowerment-modellen bygger på den vårdsökandes upplevda kontroll över sjukdomstillståndet, dennes aktivitet vid vårdskonsultationerna och utbildning om sjukdomstillstånd samt alternativa behandlingsmetoder (se figur 25). I denna studie kan vårdskonsultationerna ses som den tid den vårdsökande spenderar i väntrummet innan triagering och själva triageringsprocessen, då den vårdsökande under sin väntan på vård har möjlighet att ta till sig information från sin omgivning.



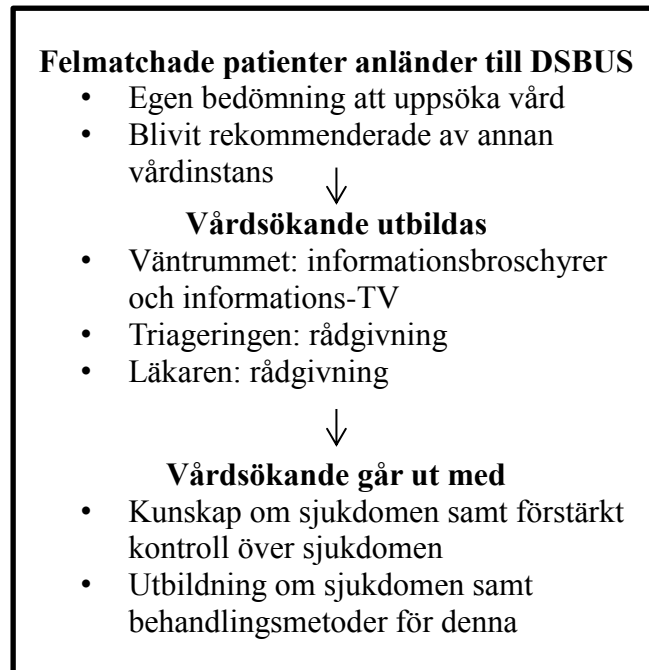
Figur 25. Exempel på hur patient empowerment kan användas som utbildningsmodell i vården. Inspirerad av Oushan et al. (2003).

För att undvika den form av resursslöseri Roberts (1993) och Graban (2011) beskriver, där det är viktigt att rätt behandling ges för att inte resurser ska behöva användas i onödan, har de vårdsökande ett eget ansvar att vända sig till rätt vårdinstans. DSBUS akutmottagning behöver dock informera den vårdsökande om när akutvård är rätt val. Studien visar att de vårdsökandes brist på information och utbildning om hur de ska söka vård är en central orsak till varför felmatchning uppstår. Över hälften av de som valde att besöka DSBUS akutmottagning efter egen bedömning fick blå eller grön prioritering. Genom att utbilda den vårdsökande i enlighet med patient empowerment-modellen (se figur 25) kan varje individ agera som en informerad beslutsfattare vid konsumtion av vård (Jack & Powers, 2009). Därmed skulle den vårdsökande ta bättre beslut vid val av vårdinstans vilket gör det lättare för DSBUS akutmottagning att hantera efterfrågan (Sawyer, 1995). I fallet med DSBUS akutmottagning visade det sig att det främst var information om alternativa vårdinstanser, och när vård vid dessa ska uppsökas, som saknades.

Förslag på tillämpning av patient empowerment framkom under QFD-workshopen. Workshopdeltagarna ville påverka den vårdsökandes sjukdoms- och behandlingskänedom genom att utbilda dem med hjälp av informationsbroschyrer i väntrummet. I dessa skulle de vårdsökande informeras om hur prioriteringen på DSBUS akutmottagning går till, vilka alternativa vårdinstanser som finns och deras öppettider, behandlingsmetoder vid vanliga sjukdomar och dylik information. Vidare skulle de kunna informera de vårdsökande ytterligare med hjälp av en informations-TV i väntrummet som visar väntetider, samt informera om alternativa vårdinstanser. Genom sådan information hade de vårdsökande fått bättre kännedom och kontroll över sjukdomstillståndet och var det är mest lämpligt att söka behandling (se figur 26). De vårdsökande hade övergått från den traditionella behandlingsmodellen där de överlämnar ansvaret över sitt eget sjukdomstillstånd till vårdpersonalen, till en modell där de aktivt tar del i vårdprocessen i samarbete med vårdpersonalen, vilket Anderson (1995) och Aujoulat et al. (2006) menar är syftet med patient empowerment. På så sätt hade de vårdsökande lärt sig söka vård på rätt vårdinstans och blivit

den medproducent i vårdkedjan som Lengnick-Hall (1995) pratar om. Felmatchningen hade kunnat minska i och med att den vårdsökande själv lär sig hitta rätt behandling för sjukdomen.

Att frångå den traditionella behandlingsmodellen och istället låta de vårdsökande ta en del av ansvaret kan dock möta visst motstånd från de vårdsökandes sida. Redan i dagens läge syns, vid datainsamlingen, en motvilja hos de vårdsökande att vända sig till en annan vårdinstans. Dock kan denna motvilja i vissa fall bero på kunskapsbrist vilket gör att patient empowerment-modellen snarare skulle lösa problemet än att skapa ett större problem.



Figur 26. Exempel på hur patient empowerment kan användas vid DSBUS akutmottagning.

5.1.3 Att arbeta med kundnöjdhet och patientfokuserade vårdkedjor

Att informera och utbilda de vårdsökande i enlighet med patient empowerment-modellen är kopplat till patientfokus och kundnöjdhet. Detta då en patient som får delta i sin egen vårdprocess i högre grad känner att den får den vård som den är i behov av (Dean & Bowen, 1994). Det visade sig i studien att DSBUS akutmottagning i vissa fall brister i sitt patientfokus. I en intervju med en representant från DSBUS akutmottagning uppges att de vårdsökande *“ber om ursäkt för att för att de kommer till akuten när de vet att de egentligen inte borde men de har svårt att gå emot en instruktion från 1177, vårdcentral eller jourcentral”*. Detta visar på att den vårdsökande inte känt att den fått den vård den behövde på någon annan vårdinstans. Det visar också på att den vårdsökande inte heller upplevt sig ha något utrymme för att göra egna val i sin vårdprocess. Med hjälp av ökad utbildning av de vårdsökande får dessa möjligheter att aktivt delta i sin egen vårdprocess vilket skulle skapa en högre kundnöjdhet (Dean & Bowen, 1994).

Vidare vore det av vikt för vårdorganisationen som helhet att också övriga vårdinstanser förändrar sin verksamhet och tar en del av ansvaret. Detta då onödig förflyttning av patienter vidare i kedjan då kan reduceras. Ett ökat samarbete kring vilken information och vilka råd som ska ges de vårdsökande från de olika vårdinstansernas sida är viktigt i samband med detta, då det förser de vårdsökande med verktyg för att kunna medverka i sin egen vårdprocess.

Utöver problemet med att patienter förflyttas mellan vårdinstanser har det även visat sig att det är vanligt att de vårdsökande felaktigt väljer att åka direkt till DSBUS akutmottagning. I studien framkom att många söker vård på DSBUS akutmottagning för att de vill träffa kvalificerad vårdpersonal snabbt, vilket också identifierades som ett behov hos den vårdsökande. Tvärtemot vad de förväntar sig blir effekten snarare att de får en låg prioritering och får vänta längre på vård än vad de hade fått göra på en annan vårdinstans. Att förstå hur de vårdsökande tänker blir därför viktigt för att kunna påverka var och när de söker vård. Det blir därmed viktigt med patientfokus (Bergman & Klefsjö, 2012) för att kunna minska felmatchningen.

Ett sätt att arbeta med patientfokus, samtidigt som onödiga förflyttningar av patienter undviks, är att arbeta med patientfokuserade vårdkedjor (Fjeldstad & Stabell, 1998; Nutek, 2007; Lifvergren, 2013). Patientfokuserade vårdkedjor bygger enligt Nutek (2007) på att hela kedjan utformas enligt patientens behov. Exempelvis ska patienter kunna gå direkt från primärvården till en specialist utan att först behöva gå via akutmottagningen (Nutek, 2007). Tanken med att DSBUS akutmottagning ska arbeta med patientfokuserade vårdkedjor är att underlätta för de vårdsökande att komma till rätt vårdinstans direkt. Behövs specialisthjälp ska alltså vårdcentralen känna sig tillräckligt säkra för att kunna skicka patienten direkt till specialisten istället för att först remittera dem till DSBUS akutmottagning. Att få rätt vård direkt istället för att slussas runt kan förväntas öka kundnöjdheten och minska resursanvändandet. Berry et al. (2003) menar att kundnöjdhet kan kopplas samman med det externa perspektivet på socialt hållbarhet i vården där patientens upplevelser står i fokus. Det minskade resursanvändningen kan i sin tur leda till ett mer ekonomiskt hållbart vårdsystem (Roberts, 1993). För att kunna skapa ett hållbart vårdsystem blir det därför viktigt att arbeta både med kundnöjdhet och minskat resursanvändande.

Genom att arbeta med patientfokuserade vårdkedjor blir det svårare för de olika vårdinstanserna att slussa vidare patienter utan att det behövs, vilket är något som vid intervju med vårdpersonal visade sig vara ett problem: *“Och så har en del [patienter] träffat läkare i primärvården men remitterats på lösa eller felaktiga grunder”*. Vid patientfokuserade vårdkedjor krävs det i större utsträckning att vidarekickande av patienter accepteras av nästkommande vårdinstans vilket skulle ställa högre krav på de enskilda instanserna att behandla patienterna efter bästa förmåga. I dagsläget upplevs att så inte alltid är fallet: *“[...] vårdcentral/jourcentral ber om en provtagning som de själva har tillgång till”*. Detta skulle också leda till ett mer hållbart vårdsystem då vårdprocessen förkortas vilket kan reducera kostnader för vårdorganisationen som helhet (Roberts, 1993; Graban, 2011).

Vid arbete med patientfokuserade vårdkedjor blir det nödvändigt för de olika vårdinstanserna att samarbeta för att kunna anpassa vårdkedjan efter patienten. De olika vårdinstanserna måste

ha en förståelse för att alla delar i vårdorganisationen är beroende av och påverkar varandra. Om de enskilda vårdinstanserna endast ser till den egna effektiviteten utan att betrakta systemet som en helhet tenderar problem att flyttas mellan olika delar av kedjan (Senge, 1990; Deming, 1994; Bergman & Klefsjö, 2012).

5.2 Samarbete mellan vårdinstanser

Utöver de vårdsökande som hade tagit beslut om att vända sig till DSBUS akutmottagning utan att först konsultera annan vårdinstans fanns det många som åkte till akutmottagningen då andra instanser hänvisat dem dit. Även hos dessa visade det sig att många fick en låg prioritering och inte hade behövt söka vård på DSBUS akutmottagning. Detta problem grundar sig i ett bristande samarbete mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser vilket gör att de vårdsökande felaktigt skickas vidare eller hänvisas till fel vårdinstans. De olika vårdinstanserna är interna kunder till varandra (Bergman & Klefsjö, 2012) vilket blir viktigt att komma ihåg eftersom alla vårdinstanser bör arbeta tillsammans för att upprätta ett hållbart vårdssystem.

5.2.1 Systemtänk i vårdorganisationen och dess kopplingar till förbättrat samarbete

Ett av de problemområden som framkommit i studien är det tidigare nämnda dilemman med att vårdsökande ofta hänvisas till DSBUS akutmottagning efter kontakt med annan vårdinstans. Då de enskilda vårdinstanserna endast ser till sig själva och inte till helheten löses inte problem utan de överförs istället till en annan del av vårdorganisationen (Senge, 1990). Det krävs med andra ord ett ökat systemtänk inom sjukvården för att felmatchningen ska kunna reduceras.

Att ha ett systemtänk menar Deming (1994) samt Bergman och Klefsjö (2012) är att förstå hur olika delar inom verksamheten är beroende av och påverkar varandra. Med andra ord blir det viktigt för DSBUS akutmottagning att skaffa förståelse för hur andra delar i vårdorganisationen arbetar och hur beslut om förändringar på en vårdinstans påverkar de andra. Ju större beroendet mellan de olika vårdinstanserna är desto viktigare blir det med samarbete och kommunikation dem emellan (Deming, 1994). I studien visade det sig att en del av problematiken kring att vårdsökande felaktigt hänvisas till DSBUS akutmottagning ligger i att det inte finns ett tillräckligt väl fungerande samarbete mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser. Exempelvis upplever 1177 att DSBUS akutmottagning inte svarar i telefon när 1177 ringer för konsultation. Samtidigt upplever DSBUS akutmottagning att 1177 hänvisar de vårdsökande till akutmottagningen även när den vårdsökande exempelvis endast bett om en medicindos.

Att identifiera behov hos olika vårdinstanser för att kunna hitta lösningar som är till fördel för alla är en viktig aspekt i systemtänk (Dean & Bowen, 1994; Slack et al., 2010). Ett exempel på detta är ovan nämnda fall. Både 1177 och DSBUS akutmottagning hade tjänat på att DSBUS akutmottagning hade svarat i telefon när 1177 behöver konsultation. Antalet felmatchade patienter hade minskat till DSBUS akutmottagning samtidigt som 1177 hade känt sig säkrare på de rekommendationer de ger ut. Under QFD-workshopen framkom att det finns en vilja att arbeta med systemtänk hos DSBUS akutmottagning. Det visade sig att de ser hur

en minskad felmatchning kan uppnås genom att hjälpa andra vårdinstanser hänvisa vårdsökande rätt. Detta då en av de viktigaste lösningarna som togs fram för att minska felmatchningen var att tillsätta en barnsjuksköterska som just skulle svara i telefon både när vårdsökande och 1177 behöver konsultation.

En sådan åtgärd är något som också hade påverkat den hållbarhetsfaktor Olsen (1998) kallar organisationens kapacitet, vilken bland annat innefattar koordination av det dagliga arbetet och utformning samt genomförande av tjänster. Genom att svara i telefonen hade DSBUS akutmottagning bidragit till en högre grad av koordination mellan vårdinstanserna och gjort det lättare för 1177 att hänvisa vårdsökande rätt. Genom att arbeta med ett systemtänk på detta sätt, där vårdinstanserna tillsammans söker lösningar som är till gagn för alla, minskar felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans och bidrar sålunda till ett minskat resursslöseri och därigenom också ett mer hållbart vårdsystem (Roberts, 1993; Graban, 2011).

5.2.2 Förbättrad kommunikation ger bättre samarbete

För att patienter ska ges god vård är det inte enbart viktigt att information från DSBUS akutmottagning till vårdsökande är korrekt, utan även att vårdinstanser kommunicerar med varandra. Detta då en effektiv överföring av korrekt och relevant patientrelaterad data, såsom diagnos, behandling och dylikt, är viktig för vårdprocessen (Kripalani et al., 2007). I DSBUS akutmottagnings fall blir detta viktigt, då kartläggning av vårdsökandes vägar dit visar att vårdsökandes beslut om att uppsöka vård vid DSBUS akutmottagning ofta sker genom tidigare kontakt med andra vårdinstanser. Många vårdsökande vid DSBUS akutmottagning tycks kontakta 1177 för rådgivning då vård uppsöks. Bland annat visar enkätundersökningen att över hälften av de vårdsökande som tillfrågats har varit i kontakt med 1177 innan besöket på DSBUS akutmottagning gjordes. Det blir därmed viktigt att bra kommunikation upprättas med 1177 för att vårdsökande ska hänvisas rätt, och för att felmatchningen därmed ska kunna minska. Då enkätundersökningen samtidigt visar att många av de som hade sökt vård via 1177 fick låga prioriteringar och alltså borde ha vänt sig till annan vårdinstans, tycks förbättrad kommunikation mellan de aktuella instanserna kunna bidra till en minskad felmatchning vid DSBUS akutmottagning.

Kripalani et al. (2007) menar att bristande informationsöverföring mellan vårdpersonal kan leda till ett sämre resursutnyttjande i vården, vilket är precis det som sker i och med den felmatchning som uppstår vid DSBUS akutmottagning. Den bristande kommunikationen mellan DSBUS akutmottagning och 1177 visade sig inte vara det enda exemplet på dålig informationsöverföring. Även de vårdsökande som angav att de varit i kontakt med jour- eller vårdcentral innan besöket vid DSBUS akutmottagning fick ofta en låg prioritering väl på akutmottagningen. Genom att underlätta för ett samarbete mellan de olika vårdinstanserna skapas förutsättningar för att skapa en vårdorganisation där varje individ kan hänvisas rätt från början. Detta är något som förespråkas av Alberts Mohrman (2012), som menar att en mer koordinerad vård kan leda till både ökad vårdkvalitet men också möjliggöra kostnads- och tidsbesparingar. Även Graban (2011) förespråkar att bättre samarbete skulle reducera kostnader för samhället och skapa ett i längden hållbart vårdsystem. Under QFD-workshopen framkom ett flertal idéer som skulle kunna vara aktuella för att skapa en bättre fungerande

kommunikation och ett bättre samarbete mellan vårdinstanser. Bland annat skulle genomförandet av studiebesök mellan vårdinstanser kunna bidra till en bättre förståelse dem emellan, och därigenom även ett bättre samarbete.

Vid intervjuer med vårdpersonal visade det sig också att vårdcentraler och jourcentraler i flera fall skickar vidare vårdsökande till DSBUS akutmottagning på grund av upplevd resursbrist hos den egna instansen: *“Enligt de föräldrarna kan de då ha fått höra att vårdcentral/jourcentral inte har tid, inte har kunskapen [...]”* Detta är ett direkt exempel på den problematik Senge (1990) pratar om, det vill säga att instanserna flyttar runt problemen om ett systemtänk inte finns. På grund av att vissa vårdinstanser känner av den egna resursbristen, i form av exempelvis tids- eller kunskapsbrist, flyttar de över problemet till DSBUS akutmottagning. I och med att beslut tagna av exempelvis vårdcentraler direkt kan påverka DSBUS akutmottagning kan det ömsesidiga beroendet anses vara stort. Deming (1994) menar att det då blir extra viktigt med en väl fungerande kommunikation mellan instanserna. Alla vårdinstanser hade alltså tjänat på att kommunicera och samverka med varandra för att på så sätt minska felmatchningen och ta tillvara på de resurser som finns på bästa möjliga sätt.

Ett fungerande samarbete mellan vårdinstanserna kräver ett systemtänk från alla vårdinstansers sida. När ett fungerande samarbete och ett fungerande kommunikationsflöde lyckas etableras kan vårdorganisationerna tillsammans lära sig hantera efterfrågan på vård och sålunda minska felmatchningen mellan vårdinstans och vårdtagare. Även om efterfrågehantering handlar om att få den enskilda individen att välja rätt vårdinstans (Sawyer, 1995), krävs kommunikation mellan de olika vårdinstanserna för att kunna förmedla rätt information till den vårdsökande. Den kommunikation som finns mellan de olika vårdinstanserna för närvarande visade sig, som ovan nämnt, i vissa avseenden vara bristfällig. Med förbättrad kommunikation mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser kan korrekt information ges till de vårdsökande vilket skulle leda till att dessa uppmuntras att ta informerade beslut angående val av vårdinstans, det vill säga utbildas enligt patient empowerment, vilket är något som bland annat förespråkas av Drapin (1995) och Sawyer (1995).

5.2.3 Ständiga förbättringar kräver samarbete

Behovet av att ständigt arbeta med att förbättra verksamheten är något som har belysts i studien. Åtta kundbehov, vilka direkt skulle kunna påverkas av DSBUS akutmottagning, har identifierats. Dessa är sådana som i nuläget inte är fullständigt tillgodosedda av DSBUS akutmottagning. Exempelvis visade enkätundersökningen att de vårdsökande upplever att det för närvarande saknas tillräcklig information rörande alternativa vårdinstanser, vilket är något som gör att de vänder sig till akutmottagningen istället för till en annan vårdinstans. På så vis påverkas inflödet av vårdsökande direkt.

Precis som Dean och Bowen (1994) påpekade är kundbehov ständigt föränderliga, vilket innebär att vårdorganisationen inte får bli statisk. I enkätundersökningen visade det sig att många av de vårdsökande som kommer till DSBUS akutmottagning enbart gör det efter egen bedömning, vilket är något som tyder på att den vårdsökande är benägen att lita på sin egen

förmåga. Att lita på sin egen förmåga behöver nödvändigtvis inte vara något dåligt; en del av de vårdsökande som vänder sig till DSBUS akutmottagning efter egen bedömning tar rätt beslut. Dock tar över hälften av de vårdsökande fel beslut. Vad detta beror på är svårt att avgöra. En teori kan dock vara att sjukvård och hälsa får allt mer uppmärksamhet i media. Berry et al. (2003) menar att den vårdsökande saknar förmågan att filtrera informationen på ett adekvat sätt. Den förändrade mediauppmärksamheten kan sålunda vara en bidragande orsak till att nya behov har skapats hos den vårdsökande som DSBUS akutmottagning nu måste ta hänsyn till. Därför räcker det inte med att organisationen är uppmärksam på det som händer i direkt anslutning till akutmottagningen, utan även de mer generella kontextuella faktorerna måste tas i beaktande för att skapa ett vårdssystem med låg grad av felmatchning och som därigenom är hållbart i längden (Olsen, 1998; Shediak-Rizkallah et al., 1998; Gruen et al., 2008). Såväl omvärlden som kundbehov förändras. Istället för att enbart tillgodose de kundbehov som identifierats i studien bör DSBUS akutmottagning därför ständigt hålla uppsikt efter nya. Om detta inte görs kommer felmatchningsproblematiken inte lösas utan vara något som kvarstår.

Vidare menar Dean och Bowen (1994) att det blir viktigt att ifrågasätta processer och aktiviteter som utförs i dagsläget för att hitta nya och eventuellt bättre lösningar. Den QFD-workshop som genomfördes tillsammans med personal på DSBUS akutmottagning resulterade i ifrågasättanden av befintliga tillvägagångssätt. DSBUS svarar till exempel inte alltid i telefon när 1177 ringer för att be om råd. Med bakgrund av detta togs ett förbättringsförslag fram, som handlar om att DSBUS akutmottagning tillsätter en barnsjuksköterska som alltid kan svara i telefon. Genom att tillsammans översätta de identifierade kundbehoven till lösningar skapades en medvetenhet och förankring av förändringsbehovet hos personalen, vilket är något som också förespråkas av Bergman och Klefsjö (2012). Ett förbättringsförslag som uppkom under QFD-workshopen var att ge ut en informationsbroschyr med information och råd om alternativa vårdinstanser. En sådan broschyr skulle vara en direkt förbättring som förhoppningsvis skulle kunna hjälpa fler vårdsökande att vända sig rätt.

Att se systemet av aktiviteter som bygger upp helheten är något som är väsentligt inom förbättringskunskap (Thor, 2002). Just förbättringskunskap är något DSBUS akutmottagning kan använda sig av för att nå förbättringar inom verksamheten. Att dra nytta av den egna personalens vetande, erfarenhet och reflektioner (Thor, 2002), kan bidra till att identifiera icke uppfyllda kundbehov som sedan kan användas för att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans. Att personalen har mycket kunskap visade sig inte minst vid observationer och intervjuer då det framkom att många av de reflektioner och tankar personalen hade angående felmatchningssituationen i mångt och mycket stämde överrens med det enkätundersökningen visade. Förbättringskunskapen kombinerades under QFD-workshopen med den professionella kunskap personalen har, vilket genererade konkreta förändringsförslag. Att kombinera förändringskunskap och professionell kunskap anses vara grundläggande för att kunna arbeta med ständiga förbättringar och därigenom hela tiden öka kundvärdet (Batalden & Stoltz, 1993).

Problemet med felmatchningen ligger huvudsakligen inte hos DSBUS akutmottagning, utan är istället något som spänner över hela vårdorganisationen. Att arbeta med ständiga förbättringar handlar om att kunna se helheten och det är först när organisationen gör detta som problem kan lösas istället för att flyttas runt (Senge, 1990). Risken med att arbeta med konkreta förändringar på DSBUS akutmottagning utan att samverka med andra vårdinstanser blir att det problem som idag upplevs finnas på DSBUS akutmottagning, alltså att vårdsökande felaktigt vänder sig dit, istället flyttas till exempelvis vårdcentraler eller jourcentraler. Även om DSBUS akutmottagning skulle uppleva att situationen förbättras skapas inte ett i längden hållbart vårdsystem, vilket är målet. Den ekonomiska hållbarheten för systemet påverkas av att vårdsökande vänder sig rätt på en gång (Graban, 2011). Att enbart genomföra förbättringsarbetet i en del av vårdkedjan innebär därför inte nödvändigtvis att det resursgap mellan efterfrågan och tillgängligheten på vård som Evans (1990) och Jack och Powers (2009) pratar om, och som också visat sig existera hos DSBUS akutmottagning, försvinner.

5.3 Summering av analys

Felmatchningen vid DSBUS akutmottagning beror dels på att de vårdsökande i många fall inte får den information de behöver och dels på att DSBUS akutmottagning inte samarbetar tillräckligt väl med andra vårdinstanser. Bättre information till de vårdsökande och ett bättre samarbete mellan vårdinstanser hade lett till en minskad felmatchning och sålunda till att vården blir mer tillgänglig, vilket i sin tur hade resulterat i ett mer hållbart vårdsystem.

Hade de vårdsökande fått tillgång till tillräcklig information skulle de ha kunnat ta mer lämpliga beslut vid val av vårdinstans och sålunda blivit en medproducent i vården (Lengnick-Hall, 1995). Information hade kunnat ges till de vårdsökande utifrån patient empowerment-modellen där de vårdsökande utbildas i väntrummet och under triageringen genom information om vilka andra vårdinstanser som finns, var dessa ligger, vilka öppettider de har och när det är lämpligt att söka vård var. På så sätt skapas också en större kunskap om det egna sjukdomstillståndet och hur detta behandlas. En vårdsökande som får ta del i val kring den egna behandlingen upplever ofta en högre kundnöjdhet (Dean & Bowen, 1994) vilket är viktigt för den sociala hållbarheten i vårdsystemet (Berry et al., 2003).

För att göra det lättare för den vårdsökande att vända sig till rätt vårdinstans bör DSBUS akutmottagning tillsammans med andra vårdinstanser arbeta med patientfokuserade vårdkedjor (Nutek, 2007). För att möjliggöra en implementation av patientfokuserade vårdkedjor måste ett bättre samarbete mellan vårdinstanserna byggas upp. Det krävs ett systemtänk inom vårdorganisationen för att olika vårdinstanser inte enbart ska se till sitt eget bästa och slussa vidare patienter som de kan behandla på den aktuella instansen. Att slussa vidare patienter leder endast till att problem överförs till en annan del av verksamheten vilket gör det svårt att förbättra hela vårdsystemet (Senge, 1990). För att det ska vara möjligt att förbättra samarbetet krävs bättre kommunikation mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser (Alberts Mohrman, 2012). Genom bättre kommunikation hade DSBUS akutmottagning fått reda på vad de kan göra annorlunda gentemot andra vårdinstanser för att

minska felmatchningen. Ett tydligt exempel på detta är att 1177 anser att DSBUS akutmottagning inte svarar i telefon när 1177 ringer och ber om konsultation.

Vid en minskad felmatchning hade inte patienter slussats runt mellan vårdinstanser, vilket hade lett till att resurser hade sparats. Detta då de olika vårdinstanserna inte hade behövt lägga ner tid och pengar på att behandla eller hänvisa vidare patienter som direkt kommer till den vårdinstans de hör hemma. Likaså hade de patienter som inte alls behövde vård stannat hemma istället för att uppta vårdresurser. Som resultat hade vården blivit mer tillgänglig då kötider antagligen hade kunnat minskas. Detta skulle direkt påverka de specifika kontextuella hållbarhetsfaktorerna Olsen (1998) pratar om: nyttjande av och tillgänglighet på vård. Genom att arbeta med att reducera felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans hade det sålunda gått att påverka det som vårdorganisationen normalt inte kan påverka (Olsen, 1998). Genom att förändra de specifika kontextuella hållbarhetsfaktorerna skulle ett mer hållbart vårdssystem kunna skapas.

Det minskade resursanvändandet som den reducerade felmatchningen skulle leda till bidrar också till att skapa en ekonomisk hållbarhet i vården (Roberts, 1993; Graban, 2011). Detta är särskilt önskvärt då det råder en viss problematik inom vården där högre tillgänglighet och bättre kvalitet ska försöka uppnås utan tillförsel av monetära resurser (Lifvergren, 2013). Den ökade tillgängligheten kan också leda till en ökad social hållbarhet i vårdssystemet. Detta då de minskade kötiderna och vetskapen att patienten får rätt behandling direkt kan påverka kundnöjdheten, vilket enligt Berry et al. (2003) är viktigt inom social hållbarhet.

6 Diskussion

I följande kapitel förs en diskussion kring felmatchningsproblemet mellan vårdtagare och vårdinstans vid DSBUS akutmottagning och hur detta har identifierats och behandlats i studien. Även studiens objektivitet och bidrag, samt rekommendationer för vidare forskning behandlas.

6.1 Studiens resultat och analys

Att DSBUS akutmottagning har en tillströmning av vårdsökande som egentligen borde vända sig till en annan vårdinstans är något som har kunnat bekräftas i studien. Det visade sig, som tidigare nämnts, att många av de vårdsökande har en annan syn på var vård ska sökas än vad som egentligen är fallet. Precis som Berry et al. (2003) pratade om råder det alltså en viss problematik eftersom den vårdsökandes ståndpunkt kan skilja sig från vårdinstansens synpunkt. Berry et al. (2003) menar vidare att detta grundar sig i att den vårdsökande inte kan filtrera den information den får från till exempel media på ett adekvat sätt, vilket leder till att vård söks på fel vårdinstans. Att få tillgång till korrekt information blir viktigt för att den vårdsökande ska kunna agera som en informerad beslutsfattare och välja rätt vårdinstans (Jack & Powers, 2009). Genom information utbildas den vårdsökande till att bli en medproducent i vårdprocessen (Lengnick-Hall, 1995). Genom att arbeta med detta kan DSBUS akutmottagning minska felmatchningen och undvika de konsekvenser Ekelund et al. (2012) pekar på med försenade behandlingar för patienter med kritiska tillstånd. Om DSBUS akutmottagning lyckas få den vårdsökande aktiv i medproducentrollen kan de dessutom få resurser över då den vårdsökande tar över en del av arbetet med att välja rätt vårdinstans. De resurser som tidigare gått till att skicka vårdsökande mellan vårdinstanser behöver inte längre läggas på det utan kan nyttjas till annat.

Det visade sig att den vårdsökande i flera fall hade varit i kontakt med en annan vårdinstans innan vård uppsöktes på DSBUS akutmottagning. Många av dessa vårdsökande vände sig till DSBUS akutmottagning, trots att de inte var i behov av akutvård. Detta blir ett problem, precis som Roberts (1993) förklarar, i och med att patienterna får vård som inte överensstämmer med deras behov och därmed slösar både tid och pengar. Även Graban (2011) menar att korrekt vård direkt kan reducera kostnader. Att minska felmatchningen blir då ett sätt att arbeta med problematiken Lifvergren (2013) tar upp; högre tillgänglighet kan uppnås utan att ökade resurser tillförs. Delar inom kvalitetsutveckling kan appliceras för att minska felmatchningen och på så vis reducera kostnaderna (Smith, 2001; Bohmer, 2009). Genom att exempelvis ha ett systemtänk kan kommunikation och samarbete mellan andra vårdinstanser och DSBUS akutmottagning förbättras, och därigenom minska det antal vårdsökande som hänvisas fel efter kontakt med annan vårdinstans.

Att genomföra åtgärder för att minska felmatchningen är något som inte enbart ligger i DSBUS akutmottagnings eget intresse utan också något som såväl de vårdsökande som allmänheten och samhället bör se som önskvärt. Konsekvenserna av den felmatchning som i dagsläget sker är svåra att konkret identifiera, och ligger dessutom utanför den genomförda studiens syfte. Dock kan det tänkas att den rådande felmatchningssituationen leder till längre väntetider för de patienter på akutmottagningen som får en låg prioritering då mer akuta fall

hela tiden får gå före in till läkare. Att då istället kunna vända sig till exempelvis en vårdcentral och få en bokad tid kan antagligen spara både tid och onödig frustration. Dessutom kan en minskad felmatchning ur ett samhällsperspektiv ses som önskvärd då sjukvården är skattefinansierad och en minskad felmatchning sålunda kan spara samhällsresurser (Roberts, 1993). Precis som Lifvergren (2013) och Anell (2005) säger, vill politiker i många fall uppnå en bättre vårdkvalitet och ökad tillgänglighet utan tillförsel av monetära resurser. En minskad felmatchning mellan vårdtagare och vårdinstans kan leda till en högre vårdkvalitet. Genom att minska antalet människor som söker vård på fel instans kan sålunda de resurser som sparas gå till att utveckla kvaliteten på den vård som ges på alla vårdinstanser ytterligare.

Att de våldsökande söker vård på rätt vårdinstans kan i framtiden bli en förutsättning för att Sverige ska lyckas behålla det vårdssystem som finns idag. Ackerby (2013) och Lifvergren (2013) resonerar kring den ekonomiska hållbarhetsproblematiken då befolkningen blir allt äldre, fler sjukdomar kan behandlas, mediciner och behandlingar blir dyrare och den äldre befolkningen ökar i proportion till antalet skattebetalare. Detta kan leda till att vårdsystemet inte har råd med att våldsökande gör fel, det vill säga att de felaktigt söker vård. Likaså blir det då även för kostsamt för vårdsystemet att olika vårdinstanser ska slussa våldsökande vidare utan att det behövs. De insatser som idag kan sättas in för att utbilda de våldsökande och förbättra samarbetet och kommunikationen mellan vårdinstanser kan alltså bli avgörande för vårdsystemets framtid.

I studien har information och kommunikation identifierats som de två viktigaste parametrarna för att kunna uppnå en minskad felmatchning mellan vårdtagare och vårdinstans. Att kunskap och systemtänk är viktiga parametrar för kvalitetsutveckling inom organisationer är något som är känt sedan tidigare. Studien har dock visat hur viktigt det är att ständigt arbeta med dessa faktorer ur ett vårdperspektiv för att kunna få våldsökande att söka vård på rätt vårdinstans.

6.2 Studiens objektivitet och metod

Vid studien har metodtriangulering använts där både kvantitativ och kvalitativ data har samlats in med hjälp av olika metoder. Likaså har information samlats in från olika håll. En del kommer från personal och besökande på DSBUS akutmottagning, medan annan information kommer från de vårdnadshavare som sökt vård någon annanstans än vid DSBUS akutmottagning samt från 1177. I och med att data samlats in från olika håll och på olika sätt ökar studiens objektivitet (Denscombe, 2013) jämfört med om information enbart hade hämtats från DSBUS akutmottagning. Att en viss intervjuareffekt kan ha förekommit vid de genomförda intervjuerna är något som kan ha påverkat studien negativt (Esaiasson et al., 2012; Denscombe, 2013). Detta har dock tagits i beaktande vid analys av transkriberingar från intervjuerna. De delar där intervjuaren ansågs ha påverkat den intervjuades svar togs inte med i analysen, varvid studiens objektivitet inte bör ha påverkats av detta.

Vad gäller val av metod vid genomförandet av studien anses den vara väl lämpad för den typ av forskning som genomförts. Enkätundersökningen tillsammans med intervjuer och observationer gav en såväl bred som djup förståelse för problemet. I takt med att studien fortskred och förståelse för situationen växte uppstod en önskan att hela tiden bredda

datainsamlingen, det vill säga genomföra fler intervjuer och observationer och få in fler svar på enkätundersökningen. Det antal enkäter som samlades in kan dock anses som tillräckligt för att uppfylla denna studies syfte.

QFD-workshopen fyllde sitt syfte och bidrog med att ge konkreta förslag till förbättringsåtgärder som direkt svarade mot de upplevda kundbehoven. Alternativet till en QFD-workshop hade varit att författarna helt själva resonerat sig fram till åtgärdsförslag. Dock skapar QFD-workshopen en tydligare förankring av idéerna i själva organisationen, vilket är något som förespråkas av bland annat Bergman och Klefsjö (2012). QFD-workshopen gav också fördelen att det befintliga "vuxna" lärandet, vilket Thor (2002) menar är en viktig del i förbättringskunskap, som redan finns på DSBUS akutmottagning kunde användas för att få fram idéerna. På grund av dessa fördelar ansågs det lämpligt att QFD användes som verktyg i studien. Dock hade det varit önskvärt att genomföra QFD-workshopen ännu grundligare då förändringsförslagen hade kunnat arbetas igenom bättre och korrelationsmatrisen i house of quality hade kunnat tas fram.

6.3 Studiens bidrag

Studien har bekräftat att det existerar en felmatchning hos DSBUS akutmottagning och bidragit till att kartlägga denna. Studien har dessutom bidragit med framtagandet av konkreta förändringsförslag för att minska felmatchningen till DSBUS akutmottagning. Genomförs dessa skulle det leda till att DSBUS akutmottagning sparar resurser då de inte behöver lägga tid och pengar på att behandla patienter som inte borde vara där. Genomförs förändringsförslagen skulle också situationen för de patienter som verkligen behöver akutvård förbättras då akutvården blir mer tillgänglig.

Studien stärker det påstående Senge (1990) hade om att avsaknaden av ett samarbete inom vårdorganisationen leder till att problem flyttas runt istället för att lösas. Detta syntes bland annat då övriga vårdinstanser på grund av otillräckliga resurser skickar patienter vidare till DSBUS akutmottagning, vilka i sin tur upplever en felmatchningsproblematik som leder till resursbrist. Studien bidrar på så sätt med ytterligare bevis på att kommunikation och samarbete mellan olika vårdinstanser är viktigt. I ett större perspektiv skulle resultatet i denna studie kunna användas som ett underlag för att förbättra vårdorganisationen som helhet i och med att samtliga vårdinstanser gynnas av ett ökat samarbete och bättre kommunikation. Detta då ett gott samarbete reducerar felmatchningen och därmed sparar vårdorganisationens resurser (Graban, 2011). Studien kan med andra ord bidra till ett mer ekonomiskt hållbart vårdssystem. Eftersom vården i Sverige finansieras genom skattemedel betyder detta i sin tur att samhällets resurser sparas och kan användas på ett bättre sätt.

6.4 Rekommendationer för vidare forskning

För vidare studier hade det varit intressant att samla in ny data och analysera den statistiskt, då detta hade kunnat utreda orsaker och samband på ett annat sätt än vid den deskriptiva dataanalysen. Exempelvis hade det varit intressant att titta på historisk data för att kartlägga vid vilka tider felmatchning uppstår. Detta då många vårdsökande uppgav att de valde akuten till följd av att inga andra instanser var öppna vid tidpunkten för vårdbesöket. Att undersöka

samband mellan förändringar i primärvårdens öppettider och tillströmning av vårdsökande till akutmottagningen hade därför också varit intressant.

Ett annat behov som var vanligt var att vårdsökande ville träffa kvalificerad vårdpersonal samma dag. Många vårdsökande uppgav att en garanti på att få träffa läkare hade fått dem att vilja uppsöka en annan vårdinstans. Det hade därför varit intressant att undersöka hur primärvården är organiserad och hur detta påverkar patienttillströmningen till DSBUS akutmottagning.

Då flera av de behov som har identifierats även berör andra vårdinstanser kan det vara intressant att undersöka även dessa för att se om felmatchningsproblemet existerar även där. Om det visar sig att så är fallet skulle den breda undersökningen där fler vårdinstanser involveras, ge bättre stöd för att genomföra förändringar inom hela vårdorganisationen. Med bakgrund i studien kan övriga vårdinstanser som anses vara värda att undersöka vara 1177 och vårdcentraler.

Vidare studier som syftar till att implementera möjliga lösningar i verksamheten kan därför använda grunderna av det house of quality som tagits fram i detta arbete. Först måste dock kompletteringar göras på det som inte hanns med under workshopen.

6.5 Studiens generaliserbarhet

Upplägget på DSBUS akutmottagning liknar det som finns på andra akutmottagningar, och inkluderar till exempel ett väntrum och en triagering, med möjlighet till obokade patientbesök. Den insamlade datan bör främst vara generaliserbar för andra barnakuter då patienttillströmningen till dessa kan tänkas likna varandra även om de ligger på olika platser i Sverige. Teorin i denna studie befinner sig på en generell nivå och kan tillämpas på de flesta vårdtjänster.

Resultatet av studien bör vara användbart för verksamheter med liknande struktur som DSBUS akutmottagning, såsom andra akutmottagningar som inte enbart riktar sig mot barn. Det bör påpekas att i fallet med en barnakut är inte patienten alltid beslutsfattare, vilket är fallet vid en akutmottagning som riktar sig mot alla åldrar. Andra vårdinstanser, så som primärvården, borde delvis kunna tillämpa resultatet i studien då de också kan uppleva ett felmatchningsproblem som grundar sig i bristande information till vårdsökande och bristande kommunikation mellan vårdinstanser. Lösningar på problem med informationsbrist skulle också kunna lösa problem med samarbete mellan vårdinstanser. Samtidigt kan de implementeras var för sig. Verksamheter som endast har problem med informationsbrist eller endast problem med samarbete mellan vårdinstanser skulle kunna använda sig av lämpliga lösningar för att lösa problem inom något av dessa problemområden.

7 Slutsats

Följande avsnitt syftar till att besvara studiens frågeställningar och dess övergripande syfte.

Vilka är de vanligaste vägarna för patienter in till akutmottagningen vid DSBUS?

Med utgångspunkt i den data som har samlats in framkom det att de primära vägarna för patienter innan de uppsöker vård på DSBUS akutmottagning är att kontakta 1177, att rekommenderas av en vårdcentral genom besök eller per telefon eller att inte kontakta någon annan vårdinstans alls. Dessa alternativ var klart mer representerade än övriga vårdinstansalternativ i den enkätundersökning som genomfördes i väntrummet på DSBUS akutmottagning. Detta kunde också styrkas av uttalanden från personer inom organisationen under intervjuer och observationer som genomfördes.

Varför söker vårdsökande felaktigt vård på DSBUS akutmottagning och vilka behov kan identifieras hos dessa vårdsökande?

Det visade sig att orsakerna till varför de vårdsökande felaktigt söker sig till DSBUS akutmottagning kunde sorteras i kategorierna bristande information till de vårdsökande och bristande samarbete mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser. Bristande information till de vårdsökande handlar om att de vårdsökande inte har tillgång till tillräcklig information för att kunna vända sig till en lämpligare vårdinstans. Det gäller både information rörande andra vårdinstanser, men också om olika sjukdomstillstånd samt om och var dessa bör behandlas. Bristande kommunikation mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser medför att det blir svårt för dessa att hänvisa patienterna vidare till rätt vårdinstans.

Utifrån den data som samlades in under studien kunde ett antal behov hos de vårdsökande till DSBUS akutmottagning identifieras. Dessa behov är starkt sammankopplade till varför de vårdsökande vänder sig felaktigt till DSBUS akutmottagning. Behoven är att som vårdsökande få:

- information om att andra vårdinstanser finns (speciellt jourcentral) och var dessa ligger
- korrekt information om var vård ska uppsökas vid ett specifikt sjukdoms- eller skadetillstånd
- information om öppettider hos andra vårdinstanser (speciellt jourcentral)
- information om att det är bra att kontakta annan vårdinstans innan vård på DSBUS uppsöks
- komma i kontakt med kvalificerad vårdpersonal samma dag
- bekräftelse på att göra rätt som förälder.

Vidare fanns ytterligare behov som var knutna till den bristande kommunikationen mellan DSBUS akutmottagning och andra vårdinstanser:

- underlätta kommunikation/samarbete mellan 1177 och DSBUS akutmottagning
- underlätta kommunikation/samarbete mellan vårdcentral och DSBUS akutmottagning.

Hur kan DSBUS akutmottagning arbeta för att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans?

Tillsammans med vårdpersonal på DSBUS akutmottagning genomfördes en workshop för att hitta lösningar som tillgodoser de vårdsökandes behov. Följande potentiella lösningar diskuterades fram:

- informationstavla utanför som visar hur DSBUS akutmottagning prioriterar
- studiebesök mellan vårdinstanser
- direktbokningar till vårdcentraler från DSBUS akutmottagning
- jourcentral på DSBUS akutmottagning sjukhustomt
- feedback mellan DSBUS akutmottagning och 1177
- informations-TV
- informationsbroschyr i väntrummet på DSBUS akutmottagning
- rådgivning av barnsjuksköterskor från DSBUS akutmottagning.

En förändrad syn på den vårdsökandes kundroll skulle kunna minska felmatchningen. Genom att utöka den befintliga bilden av den vårdsökande från enbart den råvara som behandlas, till att också omfatta rollen som medproducent i vårdprocessen skulle DSBUS akutmottagning bli tvungna att lägga större vikt vid information och utbildning till den vårdsökande. Sådan information och/eller utbildning är tätt sammankopplad med patient empowerment och skulle syfta till att lära den vårdsökande att välja rätt vårdinstans så att denne själv har kunskap att minska felmatchningen.

Det visade sig dessutom under studiens gång att många problem inte påverkas av DSBUS akutmottagnings agerande, varvid det blir nödvändigt att ha ett systemtänk för att kunna minska felmatchningen. DSBUS akutmottagning bör alltså betrakta sig själva som en del i en större vårdkedja där exempelvis 1177 samt vård- och jourcentraler också ingår. Genom att arbeta med att få ett starkt samarbete med, och god kommunikation mellan, vårdinstanserna ges förutsättningar för att lösa problem som uppkommer istället för att flytta runt dem mellan instanserna. Genom att erbjuda varandra stöd och hjälp och att vara medvetna om varandras situation och problem kan vårdinstanserna på så sätt tillsammans skapa förutsättningar för att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans.

Vidare krävs det att DSBUS akutmottagning inte blir statiska i sitt tänk, utan att de fortsätter att arbeta med att förbättra verksamheten och identifiera kundbehov. Detta då kundbehov är ständigt föränderliga. Dessutom bör DSBUS akutmottagning rikta uppmärksamhet mot bredare samhällsfaktorer, exempelvis trender i media, för att på så vis kunna identifiera mer generella faktorer som kan påverka efterfrågan på vård. Skapas det en medvetenhet om de behov kunden har för att kunna söka vård på rätt vårdinstans blir det enklare för DSBUS akutmottagning att anpassa sig efter dem.

7.1 Studiens svar mot sitt syfte

Syftet med studien är att bidra till ett mer hållbart vårdsystem för DSBUS akutmottagning genom att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans. Detta genom att studera patientflöden till DSBUS akutmottagning för att kunna förstå orsakerna till felmatchningen på

vårdinstansen och därigenom kunna ge förbättringsförslag. Genom enkätundersökning, intervjuer och observationer skapades en god bild av patientflödet till DSBUS akutmottagning. Detta tillsammans med en litteraturstudie gav dessutom insikt i varför de vårdsökande vänder sig till DSBUS akutmottagning. Då förståelse finns för orsakerna bakom beslutet att uppsöka vård på en viss instans, är det möjligt att ge förslag på hur DSBUS akutmottagning kan arbeta med att minska felmatchningen mellan vårdtagare och vårdinstans för att på så vis uppnå ett bättre resursutnyttjande och ett i längden hållbart vårdsystem.

8 Rekommendationer

Följande avsnitt presenterar de rekommendationer som författarna anser att DSBUS akutmottagning bör fokusera ytterligare på, mot bakgrund av svaren på studiens frågeställningar.

8.1 Rekommendationer till DSBUS

Rekommendationerna riktar sig till DSBUS akutmottagning och kan delas in i två kategorier. Den första kategorin behandlar vilken information DSBUS rekommenderas ge de vårdsökande och hur denna bör förmedlas. Den andra tar upp vikten av att DSBUS samarbetar med andra vårdinstanser. I vardera kategori presenteras först de förbättringsförslag som rekommenderas på kort sikt och följs av de som rekommenderas på längre sikt.

DSBUS akutmottagning rekommenderas informera de vårdsökande om när akutvård bör och inte bör sökas. Vidare behöver de vårdsökande information om öppettider hos andra vårdinstanser, var de finns och när det är lämpligast att uppsöka dem. DSBUS akutmottagning rekommenderas att distribuera ut informationen till de vårdsökande genom informationsbroschyrer och genom en informations-TV i väntrummet.

Informationsbroschyerna rekommenderas även innehålla information om det färgbaserade prioriteringssystem som DSBUS akutmottagning tillämpar och vad de olika färgerna innebär för patienten. Informations-TV:n bör visa den ungefärliga väntetiden innan läkarbedömning, som vardera prioriteringsgrupp har.

DSBUS rekommenderas på längre sikt sträva efter att införa ett ökat arbete med patientfokuserade vårdkedjor, samt att arbeta enligt patient empowerment-modellen. Detta kräver dock att de vårdsökande lämnar det traditionella tankesättet kring sin egen vård, det vill säga att de inte lägger över hela ansvaret för sin sjukdom på läkaren. De bör istället agera som medproducent i sin egen vårdprocess och ta till sig den utbildning som krävs för att de ska kunna och vilja ta ett större ansvar för sin vårdprocess. Vidare krävs att de olika vårdinstanserna samarbetar så att de kan vara enhetliga i den information och utbildning som de vårdsökande ges. Då kundbehov är ständigt föränderliga rekommenderas DSBUS akutmottagning vidare att fortsätta arbeta med att kartlägga dessa och förändra sin verksamhet därefter.

För att få ett bättre systemtänk och förbättra samarbetet med andra vårdinstanser rekommenderas DSBUS akutmottagning att ta emot studiebesök från och genomföra studiebesök hos andra vårdinstanser. Detta för att alla vårdinstanser ska kunna sätta sig in i varandras verksamhet och på så vis kunna samarbeta bättre. Vidare rekommenderas DSBUS akutmottagning att förbättra sitt samarbete med 1177. Detta kan göras genom att tillsätta en anställd som svarar i telefon då 1177 ringer för rådgivning. Vidare rekommenderas även att ett direktbokningssystem uppförs. På detta sätt blir det möjligt för DSBUS akutmottagning att boka en tid på en annan vårdinstans för den vårdsökande som kommit fel, i bästa fall samma eller påföljande dag.

På längre sikt vore det bra om en jourcentral uppfördes på DSBUS sjukhustomt. Detta är dock något som inte DSBUS akutmottagning själva kan besluta över. Den lösning som kom fram

under QFD-workshopen som uppfyller kundbehoven bäst, är att en barnsjuksköterska som kan ge rådgivning både till 1177 och till de vårdsökande tillsätts. Detta kan ses som en relativt stor investering varvid den kan tänkas ligga längre fram i tiden.

Källförteckning

- Ackerby, S. (2013) Sweden's health care future: Is universal access in peril?. *Inroads*, nr. 33, s. 38.
- Alberts Mohrman, S., Shani, A. (2012) *Organizing for Sustainable Health Care*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited. (Organizing for Sustainable Effectiveness: 2).
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A. (2006) *Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?*. Bryssel: Université Catholique de Louvain.
- Anderson, R. (1995) Patient Empowerment and the Traditional Medical Model. *Diabetes Care*, vol. 18, nr 3, ss. 412-415.
- Anell, A. (2005) Swedish healthcare under pressure. *Health Economics*, vol. 14, nr S1, ss. 237-254.
- Arvidsson, L-B., Boman, D., Hedlin, A., Månsson, M. (2012) *Tillgänglighet på akuten*. Hörby: Region Skåne. (Revisorskollegiet rapport: 5-2012).
- Aslani, P. (2013) Patient empowerment and informed decision-making. *International Journal of Pharmacy Practice*, vol. 21, nr 6, ss. 347-348.
- Batalden, P. B., Stoltz, P. K. (1993) A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, vol. 19, nr 10, ss. 448-452.
- Bate, P., Robert, G. (2006) Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care*, vol. 15, nr 5, ss. 307-310.
- Bate, P., Robert, G. (2007) Toward more user-centric OD: Lessons from the field of experience-based design and a case study. *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 43, nr 1, ss. 41-66.
- Bergman, B., Klefsjö, B. (2012) *Kvalitet från behov till användning*. 5:e upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Berry, L., Seiders, K., Wilder, S. (2003) Innovations in Access to Care: A Patient-Centered Approach. *Annals of Internal Medicine*, vol. 139, nr 7, ss. 568-574.
- Bohmer, R. (2009) *Designing Care: Aligning the Nature and Management of Health Care*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Boonyanuwat, N., Suthummanon, S., Memongkol, N., Chaiprapat, S. (2008) Application of quality function deployment for designing and developing a curriculum for Industrial Engineering at Prince of Songkla University. *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, vol. 30, nr 3, ss. 349-353.
- Bouchereau, V., Rowlands, H. (2000) Methods and techniques to help quality function deployment (QFD). *Benchmarking: An International Journal*, vol. 7, nr 1, ss. 8-20.

- Bryman, A. (2006) Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?. *Quantitative research*, vol. 6, nr 1, ss. 97-113.
- Bäcklund Reboia, I. (2011) Undersökningar på barnavårdscentralen. *1177 Vårdguiden*. <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Undersokningar/Undersokningar-pa-barnavardscentralen/> (2014-04-03).
- Calltorp, J. (1999) Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val!. *Läkartidningen*, vol. 96, nr 21, ss. 2566-2568.
- Colantonio, A., Dixon, T. (2009) *Measuring Socially Sustainable Urban Regeneration in Europe*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Dean, J., Bowen, D. (1994) Management theory and total quality: improving research and practice through theory development. *Academy of Management Review*, vol. 19, nr 3, ss. 392-418.
- Deming, W. (1986) *Out of the Crisis*. Cambridge: The MIT Press.
- Deming, W. (1994) *The new economics for industry, government, education*. 2:a upplagan. Massachusetts: The MIT Press.
- Denscombe, M. (2013) *The Good Research Guide: For small-scale social research projects*. 4:e upplagan. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Dijkstra, L., van der Bij, H. (2001) Quality function deployment in healthcare: Methods for meeting customer requirements in redesign and renewal. *International Journal of Quality & Reliability Management*, vol. 19, nr 1, ss. 67-89.
- Donabedian, A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, vol. 260, nr 12, ss. 1743-1748.
- Drapin, L. (1995) Demand management links consumers, information to healthcare system. *Health Management Technology*, vol. 16, nr 9, ss. 8-9.
- Dubois, A., Gadde, L-E. (2002) Systematic combining: an abductive approach to case research. *Journal of Business research*, vol. 55, nr 7, ss. 553-560.
- Ekelund, U., Nordberg, M., Tadjerbashi, K., Khoshnood, A. (2012) Överbelastning på akutmottagningen – svensk definition behövs. *Läkartidningen*, vol. 109, nr 16, ss. 792-793.
- Elkington, J. (1997) *Cannibals with Forks*. Oxford: Capstone Publishing Limited.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Wängnerud, L. (2012) *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 4:e upplagan. Vällingby: Nordstedts Juridik.
- Evans, M. (1990) The “Management” of Demand for Health Care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 3, nr 2, ss. 5-10.
- Fjeldstad, Ø. D., Stabell, C. B. (1998) Configuring Value for Competitive Advantage: On Chains, Shops, and Networks. *Strategic Management Journal*, vol. 19, nr 5, ss. 413-437.
- Garvin, D. (1988) *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*. New York: Free Press.

- Graban, M. (2011) *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety and Employee Engagement*. 2:a upplagan. New York: CRC Press.
- Gremyr, I., Raharjo H. (2011) Quality function deployment in healthcare: a literature review and case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 26, nr 2, ss. 135-146.
- Gruen, R., Elliot, J., Nolan, M., Lawton, P., Parkhill, A., McLaren, C., Lavis, J. (2008) Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *The Lancet*, vol. 372, nr 9649, ss. 1579-1589.
- Gustavsson, S. (2013) *The customer in focus: Patient roles in designing and improving care processes*. Göteborg: Chalmers tekniska högskola. (Licenciatavhandling inom Institutionen för teknikens ekonomi och organisation. Industriell kvalitetsutveckling).
- Hauser, J., Clausing, D. (1988) The House of Quality. *Harvard Business Review*, vol. 66, nr 3, ss. 63-73.
- Holweg, M., Pil, F. (2001) Successful Build-to-order strategies start with the customer. *MIT Sloan Management Review*, vol. 43, nr 1, ss. 74-83.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D. C.: National Academies Press.
- Jack, E., Powers, T. (2009) A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care service. *International Journal of Management Reviews*, vol. 11, nr 2, ss. 149-174.
- Jacobsson, T. (2012) Operations Management in Healthcare: Principles for creating swift even patient flow and increased accessibility. I *International Conference ARCH12 and Forum Vårdbyggnad Nordic Conference*. 12-14 november, 2012, Göteborg.
- Juran, J., De Feo, J. (2010) *Juran's Quality Handbook: The Complete Guide to Performance Excellence*. 6:e upplagan. New York: McGraw-Hill Professional.
- Jonsson, L., Larsson, L. (2008) *Framgångsrika logistiska förändringsprinciper i hälso- och sjukvård*. Linköping: Linköpings universitet. (Examensarbete inom Institutionen för Ekonomisk och Industriell Utveckling. Logistik).
- Kallenberg, J., Johansson, U. (2014) Om 1177 Vårdguiden. *1177 Vårdguiden*, <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Om-1177/Om-1177/> (2014-04-03).
- Kripalani, S., Lefevre, F., Phillips, C., Williams, M., Basaviah, P., Baker, D. (2007) Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*, vol. 297, nr 8, ss. 831-841.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur.

- Lengnick-Hall, C. A. (1995) The patient as the pivot point for quality in health care delivery. *Hospital and Health Services Administration*, vol. 40, nr 1, ss. 25–39.
- Lengnick-Hall, C. A. (1996) Customer Contributions to Quality: A Different View of the Customer-Oriented Firm. *The Academy of Management Review*, vol. 21, nr 3, ss. 791-824.
- Lifvergren, S. (2013) *Quality Improvement in Healthcare*. Göteborg: Chalmers tekniska högskola. (Doktorsavhandling inom Institutionen för teknikens ekonomi och organisation. Industriell kvalitetsutveckling).
- Lim, P. C., Tang, N. (2000) The development of a model for total quality healthcare. *Managing Service Quality*, vol. 10, nr 2, ss. 103-111.
- Mayo, E. (1945) *The social problems of an industrial civilization*. Oxford: Graduate School of Business Adminis.
- Olsen, I. (1998) Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, vol. 13, nr 3, ss. 287-295.
- Ouschan, R., Sweeney, J., Johnson, L. (2003) The dimensions of patient empowerment: a chronic illness consultations perspective. I *World Marketing Congress*. 11-14 juni, 2003, Perth.
- Pope, C., Ziebland, S., Mays, N. (2000) Qualitative research in healthcare: Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, vol. 320, nr 7227, ss. 114-116.
- Richardson, J. (2001) Supply and Demand for Medical Care: Or, Is the Health Care Market Perverse?. *Australian Economic Review*, vol. 34, nr 3, ss. 336-352.
- Roberts, I. (1993) Quality Management in Health Care Environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 6, nr 2, ss. 25-35.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2013) *Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus – lite fakta*. http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/omrade_1/Folder%20DSBUS%205%20mars.pdf (2014-01-22).
- Sawyer, N. (1995) Management Of Health Care From The Demand Side. *The Case Manager magazine*, vol. 6, nr 5, ss. 96-102.
- Senge, P. (1990) *The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization*. New York: Dumbleday Currency.
- Shediak-Rizkallah, M., Bone, L. (1998) Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practices and policy. *Health Education Research*, vol. 13, nr 1, ss. 87-108.
- Slack, N., Chambers, S., Johnston, R. (2010) *Operations management*. 6:e upplagan. Harlow: Pearson Education Limited.
- Smith, J. (2001) Redesigning health care: radical redesign is a way to radically improve. *British Medical Journal*, vol. 322, nr 7297, ss. 1257-1258.

Socialstyrelsen (2006) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Bohus: Ale Tryckteam.

Socialstyrelsen (2009) *Nationella indikatorer för God vård*. Stockholm: Socialstyrelsen. (Socialstyrelsen artikel: 2009-11-5).

Särndal, C., Lundström, S. (2006) *Estimation in Surveys with Nonresponse*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Thor, J. (1997) TQM – Framgångsrikt kvalitetssystem: Amerikansk sjukvård tillämpar metod från industrin. *Läkartidningen*, vol. 94, nr 1-2, ss. 53-58.

Thor, J. (2002) Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården. *Läkartidningen*, vol. 99, nr 34, ss. 3312-3314.

Nutek (2007) *Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential*. Stockholm: Nutek. (Nutek rapport R 2007:13).

Wallén, G. (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. 2:a upplagan, Lund: Studentlitteratur.

Wensing, M. (2000) Evidence-based patient empowerment. *Quality in Health Care*, vol. 9, nr 4, ss. 200-201.

Bilaga 1 – Enkät till vård sökande

Enkät: vägen till akutmottagningen

Den här enkäten är en del av ett kandidatarbete som görs av studenter på Industriell ekonomi-programmet på Chalmers.

Syftet är att ta reda på vilka beslut som tagits innan besöket vid akutmottagningen. Dina svar är anonyma.

Hur gammalt är barnet som du söker vård för?

_____ år _____ månader

Vilken relation har du till barnet som du söker vård för?

Vårdnadshavare Släkting Skolpersonal Annat: _____

Vem fattade beslutet att söka vård för barnet?

Jag Annan vårdnadshavare Annan: _____

Vilket tillstånd hos barnet fick dig att söka vård idag?

Har ni varit i kontakt med någon annan vårdinstans eller vårdupplysningsinstans innan ni fattade beslutet att åka till akutmottagningen? Markera med siffror i vilken ordning kontakten skedde. Den ni besökte först markeras 1.

1177 (sjukvårdsupplysningen) 112 (nödnummer) Skolhälsovård
Vårdcentral (ringt)

Vårdcentral (besökt) Barnvårdscentral (ringt) Barnvårdscentral (besökt)

Jourcentral (ringt) Jourcentral (besökt) Annan: _____ Nej

När ni valde vilken vårdinstans ni sökte vård hos, varför valde ni akutmottagningen? Du kan fylla i mer än ett svar.

Egen bedömning Läst på internet Rekommendation från annan vuxen

Rekommendation från 1177 (sjukvårdsupplysningen) Rekommendation från
vårdcentral/barnvårdscentral

Har varit här tidigare Akuten ger bra hjälp Vill träffa specialist

Inget annat är öppet Känner inte till någon annan vårdinstans

Annat: _____

Vilka vårdinstanser känner du till som erbjuder vård för ditt barn samma dag? Du kan fylla i mer än ett svar.

Kunde något ha fått er att välja en annan vårdinstans? Du kan fylla i mer än ett svar.

Hjälpt att hitta alternativ Garanti på att få träffa läkare på barnvårdscentralen/vårdcentralen nästa dag

Mer information om jourcentral Mer information om vårdcentral

Annat: _____ Nej

Har du besökt Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus akutmottagning tidigare?

Ja Nej

Om ja, vad tyckte du om vårdupplevelsen? Markera med ett kryss mellan 1 och 5.

5. Mycket bra 4. Bra 3. Varken eller 2. Dålig 1. Mycket dålig

Vilken är din högsta avslutade utbildning?

- Grundskola Gymnasium eller motsvarande Högskola upp till tre år Högskola över tre år Vill inte uppge

Hur många barn har du?

_____ barn

Kön?

- Kvinna Man Annat Vill inte uppge

Vilka språk talas i ert hem?

- Svenska Engelska Annat språk Vill inte uppge

Vilket postnummer bor ni på?

- Vill inte uppge Postnummer: _____

Tack för ditt deltagande. Lämna lappen till sköterskan som gör första bedömningen.

Denna del fylls i av personalen. Triageresultat: _____

Poll: The Way to the Emergency Room

This survey is part of a bachelor thesis work being done by students of the Industrial Engineering program at Chalmers.

The aim is to find out what decisions are taken before the visit to the emergency room. Your responses are anonymous.

How old is the child that you are seeking medical care for?

_____ years _____ months

What is your relationship to the child that you are seeking care for?

Legal guardian Family member School staff Other:

Who made the decision to seek medical care for the child?

I did Another legal guardian did Other: _____

What's the condition of the child that caused you to seek medical care today?

Have you been in contact with any other health care unit or health enlightenment unit before you made the decision to go to the emergency room? Mark with numbers in the order contact occurred. Mark your first visit with 1, and so on.

1177 (health care information number) 112 (emergency number) School health services Clinic (called) Clinic (visited) Children's clinic (called) Children's clinic (visited) On call clinic (called)

On call clinic (visited) Other:

_____ No

When you chose what care unit you sought treatment at, why did you choose the emergency room? You can fill in more than one answer.

Own assessment Read online Recommendation from other adult
 Recommendation from 1177 Recommendation from clinic/children's clinic
 Have visited before The emergency room provides good assistance Want to meet specialist
 Nothing else is open Do not know of any other health care unit
 Other: _____

Which health care units, do you know of, which provides care for your child on the same day? You can fill in more than one answer.

Could anything have led you to choose a different health care unit?

Help finding alternatives Warranty on seeing a doctor at the children's clinic/clinic the next day
 More information about on call clinic More information about clinic
Other: _____ No

Have you visited the Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus emergency room in the past?

Yes No

If yes, what did you think of the care experience? Mark with a cross between 1 and 5.

5. Very good 4. Good 3. Neutral 2. Bad 1. Very bad

What is your highest completed education?

- Junior high school High school College up to three years College over three years Prefer not to disclose

How many children do you have?

_____ children

Gender?

- Female Male Other Prefer not to disclose

What languages are spoken in your home?

- English Swedish Other language Prefer not to disclose

Zip code? Example: 123 45

- Prefer not to disclose Zip code: _____

Thank you for your participation. Leave the paper to the nurse who makes initial assessment.

Denna del fylls i av personalen. Triageresultat: _____

Bilaga 2 – Intervjufrågor till sektionsledare vid DSBUS

Vad innebär det att patienten fått blå prioritering?

Vad innebär det att patienten fått grön prioritering?

Bilaga 3 – Intervjufrågor till överläkare vid DSBUS akutmottagning

Vad har du för utbildningsbakgrund?

Vilken är din befattning, och hur länge har du jobbat på Drottning Silvias?

Hur stor andel av de fall som inkommer till akuten skulle du uppskatta kunde ha vänt sig till primärvården istället?

Varför tror du att de ändå söker sig till akuten?

Tror du att färre fall skulle söka sig till akuten om föräldrarna hade mer kunskap om vilken typ av tillstånd som kräver akut vård?

Hur ser ni på trade off-förhållandet mellan kapacitet och flexibilitet när det kommer till bemanning?

Påverkar personalens befogenheter eller utbildningsnivå (med tanke på att sjukhuset är ett utbildningssjukhus) deras möjlighet att ge god och effektiv vård?

Tror du att förändringar i primärvårdens organisation har gett upphov till fler besök på akuten?

Bilaga 4 – Frågor till vårdnadshavare som inte befann sig på DSBUS akutmottagning

Har du sökt oplanerad sjukvård för ditt barn?

(oplanerad = har skett vid ett tillfälle då barnets tillstånd kräver sjukvård de närmsta dagarna)

Har det skett vid ett eller flera tillfällen?

Om flera: Fokusera på det senaste tillfället.

Sökte ni vård på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus akut?

Om ja: Finns det något tillfälle då du inte sökt sjukvård hos Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus? Fokusera på det tillfället.

Om nej: Vart sökte ni vård?

Hur resonerade ni kring valet av sjukvårdinstans?

Var du förstagsångsförälder vid tillfället?

Vilket tillstånd hos barnet fick dig att söka vård?

Var det du som fattade beslutet om att söka oplanerad sjukvård?

Varför sökte du inte vård på akuten?

Var ni i kontakt med någon annan vårdinstans eller vårdupplysningsinstans innan ni fattade beslutet?

- 1177 (sjukvårdsupplysningen)
- 112 (nödnumret)
- Skolhälsovården
- Vårdcentral ringt/besökt
- Jourcentral ringt/besökt

Upplevde du att det var rätt vårdinstans att söka sig till?

Om nej: Vilken annan vårdinstans tror du hade varit bättre lämpad?

Vilka vårdinstanser känner du till som erbjuder vård för ditt barn under samma dag?

(Vårdinstans = plats för att söka vård)

Hur gammalt var barnet vid vårdtillfället?

Vad tyckte du om vårdupplevelsen på en skala mellan 1 och 5, där 5 är mycket bra, 3 är varken eller och 1 är mycket dålig.

Vart vänder du dig när du behöver söka rådgivning om sjukvård?

Vad har du för relation till barnet du söker vård för?

Hur många barn har du?

Hur gammalt är barnet/barnen?

Vilket är ditt kön?

Vilka språk talas i ert hem?

Vilken är din högsta avslutade utbildningsnivå?

- Grundskola
- Gymnasium eller motsvarande
- Högskola upp till 3 år
- Högskola över tre år

Bilaga 5 – Intervjufrågor till representant för 1177

Hur går resonemanget när ni rekommenderar vårdnadshavare att söka akutvård?

40 % av de som söker baserat på en rekommendation från er fick grön prioritet vid triagering, vilket kan tolkas som att de kunde ha sökt till en annan vårdinstans. Vad har ni för tankar kring det?

Upplever ni på 1177 något behov kopplat till det här problemet?

Ser ni någon möjlig lösning? Skulle man kunna göra något annorlunda?

[N.N.] som är överläkare på DSBUS berättar att han träffat en representant från 1177 som sagt att vissa av deras rådgivare medvetet hänvisar barn till akuten trots att de vet att barnen egentligen ska till primärvården. De motiverade det med att rådgivarna vet att delar av primärvården ändå inte tar hand om barnen. Är det också din uppfattning? Hur skulle man kunna göra det annorlunda?

Hur fungerar kommunikationen mellan er och DSBUS? Upplever ni att ni får tillräckligt stöd och återkoppling från DSBUS?

Bilaga 6 – Etikprövning av s.k. studentarbeten och arbeten under ST-utbildning

Arbeten som utförs inom ramen för högskoleutbildning, s.k. studentarbeten, på grundnivå eller på avancerad nivå är inte forskning i etikprövningslagens mening. De behöver därmed inte prövas av den regionala etikprövningsnämnden, EPN.

Däremot krävs prövning av studentarbeten på forskarnivå. Detta regelverk gäller även vetenskapliga arbeten inom läkares specialistutbildning.

Undantaget från kravet på prövning av studentarbeten kom till 2008 därför att regeringen ansåg att studenter på denna nivå inte bör åläggas det ansvar som det innebär att bedriva verksamhet där det finns risk att skada människor fysiskt, psykiskt eller integritetsmässigt. Men samtidigt uttalades det att det förutsätts att arbeten inom ramen för utbildning bedrivs under etiskt säkerställda och trygga former. Men detta ansvar ligger på utbildningsanordnaren vilket framgår av högskolelagen.

Det är tydligt att det finns gränsdragningsproblem och vissa arbeten som genomförs av personer under utbildning kan kräva prövning av nämnden. Centrala etikprövningsnämnden har uttalat att det gäller framförallt om:

- Arbetet kan komma att bli en del i ett doktorandarbete, d.v.s. att arbetet avses bli en del antingen i någon annans doktorandprojekt (och då är det denne eller – helst – dennes handledare som bör anges som projektansvarig) eller i studentens eget doktorandprojekt, som då utförs på forskarnivå och därmed omfattas då av etikprövningslagen (varvid det i första hand bör vara studentens handledare som anges som projektansvarig).
- Arbetet genomförs som en del i en etablerad forskares projekt där avsikten är att presentera resultaten i vetenskapliga sammanhang, vilket innebär att projektet i själva verket inte är ett studentarbete utan ett vanligt forskningsprojekt (och även i dessa fall bör givetvis den etablerade forskaren anges som projektansvarig)

För studentarbeten som baseras på registerdata från t.ex. Socialstyrelsen krävs i allmänhet ett godkännande från en EPN för att få tillgång till data.

Det bör observeras att EPN aldrig kan godkänna ett projekt i efterhand. Därför är det viktigt att ansökningar lämnas in ifall det föreligger osäkerhet om projektet omfattas av etikprövningslagen. Kansliet vid EPN liksom de vetenskapliga sekreterarna kan ge allmänna råd (vilket inte är det samma som ett rådgivande yttrande) men kan aldrig ge ett bindande förhandsbesked; för detta krävs en

komplett ansökan. Om nämnden skulle finna att projektet inte omfattas av lagen kan nämnden, om forskaren önskat det, avge ett rådgivande yttrande.

Kontaktuppgifter, sammanträdestider och kostnadsuppgifter finns på www.epn.se. Kostnaden för en etikprövning är som regel 5000 kronor.

Sammanfattningsvis gäller för studentarbeten på grundnivå och på avancerad nivå att man inte rutinmässigt behöver lämna in en ansökan. Projekt, oavsett om de genomförs under utbildning eller ej, som avses att bli publicerade i vetenskapliga sammanhang såsom i en internationell vetenskaplig tidskrift brukar uppfattas som forskning, och de bör därmed prövas av EPN; vid tveksamhet ska ansökan göras, eftersom den enligt ovan aldrig kan göras i efterhand.

Att skriva en forskningsetikansökan kan i sig innebära en träning i vetenskapligt arbete. Ofta är det därför lämpligt att studenten utarbetar ett förslag, men själva ansökan bör i sin slutliga form dock inte lämnas in av studenten utan av studentens handledare, d.v.s. av den projektansvarige (som givetvis måste ha ett fullgott CV, vilket ska bifogas ansökan.).