



CHALMERS

Verksamhetsutveckling inom slutna psykiatrisk vård

En fallstudie baserad på principer för Lean
produktion och teorier om psykosocial arbetsmiljö

Examensarbete inom högskoleingenjörprogrammet Ekonomi och produktionsteknik

VIKTORIA ANDRÉASSON

PAULINE PETTERSSON HAGERFORS

EXAMENSARBETE E2017:077

Verksamhetsutveckling inom sluten psykiatrisk vård

En fallstudie baserad på principer för Lean produktion och teorier om psykosocial arbetsmiljö

VIKTORIA ANDRÉASSON
PAULINE PETTERSSON HAGERFORS

Handledare: Torbjörn Jacobsson

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation
Avdelningen för Service Management and Logistics

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2017

Verksamhetsutveckling inom sluten psykiatrisk vård

En fallstudie baserad på principer för Lean produktion och teorier om psykosocial arbetsmiljö

Operations management within psychiatric inpatient care

A case study based on Lean production principles and theories about psychosocial work environment

© VIKTORIA ANDRÉASSON & PAULINE PETTERSSON HAGERFORS, 2017.

Examensarbete E2017:077

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Avdelningen för Service Management and Logistics

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

SE-412 96 Göteborg

Sverige

Telefon + 46 (0)31-722 1000

Chalmers Reproservice


Göteborg, Sverige 2017

FÖRORD

Vårt intresse för verksamhetsutveckling inom sjukvården väcktes under hösten 2016 i samband med en föreläsning med Torbjörn Jacobsson som handlade om Lean inom sjukvården. Vi insåg vid detta tillfälle att de teorier vi i utbildningen vanligtvis tillämpar på industrin, också kan användas i andra typer av organisationer. Vi tyckte att denna nya infallsvinkel var såpass intressant att vi valde att kontakta *Centre of Healthcare Improvement* på Chalmers Tekniska Högskola för att undersöka möjligheten att skriva vårt examensarbete inom sjukvården.

Via *Centre of Healthcare Improvement* kom vi i kontakt med den slutna psykiatriska avdelningen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset som studien genomförts på. Examensarbetet utformades i samarbete med avdelningen och utgör 15 högskolepoäng på högskoleingenjörsutbildningen *Ekonomi och produktionsteknik* vid Chalmers Tekniska Högskola. Vi har under examensarbetet fått användning för många av de kurser som utbildningen innefattar.

Först och främst vill vi tacka vårdenhetsöverläkaren och vårdenhetschefen för att ni gav oss möjligheten att skriva vårt examensarbete på avdelningen. Vidare tackar vi övrig personal på avdelningen som varit hjälpsamma under studiens gång. Slutligen vill vi tacka Torbjörn Jacobsson, som passande nog blev vår handledare under examensarbetet, för all hjälp och stöttning. Torbjörn har från första stund motiverat oss till att göra vårt allra bästa och genom sin kunskap inom ämnesområdet väglett oss under studiens gång. Dina kloka livsråd kommer vi aldrig att glömma, tack för dem.



Viktoria Andréasson



Pauline Pettersson Hagerfors

SAMMANFATTNING

Den svenska sjukvården kännetecknas av brister i samarbetet inom vårdkedjor. Det råder även bristande kontinuitet i uppföljningen av patienter som skrivs ut och vårdpersonalen upplever både hög fysisk och psykisk arbetsbelastning. Inom den psykiatriska specialistsjukvården är personalomsättningen hög vilket försvårar arbetet och försämrar vården för psykiskt sjuka patienter. Vidare har den psykiska ohälsan kraftigt ökat de senaste tio åren i Sverige, en ökning som ser ut att fortsätta i samma riktning de kommande åren.

Studien har genomförts på en sluten psykiatrisk avdelning för bipolära patienter vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet är att belysa avdelningens styrke- och problemområden samt presentera lösningsförslag och hur de kan implementeras. Genom observationer och semistrukturella intervjuer med personal på avdelningen har en nulägesanalys genomförts. Lösningsförslag har sedan utvecklats med grund i produktionsfilosofin Lean produktion och teorier inom psykosocial arbetsmiljö. Därefter har rekommendationer kring implementering av lösningsförslagen utifrån John Kotters åttastegsmodell tagits fram.

Den samlade uppfattningen bland personalen, vilket också bekräftades under observationer och intervjuer, är att avdelningen är välfungerande och det är vissa områden som utmärker sig. Avdelningen kännetecknas av god arbetsgemenskap, bra patientbemötande, engagerat ledarskap samt driven personal som har möjlighet att påverka sitt arbete. Vidare ligger avdelningen i framkant i flertalet prestationsmätningar jämfört med andra avdelningar på kliniken. Trots att avdelningen fungerar bra, har problemområden identifierats på avdelningen. Några av problemen är att introduktionen av underläkarna och kuratorn är bristfällig, att omsättningen av underläkare är hög samt att den psykiska arbetsbelastningen upplevs som hög. Det råder även oklarheter kring aktuella rutiner och hur de kommuniceras ut. Slutligen har kommunikationen inom de samordnade vårdinsatserna, också kallat vårdkedjan, förbättringspotential och den sittande rondens tar mycket tid i anspråk.

Lösningsförslagen innefattar bland annat en standardiserad introduktion för samtlig personal, att vårdenhetsöverläkaren involveras i rekryteringsprocessen av underläkare och deltar på avdelningens arbetsplatsträffar samt att en kurator anställs heltid på avdelningen. Vidare föreslås verktyget 5S för rutiner, att faxsystemet avvecklas och att studiebesök utförs inom vårdkedjan. Slutligen rekommenderas att avdelningen införskaffar en digital skärm för inbokade läkarsamtal samt inför en så kallad patientcentrerad rond.

Resultaten från studien kan utgöra en grund för andra liknande psykiatriska avdelningars förbättringsarbeten. Slutligen ges rekommendationer för fortsatta studier inom vårdkedjan men också inom det svenska vårdssystemet i stort.

Nyckelord: verksamhetsutveckling, sluten psykiatrisk vård, Lean produktion, psykosocial arbetsmiljö.

SUMMARY

The Swedish health care system is characterized by inadequate co-operation within healthcare chains. There is also an insufficient continuity in the follow-up of patients who are discharged from care units and health professionals experience both high physical and mental workloads. The turnover within the psychiatric specialist care is high, which complicates the work and degrades the care of mentally ill patients. In addition, mental illness has increased sharply in Sweden over the last ten years, an increase which seems likely to continue during the years to come.

The study has been conducted at a psychiatric inpatient care unit for bipolar patients at Sahlgrenska University Hospital. The purpose of the study is to highlight the unit's strength and problem areas, as well as to present improvement suggestions and how they can be implemented. Through observations and interviews with health professionals at the unit, a current-situation analysis has been made. Improvement suggestions have also been developed based on Lean production and theories within psychosocial work environment. Subsequently, recommendations are presented regarding implementation of the suggested improvement based on Kotter's eight-step model.

The health care unit is generally well functioning and characterized by a good work environment, good patient contingency, committed leadership and driven employees who are able to influence their work. In addition, the unit is at the leading edge of most performance measurements compared to other units at the clinic.

Inadequate introduction of the assistant physicians and curator, high turnover of the assistant physicians and experienced high workload are some of the improvement areas identified at the unit. In addition, there are ambiguities about current routines and how they are communicated. Finally, the co-operation with the bipolar centre is deficient and the sitting round is very time-consuming.

The improvement suggestions includes a standardized introduction for all new employees, that the operation's chief physician is involved in the recruitment process of the assistant physicians and in the unit's workplace meetings. It is also recommended that a full time curator should be employed at the unit, the 5S tool is proposed for routines, the fax system is suggested to be phased out and study visits should be done within the care chain. Finally, it is recommended that the unit acquires a digital screen for planned medical sessions for patients and a so-called patient-centered round should be implemented.

The result from the study can provide a basis for the improvement work at other psychiatric units. Finally, the study presents recommendations on continued studies within the care chain, but also within the bipolar healthcare system in general. The report is written in Swedish.

Keywords: operations management, psychiatric inpatient care, Lean production, psychosocial work environment.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte	2
1.3 Avgränsningar	2
1.4 Frågeställningar	2
2. Teoretisk referensram	3
2.1 Standardiserat arbetssätt	3
2.2 Ständiga förbättringar	5
2.3 Psykosocial arbetsmiljö	7
3. Metod	12
3.1 Datainsamling	12
3.2 Analys av data	14
3.3 Reliabilitet och validitet	14
3.4 Generaliserbarhet	15
4. Nulägesbeskrivning	16
4.1 Platsbeskrivning	16
4.2 Patientflöde	21
4.3 Arbetssätt och rutiner	26
4.4 Förbättringsarbete	30
4.5 Psykosocial arbetsmiljö	32
4.6 Avdelningens styrkeområden	36
5. Diskussion	38
5.1 Problemområden och teoretisk förankrade lösningsförslag	38
5.2 Implementering av lösningar genom Kotters åttastegsmodell	48
6. Slutsats	51
6.1 Svar på frågeställningarna	51
6.2 Fortsatta studier	53
Referenser	54
Appendix I - Mindre problemområden	59
Appendix II - Det interna styrkortet för kliniken januari-april 2017	60

BETECKNINGAR

ADL	Aktiviteter i det dagliga livet
ApoDos	Portionsförpackade mediciner
APT	Arbetsplatsträff
AT	Allmäntjänstgöring
ECT	Psykiatrisk behandlingsform genom elektrisk stimulering
Elvis	Journalssystem som huvudsakligen används i öppenvården
HSL	Frivillig vård
LPT	Tvångsvård
Melior	Journalssystem som huvudsakligen används i slutenvården
SAMSA	Samordnat vård- och omsorgsplaneringssystem med kommunen
SSK	Sjuksköterska
ST	Specialisttjänstgöring
SU	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
TEAM	Sittande rond
UL	Underläkare
VEC	Vårdenhetschef
Vårdkedja	En serie av samordnade vårdinsatser
VÖL	Vårdenhetsöverläkare

RAPPORTENS DISPOSITION

Nedan följer en läsanvisning till rapportens sex kapitel i syfte att underlätta förståelsen för rapportens struktur och innehåll.

KAPITEL 1

I rapportens första kapitel beskrivs bakgrunden till problemet och frågeställningarna definieras.

KAPITEL 2

Det andra kapitlet presenterar studiens teoretiska referensram vilken består av principer, teorier och definitioner inom Lean produktion och psykosocial arbetsmiljö.

KAPITEL 3

Under kapitel tre beskrivs studiens upplägg. Valet av metoder motiveras och studiens arbetssteg beskrivs.

KAPITEL 4

Det fjärde kapitlet utgörs av en nulägesbeskrivning av avdelningen och en beskrivning av personalens uppfattning om situationen på avdelningen. Under nulägesbeskrivningen identifieras de problemområden som behandlas i rapportens femte kapitel. Kapitlet avslutas med en beskrivning av avdelningens styrkeområden.

KAPITEL 5

Kapitel fem är studiens diskussionskapitel. Här presenteras de problemområden som identifierats på avdelningen samt vad de troligen resulterar i. Efter varje problemområde följer lösningsförslag baserade på studiens teoretiska ramverk och lösningsförslagen sammanfattas sedan i en tabell. Den sista delen av diskussionskapitlet utgörs av ett förslag på hur lösningarna kan genomföras för att säkerställa att de lyckas. Implementeringsstrategin bygger på Kotters (1996) teorier om förändringsarbete.

KAPITEL 6

Rapportens slutsats presenteras i det sjätte kapitlet. Här redogörs för erfarenheter från studien och en trovärdighetsanalys presenteras. Avslutningsvis redogör slutsatsen för svaren på studiens frågeställningar samt områden för fortsatta studier.

1. INLEDNING

Kapitlet inleds med bakgrunden till studien. Vidare beskrivs studiens syfte, avgränsningar samt frågeställningar.

1.1 BAKGRUND

Enligt en rapport från OECD är den svenska sjukvården bland den bästa i världen men trots detta finns stora utmaningar (Svenska Dagbladet, 2013). Det råder bland annat brister i samarbetet inom vårdkedjor och vården har dåliga förutsättningar för att följa upp de patienter som skrivs ut efter svår sjukdom. Det ställs också höga krav på vårdpersonal inom svensk hälso- och sjukvård. Under åren 2008-2013 var hög arbetsbelastning orsaken till 30 % av vårdpersonalens sjukskrivningar (Arbetsmiljöverket, 2015). Vidare har bristande sociala och organisatoriska faktorer lett till ytterligare 28 % av det totala antalet sjukskrivningar under dessa år. "Hög personalomsättning inom den psykiatriska specialistsjukvården försvårar arbetet med en enhetlig och sammanhållen vård för patienterna" hävdar Inspektionen för vård och omsorg (2016). Statistik från regeringskansliet visar dessutom att antalet patienter med psykisk ohälsa kraftigt ökat de senaste tio åren och ökningen ser ut att fortsätta i samma riktning (Mellgren, 2013).

Studien har genomförts på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning för patienter med bipolär sjukdom tillhörande Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Avdelningen har 14 vårdplatser och är knuten till en bipolärmottagning i öppenvården. Syftet med vården på avdelningen är att stabilisera patienternas tillstånd genom medicinering, elbehandlingar, aktiviteter och begränsningar under deras mani- eller depressionstillstånd. Bland personalen på avdelningen råder en gemensam uppfattning om att belastningen är hög och att tiden inte räcker till, men åsikterna är splittrade kring vad detta beror på. Vissa menar att de inte hinner samtala med patienterna på det sätt de önskar på grund av hög belastning av administrativt arbete. Andra anser att de inte hinner dokumentera i den uträkning de skulle vilja. Samtlig personal på avdelningen upplever att patientkontakten i vissa fall blir åsidosatt. Eftersom det inte finns någon gemensam bild av vilka områden som bör förbättras på avdelningen kommer därför en nulägesanalys utföras. I syfte att klargöra situationen på avdelningen kommer en identifiering av styrke- och problemområden ske samt lösningsförslag presenteras. Förhoppningen är att studiens resultat ska kunna användas inom fler organisationer, främst inom slutenvården.

1.2 SYFTE

Syftet med studien är att identifiera styrke- och problemområden på en slutenspsykiatrisk avdelning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vidare presenterar studien teoretiskt förankrade lösningsförslag till de problemområden som identifierats och rekommendationer ges för implementering av lösningarna. Slutligen presenterar studien rekommendationer för fortsatta studier. Resultatet av studien förväntas kunna utgöra en grund för andra liknande slutenspsykiatriska avdelningars förbättringsarbeten.

1.3 AVGRÄNSNINGAR

Projektet avgränsades till en avdelning för patienter med bipolär sjukdom vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset med fokus på verksamhetsutveckling. Studien utfördes från slutet av januari 2017 till och med slutet av maj 2017. Eftersom bemanning och arbetsprocesser på avdelningen skiljer sig åt under nätter och helger och behovet fanns att begränsa studiens omfattning, har observationer och intervjuer endast skett dagtid under veckodagarna. Undersökningar kring patientbehandlingar har inte utförts eftersom studien inte innefattar några medicinska aspekter. Inga intervjuer har heller genomförts med patienter. Hänsyn har inte tagits till ekonomiska aspekter och ingen jämförelse har gjorts med andra avdelningar. Inga möjliga lösningsåtgärder implementerades i samband med studien.

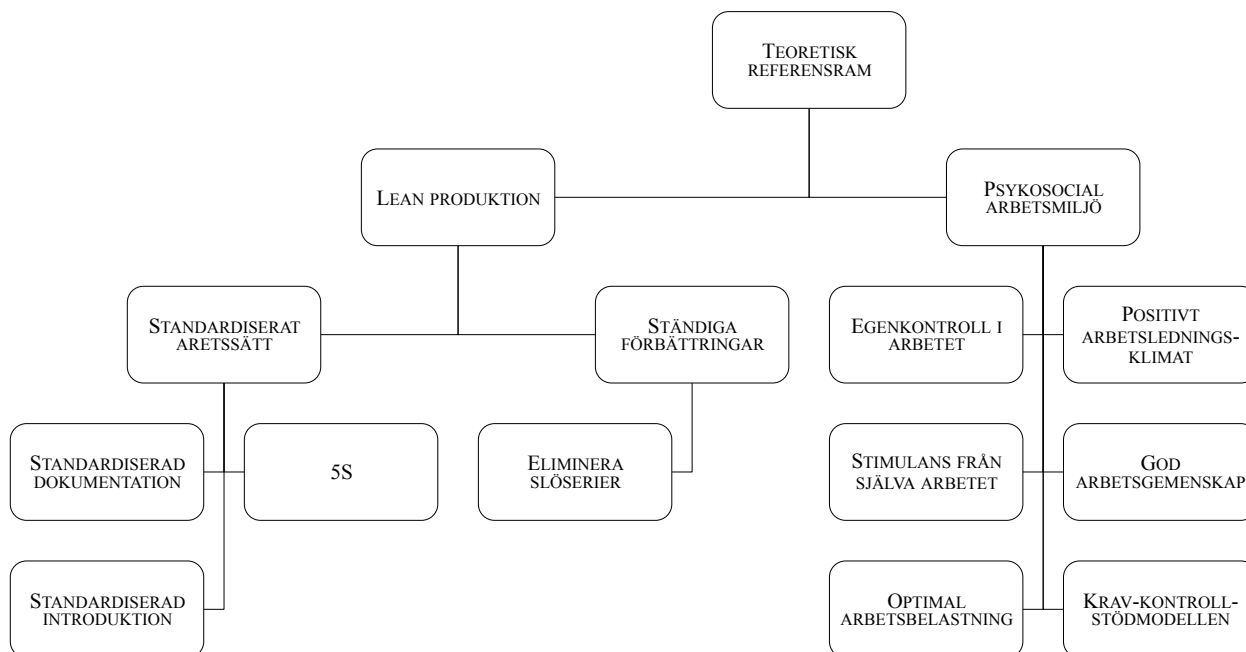
1.4 FRÅGESTÄLLNINGAR

Utifrån bakgrunden och syftet besvarar studien följande frågeställningar:

- Vilka styrkeområden kan identifieras på avdelningen?
- Vilka problemområden kan identifieras på avdelningen?
- Vilka lösningsförslag kan åtgärda de identifierade problemområdena och hur kan de implementeras?

2. TEORETISK REFERENSRAM

Studiens teoretiska referensram bygger på principer för Lean produktion och teorier om psykosocial arbetsmiljö. Avgränsningar har gjorts inom respektive ämnesområde vilket illustreras i figur 2.1 nedan.



Figur 2.1: Översikt över den teoretiska referensramen.

Standardiserat arbetssätt och *ständiga förbättringar* är principer baserade på Lean produktion och utgör den första delen studiens teoretiska referensram. Den andra delen behandlar teorier inom *psykosocial arbetsmiljö*.

2.1 STANDARDISERAT ARBETSSÄTT

Lean produktion är en verksamhetsstrategi som främjar flödeseffektivitet (Modig & Åhlström, 2016). Lean har sitt ursprung i bilindustrin i Japan på 1950-talet. Enligt Lean är införandet av standardiserade processer och rutiner utgångspunkten att skapa förbättringar i en organisation (Liker & Meyer, 2006). Enligt Bukowski (2014) leder ett standardiserat arbetssätt inom vården till ökad säkerhet, ökad patienttillfredsställelse och enhetlig vård.

Framtagandet av standardiserade processer utgår från att välja de metoder som ger bästa möjliga resultat och sedan standardisera dem (Liker & Meyer, 2006). Inom Lean produktion i sjukvården sätts patienten i fokus med syfte att effektivisera patientflödet (Chalice, 2007). På Karolinska Universitetssjukhuset har arbetet med flödesförbättringar inspirerats av Lean produktion och där består flödesförbättringarna av tre steg (Sandholm, 2011):

1. Framtagning av standardiserade arbetsätt.
2. Implementering av de standardiserade arbetsätten.
3. Ständiga förbättringar.

Under flödesförbättringarna på Karolinska Universitetssjukhuset konstaterades att ständiga förbättringarna inte kan utföras innan de standardiserade arbetsätten är stabila.

2.1.1 5S

5S är en effektiv metod för att standardisera en arbetsplats (Venkateswaran, Nahmens & Ikuma, 2013). Metoden, som har sitt ursprung i det japanska språket, utvecklades av Takshi Osada på 1970-talet och är ett verktyg inom Lean produktion (Randhawa & Ahuja, 2017). Det är en metod för att visuellt skapa förbättring på arbetsplatsen genom ordning och reda (Graban, 2009). 5S står för sortera, systematisera, städa, strukturera och skapa vana, se tabell 2.1.

Tabell 2.1: 5S enligt Hadfield och Holmes (2006).

Seiri	Sortera	Spara det nödvändiga och släng det onödiga.
Seiton	Systematisera	Skapa en plats för visualisering av materialet.
Seiso	Städa	Städa regelbundet och skapa en standard.
Seiketsu	Strukturera	Se till att standarden upprätthålls.
Shitsuke	Skapa vana	Ständig förbättring, skapa disciplin och engagemang för en stabil arbetsplats.

5S kan användas i de flesta typer av organisationer och genom att utnyttja metoden inom sjukvården kan en global patientsäkerhet skapas eftersom metoden kan utnyttjas på alla sjukhus världen över (Leotsakos et al., 2014).

2.1.2 STANDARDISERAD INTRODUKTION

Det har visat sig att en nyanställds introduktion på arbetsplatsen har stor betydelse för dennes anpassningsprocess eftersom det är under introduktionen som attityden till arbetsplatsen grundas (Rubenowitz, 2004). Genom att strukturera upp och standardisera introduktionen förhindras situationer där viktiga moment glöms bort. Vidare ökar trivseln och den nyanställdes upplevda säkerhet inför arbetet. Om rätt instruktioner lämnas från början, påskyndas också inläringen och olycksfall förebyggs. En standardiserad introduktion kan dessutom leda till att personalomsättningen minskar.

När en nyanställd ska introduceras på en arbetsplats är det den närmast överordnade som ska presentera arbetsplatsen, kollegorna, lönen och arbetsuppgifterna (Rubenowitz, 2004). Dessutom är det den närmast överordnade som ska förklara vilka normer och värderingar som råder bland de anställda. En god ledare bör vara med och utforma introduktionsprogrammet samt ha förståelse för introduktionens betydelse för den nyanställde och organisationen som sådan. För att säkerställa att den nyanställde har någon att fråga om det dagliga arbetet och introduceras för kollegorna, kan en erfaren anställd väljas ut som "fadder".

Enligt Rubenowitz (2004) är en checklista ett bra verktyg för att garantera att inga viktiga moment i introduktionen missas. Som komplement till muntlig information kan det också vara en fördel om den nyanställde får tillgång till ett introduktionshäfte med skriftliga instruktioner. Introduktionshäftet får dock aldrig ersätta muntlig information eftersom det hos vissa människor finns ett motstånd till att ta till sig skriftlig information.

2.1.3 STANDARDISERAD DOKUMENTATION

Vårdgivare är enligt lag skyldiga att dokumentera uppgifter om patienten i en patientjournal och tillgängliggöra information för övrig hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen, 2017a). Det är även upp till vårdgivaren att se till att dokumentationen är entydig och att informationen är överskådlig. Det är därför viktigt att begrepp och termer som används är gemensamma vid sammanhållen journalföring. Sammanhållen journalföring innebär enligt Vårdguiden (2016d) "möjlighet för vårdgivare att läsa journaluppgifter från annan vårdgivare".

Dubbeldokumentation leder till att det blir svårt att hitta i journaler och bör därför undvikas i möjligaste mån. Dokumentationen ska heller inte bestå av administrativt arbete om det kan undvikas (Socialstyrelsen, 2017). En standardiserad struktur i journalen hjälper vårdpersonalen att få en bättre överblick över vad som blivit journalfört och därmed begränsas dubbeldokumentation.

2.2 STÄNDIGA FÖRBÄTTRINGAR

Ständiga förbättringar, eller Kaizen som det kallas inom Lean produktion, syftar till att kontinuerligt sträva efter att förbättra processer i organisationen (Liker & Meier, 2006). Utöver att förbättra processer bör även personalen på arbetsplatsen hela tiden sträva efter att förbättra sina dagliga insatser. Ständiga förbättringar kan bland annat skapas genom att eliminera slöserier.

2.2.1 ELIMINERA SLÖSERIER

En av grundstenarna inom Lean produktion är att eliminera slöserier. Enligt teorin finns det 7 + 1 slöserier som inte adderar något värde och som därför bör rensas bort för att öka effektiviteten (Liker & Meier, 2006). Nedan beskrivs de 7 + 1 slöserierna.

2.2.1.1 ÖVERPRODUKTION

Överproduktion innebär att det produceras i större kvantitet eller i ett tidigare skede än vad som efterfrågas (Liker & Meier, 2006). Överproduktion skapar inte värde för patienter vilket medför att patienter inte är villig att betala för den (Hadfield & Holmes, 2006). Det största problemet med överproduktion inom sjukvården är att arbetsuppgifterna ofta görs av vana och därmed är svåra att avveckla.

2.2.1.2 VÄNTAN

Väntan är ett slöseri i form av den tid det tar att vänta på nästa processteg (Liker, Erkelius & Hallberg, 2009). Inom sjukvården kan slöseri vara väntan på människor, papper, tester och provsvar vilket leder till att människor och processer är inaktiva (Hadfield & Holmes, 2006). Väntan på grund av utrustningsfel beror vanligtvis på dåligt underhåll.

2.2.1.3 TRANSPORT

Transport är ett slöseri på grund av att förflyttning av produkter skapar onödigt mycket produkter i arbete (Liker & Meier, 2006). Omplacering av patient bör i möjligaste mån undvikas inom sjukvården eftersom det skapar slöseri (Jacobsson, 2010).

2.2.1.4 ÖVERARBETE

Överarbete innebär överflödiga handlingar för att utföra en process (Liker et al., 2009). Överarbete kan också bero på bristfällig utrustning.

2.2.1.5 DEFEKTER

Defekter är ett slöseri i form av omarbete när en process blivit felaktig utförd (Liker et al., 2009). Om inte en arbetsuppgift utförs på rätt sätt från start leder det ofta till korrigerings och omarbete. I sjukvården kan det innebära fel information till patienter eller felaktiga prover (Hadfield & Holmes, 2006).

2.2.1.6 ONÖDIGT LAGER

Onödigt lager innebär att det finns ett större lager än vad som krävs (Liker & Meier, 2006). Detta indikerar på att det kan finnas brister i planeringen, hos leverantören eller i ledtiden. Inom sjukvården kan det exempelvis innebära ett överskott av mediciner som får kasseras medan ett för litet lager leder till förseningar i arbetsprocessen (Hadfield & Holmes, 2006). Om lagringsplatser utnyttjas på ett ineffektivt sätt leder detta också till slöseri.

2.2.1.7 ONÖDIGA RÖRELSER

Alla rörelser som inte skapar värde för en process är onödiga rörelser (Jacobsson, 2010). Arbetsplatsen bör därför vara uppbyggd på ett effektivt sätt så att personalen slipper utföra onödiga rörelser.

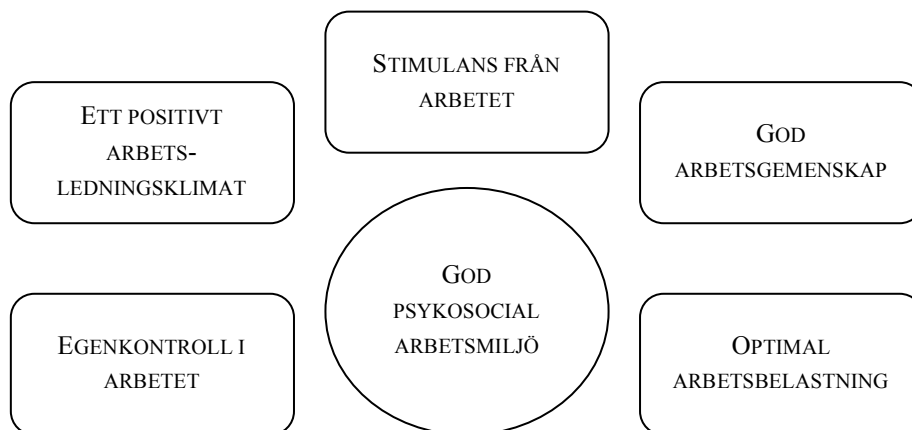
2.2.1.8 MEDARBETARNAS OUTNYTTJADE KREATIVITET

Den sista aktiviteten som kan resultera i slöseri är att inte utnyttja medarbetarnas kreativitet, vilket kan resultera i att kompetens och förbättringsåtgärder går förlorade (Liker & Meier, 2006).

2.3 PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ

Arbetsmiljöverket (2015) hävdar att en bra och säker arbetsmiljö för medarbetare inom vården i sin tur leder till bättre vård för patienterna. När arbetsmiljön på en arbetsplats analyseras skiljs vanligtvis fysiska och psykosociala arbetsmiljöförhållanden åt (Agervold, 2001). Den fysiska arbetsmiljön är relaterad till lokaler och arbetsredskap som kan påverka hälsan genom fysiska sjukdomar och förslitningsskador medan den psykosociala arbetsmiljön påverkas av sociala och arbetsorganisatoriska förhållanden.

Upplevelsen av den psykosociala arbetsmiljön beror på samverkan mellan personal och miljö eftersom även den anställdes personliga förutsättningar, behov och önsknings har en stor inverkan. Flertalet studier visat att *Egenkontroll i arbetet*, *Ett positivt arbetsledningsklimat*, *Stimulans från arbetet*, *God arbetsgemenskap* samt *Optimal arbetsbelastning* är de faktorer som har störst inverkan på hur den psykosociala arbetsmiljön upplevs (Rubenowitz, 2004). Faktorerna illustreras i figur 2.2.



Figur 2.2: Faktorer som bidrar till en god psykosocial arbetsmiljö.

Enligt Rubenowitz (2004) leder brister i den psykosociala arbetsmiljön till lägre produktivitet, ökad risk för olycksfall, minskad motivation, psykosomatiska besvär, hög frånvaro från arbetet samt högre tendens bland medarbetarna att byta jobb. Faktorerna som bidrar till en positiv psykosocial arbetsmiljö beskrivs mer ingående nedan.

2.3.1 EGENKONTROLL I ARBETET

Egenkontroll i arbetet handlar om i hur stor utsträckning medarbetarna kan påverka arbetets takt och utförande (Rubenowitz, 2004). Medarbetare som arbetar under höga krav och begränsat självbestämmande löper större risk att bli sjukskrivna (Riksförsäkringsverket, 2003). Forskning har dessutom visat att upplevelsen av att kunna påverka sitt eget arbete leder till högre stimulans från arbetet och högre upplevt kompetensutnyttjande (Lai, 2011).

2.3.2 ETT POSITIVT ARBETSLEDNINGSKLIMAT

Bra samarbete och kommunikation mellan över- och underordnade kännetecknar ett positivt arbetsledningsklimat (Rubenowitz, 2004). Ledarskapet inom vården har visat sig ha betydande påverkan på medarbetarnas hälsa och därmed på både produktiviteten och vårdkvaliteten (Bergman, 2011). Ett tydligt och inflytelserikt ledarskap ökar arbetstillfredsställelsen bland medarbetarna och risken att dessa medarbetare väljer att byta arbetsplats minskar (Molin, Åkerström, Baraldi & Hansen, 2012).

Enligt Sandahl och Karlson (2011) bygger ledarskap som främjar ett positivt ledningsklimat på att ledaren:

- Ger sina underordnade goda förutsättningar att utföra arbetet genom information, befogenheter och tydlighet.
- Är rättvis, inspirerande och ger stöd till sina underordnade.
- Uppmuntrar till deltagande i förbättringsarbete.
- Bidrar till samarbete och integration med medarbetarna.

Inom vården har läkaren en nyckelroll i att skapa organisationsutveckling, en god arbetsmiljö och vårdkvalitet (Bergman, 2011). Trots att läkare sällan har de befogenheter som en formell chef har, leder deras medicinska ansvar till att de förväntas styra och leda personal. Sjuksköterskor hamnar på samma sätt i ledande roller genom arbetsledarrollen för omvårdnaden av patienten (Bergman & von Thiele Schwartz, 2012).

2.3.3 STIMULANS FRÅN ARBETET

Enligt Rubenowitz (2004) handlar stimulans från arbetet om medarbetarnas förutsättningar att utnyttja sina färdigheter och kunskaper i arbetet. Att som medarbetare känna sig överkvalificerad för sitt arbete och inte ha möjligheten att använda sina kunskaper leder ofta till omotivation och en ökad vilja att byta arbetsplats (Lai, 2014). Överkvalificering och outnyttjad kompetens påverkar också arbetsmiljön eftersom medarbetarna tenderar att klaga mer, ha större sjukfrånvaro och hjälpa sina kollegor i mindre utsträckning. Lai (2011) hävdar vidare att medarbetare som blir stimulerade av sitt arbete och som har möjlighet att utnyttja sin kompetens visar större organisatorisk engagemang och upplevd inre motivation.

I en undersökning av Myndigheten för vårdanalys (2013) framgick att hela 81 % av sjuksköterskorna anser att deras kompetens skulle komma till bättre användning om annan vårdpersonal hade övertagit vissa av deras arbetsuppgifter. 48 % av läkarna anser att deras fulla kompetens endast kommer till användning halva deras arbetstid eller mindre.

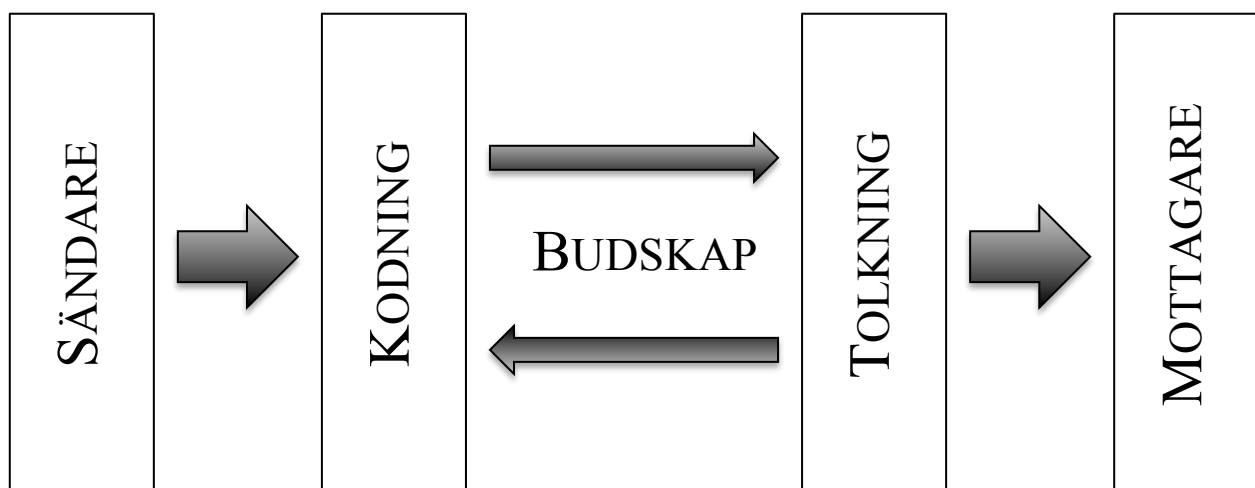
2.3.4 GOD ARBETSGEMENSKAP

Agervold (2001) hävdar att kontakt med kollegor på arbetsplatsen är bland det viktigaste med ett arbete och att det sociala samspelet påverkar både produktiviteten och trivseln hos medarbetarna. Medarbetare som inte känner någon tydlig gemenskap med sina kollegor blir mer mottagliga för negativa händelser och faktorer på arbetsplatsen (Bejerot & Härenstam, 2011). Med en god arbetsgemenskap på arbetsplatsen ökar också sannolikheten för lyckade förändringsarbeten och det är av hög vikt att chefer organiserar arbetet på ett sådant sätt att förutsättningar ges för mötesplatser och kommunikation.

Kommunikation

Definitionen av kommunikation är enligt Maltén (1992) "utbyte av budskap". Kommunikationen är ett viktigt verktyg för att få en arbetsplats, men också individen och gruppen, att fungera bra (Önnevik, 2010). Vanligtvis skiljs kommunikationsformerna verbal, icke verbal och symbolisk kommunikation åt.

Kommunikationsprocessen går ut på att en sändare kodar och sedan förmedlar ett budskap till en mottagare som sedan tolkar budskapet (Önnevik, 2010). Kodningen och tolkningen kan utgöra felkällor i kommunikationen och beror på sändarens och mottagarens bakgrundsfaktorer, psykologiska faktorer och beteendefaktorer. I situationer där tvåvägskommunikation sker, har mottagaren en möjlighet att ge respons eller feedback på det budskap som blivit sänt. Den enväga kommunikationsprocessen illustreras i figur 2.3 nedan.



Figur 2.3: Den enväga kommunikationsprocessen enligt Maltén (1992).

Önnevik (2010) menar att en god kommunikationsförmåga hos sändaren bygger på en förmåga att kunna anpassa sin kommunikation till mottagaren. Kommunikationsförmågan hos ledare och medarbetare är ytterligare en faktor som påverkar den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatsen (Hultberg, 2007). För att skapa och upprätthålla en god psykosocial arbetsmiljö krävs att

kommunikationen kring arbetsuppgifterna fungerar, men också att frågor och åsikter som rör värderingar, visioner och upplevelser av det dagliga arbetet berörs kontinuerligt.

Wallin och Thor (2008) hävdar att bristande kommunikation inom sjukvården är den mest bidragande faktorn bakom olycksfall och missöden som drabbar patienter. Ineffektiv kommunikation inom vården beror ofta på att kommunikationsprocessen inte är standardiserad, att information tenderar att ändras när den överförs från sändare till mottagare eller att läkare och sjuksköterskor har olika kommunikationsmönster på grund av skillnader i utbildningen. Kritisk information kan också missas att journalföras i samband med att patienten flyttas mellan vårdenheter.

För att strukturera kommunikationen och säkerställa ett tydligt och patientsäkert informationsutbyte, har vissa vårdgivare börjat använda sig av kommunikationsformatet SBAR (Wallin & Thor, 2008). SBAR står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. Formatet lämpar sig för både skriftlig och muntlig kommunikation. För att SBAR ska fungera på bästa sätt bör både sändare och mottagare vara väl insatta i SBAR-formatet och dess syfte (Nätverket för patientsäkerhet, 2017). Dessutom bör SBAR anpassas till den verksamhet där det används.

2.3.5 OPTIMAL ARBETSBELASTNING

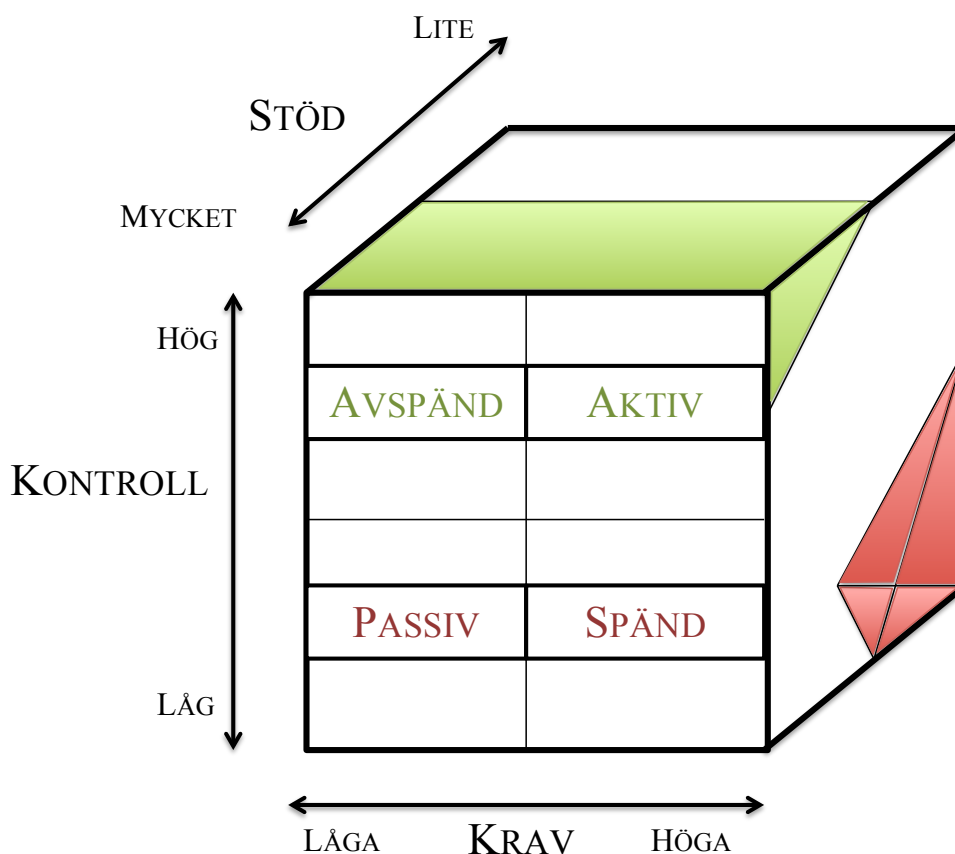
Rubelowitz (2004) menar att optimal arbetsbelastning handlar om att både den psykiska och fysiska påfrestningen på medarbetarna ska vara optimal. Den fysiska arbetsbelastningens storlek beror på de fysiska uppgifternas intensitet, duration och frekvens (Lindberg & Vingård, 2012). För att den fysiska arbetsbelastningen ska vara optimal krävs också att uppgifterna är varierande samt tid för muskulaturen att återhämta sig.

Psykisk arbetsbelastning är negativa faktorer, upplevelser och förhållanden på arbetsplatsen som kan leda till arbetsrelaterad stress (Westerholm, 2008). Arbetsrelaterad stress innefattar känslomässiga, kognitiva och beteendemässiga reaktioner. Exempel på faktorer som påverkar den psykiska arbetsbelastningen är arbetets tempo och variation samt medarbetarens inflytande på uppgiften. Upplevelsen av arbetsinnehållet och arbetsmiljön beror delvis på den individuella medarbetarens personliga egenskaper och upplevda sociala stöd.

Effekterna av långvarig psykisk och fysisk belastning, oavsett om den är låg eller hög, har visat sig vara en större fara för hälsan än enskilda påfrestande händelser (Lundberg, 2003). Dessutom kan brist på vila och återhämtning ha en större negativ effekt på medarbetarens hälsa än vad belastningen i sig har. Det är därför viktigt att arbetets upplägg ger tid till återhämtning.

2.3.6 KRAV-KONTROLL-STÖDMODELLEN

I krav-kontroll-stödmodellen, utvecklad av Karasek och Theorell, beskrivs sambandet mellan egenkontroll i arbetet, krav på medarbetaren och socialt stöd från arbetsplatsen (Ohlson & Arvidsson, 2005). En balanserad relation mellan krav, kontroll och stöd leder till ökad kompetens och personlig utveckling för medarbetaren. Höga krav kombinerat med lågt inflytande och bristande stöd ökar riskerna för psykisk ohälsa, vilket illustreras i figur 2.4 nedan.

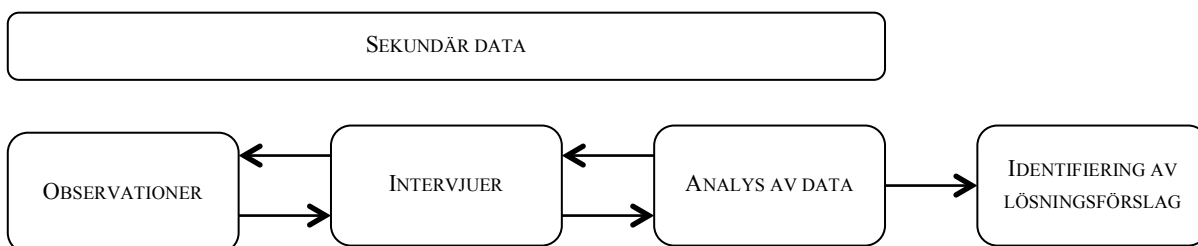


Figur 2.4: Karasek och Theorells krav-kontroll-stödmodell (Stressforskningsinstitutet, 2016).

Det gröna området i figur 2.4 ovan markerar en god arbetsmiljö där medarbetaren upplever mycket stöd och hög kontroll i sitt arbete (Stressforskningsinstitutet, 2016). Det röda området markerar en situation som kan påverka hälsan negativt eftersom det ställs höga krav på medarbetaren men det råder avsaknad av både stöd och kontroll. Ohlson och Arvidsson (2005) presenterar i sin studie att den psykiska belastningen hos majoriteten av den personal som arbetar inom vården är hög och det är därför viktigt att emotionellt stöd finns på arbetsplatsen, antingen genom god arbetsgemenskap eller handledning.

3. METOD

Studien utfördes genom kvalitativa metoder i form av observationer och intervjuer. Eftersom observationer bidrog med en uppfattning om avdelningens styrke- och problemområden, krävdes också intervjuer för att bekräfta eller dementera huruvida uppfattningen delades av personalen. Kvalitativa metoders resultat beror på kompetensen hos utföraren (Pope & Mays, 2006). Detta medför att resultatet till viss del beror på förmågan att kunna observera och ställa relevanta intervjufrågor samt analysera svaren på ett rättvisande sätt.



Figur 3.1: Studiens arbetsgång.

Enligt figur 3.1 inleddes studien med observationer på avdelningen. Kvalitativa metoder kännetecknas av flexibilitet (Pope & Mays, 2006), vilket gjorde det möjligt att utifrån de erfarenheter som skapats under den första delen av studien, justera det fortgående arbetet. Data analyseras löpande och bestod bland annat av att sammanställa de styrke- och problemområden som upptäcktes under studiens gång. Slutligen identifierades lösningsförslag och områden för fortsatta studier.

3.1 DATAINSAMLING

För att besvara studiens frågeställningar och för att uppnå syftet krävdes olika former av datainsamlingar. Nedan beskrivs de metoder för datainsamling som använts.

3.1.2 OBSERVATIONER

En viktig metod för att analysera en aktuell situation är att med egna ögon observera den (Womack, 2011). För att få en överblick över avdelningens struktur, processer och arbetssätt observerades det dagliga arbetet på avdelningen under 64 timmar. Observationerna utfördes dagtid under veckodagarna och valet av yrkesgrupper att observera gjordes i samråd med handledaren. Skötare, sjuksköterskor, underläkare och överläkare ansågs vara relevanta studieobjekt eftersom de dagligen möter patienterna och är de yrkesgrupper som har mest patientkontakt.

Genom att utnyttja en extern parts metaposition, där situationen betraktas med en utomstående ögon, kan nya infallsvinklar och flaskhalsar identifieras (Malterud, 2014). Dessutom fördes anteckningar under observationerna, vilket minskade sannolikheten att viktiga moment missades eller glömdes bort. Eftersom syftet med observationerna var att få en verklighetstrogen

helhetsbild av det dagliga arbetet, hölls inga längre samtal med studieobjekten eftersom det skulle innebära en avvikelse från de ordinarie rutinerna. Däremot ställdes kortfattade frågor till studieobjekten i de situationer som krävde förklaring.

3.1.3 INTERVJUER

Intervjuer är den vanligaste metoden vid kvalitativa intervjuer (Pope & Mays, 2006). Det finns tre typer av intervjumetoder: strukturerade, semistrukturerade och djupa intervjuer (Bitten, 2006). Studien innefattade semistrukturerade intervjuer, vilket innebär öppna frågor som gör det möjligt för respondenten att själv utveckla sina svar (Rautalinko, 2013). Genom användandet av semistrukturerade intervjuer blev svaren mer varierande och respondenterna kunde ge en mer personlig infallsvinkel än om exakta frågor hade använts. Intervjumetoden gav en inblick i personalens uppfattning gällande de styrke- och problemområden som identifierats. Semistrukturerade intervjuer är också den typ av metod som bäst lämpar sig för studiens frågeställning.

Totalt utfördes tio stycken semistrukturerade intervjuer med två skötare, en sjuksköterska, en dagsjuksköterska, en underläkare samt en vårdenhetsöverläkare. Dessa valdes för att intervjuerna skulle ske i enlighet med observationerna. Vidare intervjuades en vårdenhetschef, en kurator, en systemadministratör samt enhetschefen för bipolärmottagningen för att komplettera med ytterligare information. Utöver de inplanerade intervjuerna förekom ett stort antal kortare samtal i anslutning till observationerna. Dessa samtal var av stor vikt för att skapa förståelse för arbetet på avdelningen.

3.1.4 SEKUNDÄRDATA

Data betraktas som sekundär när den insamlats i ett tidigare skede och i ett annat syfte än att bistå med data till studien (Eriksson & Weidersheim-Paul, 2008). Att data insamlades från olika källor var viktigt för att säkerställa tillförlitligheten på informationen (Grundström, 2013). Sekundärdata i form av bland annat patientstatistik, styrkort och dokumentation av rutiner tillhandahölls från avdelningens systemadministratör och enhetschef genom intervju- och mailkontakt.

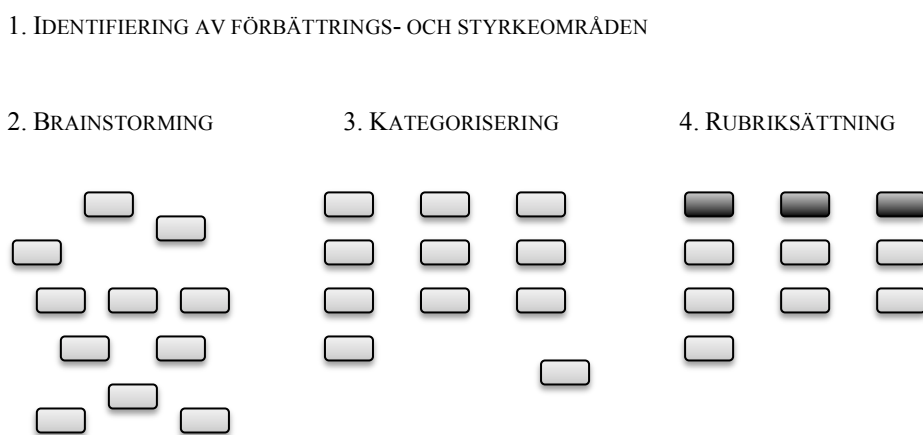
3.1.4.1 LITTERATURSTUDIER

Ytterligare sekundärdata samlades in genom litteraturstudier. Inför studien utfördes en online-modul med fokus på källkritik, akademisk hederlighet och upphovsrätt för att säkerställa trovärdigheten av litteraturstudierna. Litteratur om bland annat kvalitativa metoder och rapportskrivning studerades i syfte att säkerställa att utförandet av arbetet skedde med hög akademisk kvalitet. För att bistå projektet med ett teoretiskt ramverk studerades tidigare forskning och litteratur inom bland annat verksamhetsutveckling, psykosocial arbetsmiljö och Lean produktion. För att öka förståelsen för arbetet på avdelningen studerades även litteratur om bipolär sjukdom. För respektive ämnesområde användes termer, begrepp eller ämnesspecifika ord som utgångspunkt i litteratursökningen, både digitalt i databaser som Summon Chalmers Library och analogt på bibliotek.

3.2 ANALYS AV DATA

Malterud (2014) förklarar syftet med en analys: “Analysen ska bygga en bro mellan rådata och resultat genom att materialet organiseras, tolkas och sammanfattas”. Data som samlades in under observationer, intervjuer och sekundär datainsamling analyserades löpande under studiens gång så att frågor kunde omformuleras och fördjupas vid behov.

För att identifiera avdelningens största styrke- och problemområden användes en modifierad version av KJ-Shiba-metodiken för att hantera de stora mängderna verbal data (Shiba et al., 1993). Arbetsstegen illustreras i figur 3.2.



Figur 3.2: Modifierad version av KJ-Shiba-metodiken.

1. Styrke- och problemområden som identifierats under observationer och intervjuer skrevs ned på post-it-lappar. Post-it-lapparna sattes upp på en vägg och dubletter togs bort.
2. Brainstorming och förtydligande utfördes för att förebygga missförstånd.
3. Lapparna kategoriserades efter orsak och samband. De post-it-lappar som inte passade in under någon kategori lades under rubriken *Mindre problemområden*, se Appendix I.
4. Kategorierna rubriksattes.

3.3 RELIABILITET OCH VALIDITET

Reliabilitet syftar till huruvida de metoder som valts är så pass tillförlitliga att samma resultat skulle uppnåts under samma tillvägagångssätt och omständigheter vid ett annat tillfälle (Bell, 2006). Eftersom studien är baserad på kvalitativa metoder i form av observationer och intervjuer som bygger på situationsspecifika upplevelser kan det vara svårt att få samma resultat vid upprepade tillfällen. Vårdenhetsöverläkaren på avdelningen var också vid studiens genomförande ny på avdelningen och hade en likvärdig studie genomförts vid ett senare tillfälle hade troligtvis utfallet blivit annorlunda. Däremot observerades de utvalda yrkesgrupperna vid mer än ett tillfälle, vilket ökade reliabiliteten eftersom fler situationer fångades upp i studien.

Validitet innebär att mäta rätt faktorer i förhållande till frågeställningen (Alvehus, 2013). Studiens resultat och validitet beror delvis på förmågan att ställa relevanta frågor för studien, filtrera bort det som inte är av vikt och analysera observationerna och intervjuvaren på ett rättvisande sätt. För att öka validiteten har de slutsatser som dragits utifrån observationerna bekräftats eller dementerats genom intervjuer och avstämningar med personalen på avdelningen.

Litteraturstudier användes i syfte att ge arbetet en teoretisk grund och tillförlitlighet. Enligt Eriksson och Weidersheim-Paul (2008) bör kriterier gällande samtidskrav, tendenskritik, beroendekritik, äkthet och perceptionfel beaktas vid litteraturstudier. Genom källkritisk granskning av litteraturen uteslöts därför irrelevant information. Eftersom sekundärdata också innehöll patientstatistik och dokumentation av rutiner på avdelningen, säkerställdes kvaliteten på studien.

3.4 GENERALISERBARHET

Att studien var tidsbegränsad till fem månader och endast utfördes dagtid under veckodagarna bör tas i åtanke eftersom studien inte speglar avdelningen under natten eller helgen. Däremot kunde variationer fångas upp och mönster identifieras tack vare observationernas och intervjuernas omfattning, vilket bidrog till ökad generaliserbarhet. Urvalet av studieobjekten var slumpartade och intervjuobjekten hade olika bakgrund, utbildning, ålder och kön vilket ökar överförbarheten. Studien ger inte en bild av hur slutenvårdsavdelningen fungerar i allmänhet men däremot kan den användas för ökad förståelse kring förhållanden som är specifika för slutenvårdsavdelningar. De styrke- och problemområden som beskrivs i rapporten kan därför igenkännas på andra slutna psykiatriska avdelningar. Vid implementation av förbättringsförslagen inom andra organisationer är det viktigt att ta hänsyn till den egna kontexten för att nå goda resultat. Det är också upp till läsaren att bedöma resultatets överförbarhet till andra kontexter (Alvehus, 2013).

4. NULÄGESBESKRIVNING

Nulägesbeskrivningen bygger på de utförda observationerna och intervjuerna samt information från sekundärdata. Här beskrivs avdelningens utformning och personalstruktur, patienternas flöde genom avdelningen samt rutiner och arbetssätt. Avslutningsvis beskrivs avdelningens styrkeområden.

4.1 PLATSBESKRIVNING

Avdelningen är avsedd för patienter med bipolär sjukdom och tillhör en psykiatrisk klinik inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. På kliniken vårdas patienter med affektiva sjukdomar, ångestsjukdomar och övriga allmänpsykiatriska sjukdomstillstånd, exklusive psykosjukdomar (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2017). Kliniken består av 11 mottagningar och 10 avdelningar och patienterna upptas från stora delar av Göteborg.

Grunden i vården av de bipolära patienterna på avdelningen utgörs av läkemedelsbehandling i kombination med aktiviteter, samtal, elbehandlingar (ECT) och begränsningar i syfte att stabilisera stämningsläget och sömnen hos patienten. Patienterna vårdas genom frivillig vård eller tvångsvård. En del patienter som skrivs in på avdelningen har en upprättad kontakt med bipolärmottagningen i Göteborg. Bipolärmottagningen tillhör avdelningens vårdkedja och har som uppgift att stabilisera förändringar i stämningsläget hos patienten och förhindra att patienten återinsjuknar efter utskrivning.

4.1.1 AVDELNINGENS UTFORMNING

Avdelningen består av 14 vårdplatser fördelade på 12 rum, varav två dubbelrum. Avdelningen är låst dygnet runt. Patienterna har fri tillgång till den öppna ytan som består av ett dagrum med kök. I dagrummet finns en informationstavla där det framgår vem som är respektive patients ansvariga sjuksköterska och kontaktperson samt vilka aktiviteter och läkarsamtal som är inplanerade för dagen. Utöver dagrummet har patienterna tillgång till en balkong och en uteplats. I anknäring till dagrummet finns ett aktivitetsrum där patienterna kan måla och pyssla. Det finns även en tvättstuga avsedd för patienterna som de når med hjälp av personalen. På avdelningen finns också ett samtalsrum, ett behandlingsrum samt ett akut behandlingsrum med bältessäng.

Sjuksköterskeexpeditionen är placerad på ett sådant sätt att vårdpersonalen genom expeditionens fönster har överblick över dagrummet och avdelningens huvudentré. På sjuksköterskeexpeditionen är även medicinförrådet placerat. Avdelningens personalutrymmen utgörs av en underläkareexpedition, ett konferensrum, personalrum, ett skrivarrum, ett dokumentationsrum, ett städförråd, ett klädförråd och ett sköljrum. Dessutom finns kontorsrum för VEC, VÖL, underläkare, läkarsekreterare, kurator och vårdkoordinator. Merparten av personalrummen är försedda med fönster från korridorerna med syftet att ge patienterna som vårdas på avdelningen insyn i personalens arbete. Under studiens gång pågick uppbyggnaden av "Lugna rum", ett sinnesrum avsett för ångesthantering genom stimulans av sinnen.

4.1.2 PATIENTER

Bipolaritet är en kronisk psykisk sjukdom som förekommer hos mer än 1 % av jordens befolkning (Grande, Berk, Birmaher & Vieta, 2016). Sjukdomen kännetecknas av svängningar i både humör och energi som leder till kognitiv nedsättning och funktionsnedsättning hos den drabbade och kan medföra ökad dödlighet, i synnerhet genom död i form av självmord.

Symtomen på sjukdomen är perioder av mani eller depression, ofta så allvarliga att vård på sjukhus krävs, men den drabbade kan mellan sjukdomsepisoderna fungera helt normalt (Vårdguiden, 2016a). Personer som genomgår en manisk period blir upprymda, överaktiva och i vissa fall mycket aggressiva. Personer som genomgår en depression blir nedstämda samt får mindre ork och lust. Vård krävs när depressionen är så pass allvarlig att den drabbade inte klarar av att exempelvis äta eller sköta sin personliga hygien, när risken för självmord är hög eller när manin leder till fara för den drabbade eller personer i den drabbades omgivning.

4.1.2.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLÄG (HSL)

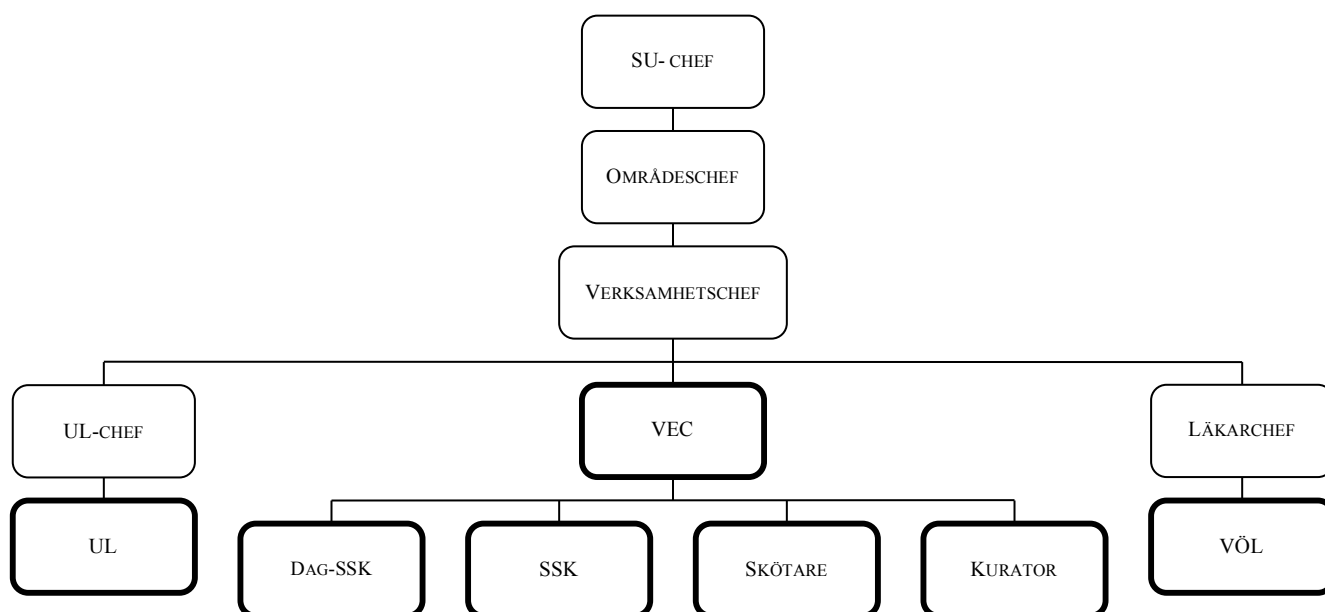
HSL innebär att patienter vårdas frivilligt och vård får inte ges utan patientens samtycke (Socialstyrelsen, 2015). Om patienten avstår från vård ska denne informeras vad detta kan leda till för konsekvenser.

4.1.2.2 LAGEN OM PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD (LPT)

LPT innebär att patienterna vårdas mot sin vilja, också kallat psykiatrisk tvångsvård (Vårdguiden, 2016c). Det är nödvändigt med LPT om patienten kräver heldygnsvård, lider av en allvarlig psykisk sjukdom och utgör en fara för sig själv eller för andra i sin omgivning. Det ställs höga krav på dokumentation kring patienter som vårdas under LPT, på grund av rättssäkerhetsskäl, vilket kan leda till att dessa patienter generellt får längre vårdtid.

4.1.3 PERSONAL

På avdelningen finns för närvarande fyra arbetslag bestående av en sjuksköterska och två skötare per arbetslag. I dagsläget planeras en utökning från fyra till fem arbetslag. Grundbemanningen utgörs dagtid av minst fem personer, varav minst en sjuksköterska, och anpassas inte efter patientbeläggningen annat än vid specifika situationer när extra personal kan tillkallas från bemanningservice. Exempelvis kan extra bemanningspersonal tillkallas när en patient kräver extra-vak vilket innebär att patienten behöver ständig tillsyn av personal. Figur 4.1 illustrerar avdelningens personalstruktur och ledningshierarki.



Figur 4.1: Personalstrukturen och ledningshierarkin.

Ledningshierarkin bygger på fyra led av chefer där läkarchefen och UL-chefen har personalansvar för hela kliniken medan VEC endast är överordnad personalen på den avdelning som hen ansvarar för. De arbetsroller som finns på avdelningen är markerade i figur 4.1 och beskrivs nedan.

4.1.3.1 VÅRDENHETSCHIEF (VEC)

Vårdenhetschefen är befattningshavare med uppgift att leda det dagliga arbetet på vårdavdelningen. VEC ansvarar bland annat för ekonomi och arbetsmiljö samt har personalansvar för dagssjuksköterskor, sjuksköterskor, skötare och kuratorn. VEC har också en plats i klinikens ledningsgrupp där perspektivet skiftas från avdelningen till hela kliniken.

4.1.3.2 VÅRDENHETSÖVERLÄKARE (VÖL)

Vårdenhetsöverläkaren har inget personalansvar men är medicinskt ansvarig för avdelningen och har specialistkompetens inom avdelningens huvudområde. Även VÖL sitter med i klinikens ledningsgrupp. VÖL:s arbetsuppgifter innefattar diagnostiska beslut, juridiskt ansvar, ansökan till förvaltningsrätten samt att fatta beslut om vårdintyget håller för de patienter som behandlas under LPT. En stor del av arbetsuppgifterna omfattar arbete kring patienter som behandlas under LPT.

4.1.3.3 UNDERLÄKARE (UL)

UL är tjänstgörande läkare utan specialistkompetens. Arbetsuppgifterna innefattar att hålla sig uppdaterade om patienternas medicinska tillstånd, justera läkemedel i samråd med VÖL, beställa prover, journalföra, delta på sittande rond (TEAM) och hålla i patientsamtal. Dessutom kan UL delta vid inskrivning och utskrivning av patienter. Omsättningen av UL på avdelningen är hög och antalet UL på avdelningen varierar.

4.1.3.4 DAGSJUKSKÖTERSKA (DAG-SSK)

På avdelningen delar två sjuksköterskor på rollen som dag-SSK. Dag-SSK har antingen en avklarad eller pågående specialistsjuksköterskeutbildning inom psykiatri. Dag-SSK har verksamhetsövergripande uppdrag och ska assistera VEC i vissa uppgifter. Det är dag-SSK:s uppgift att leda TEAM och där föra anteckningar i journalerna. Dag-SSK ansvarar för att upprätta en vårdplan tillsammans med patienten i samband med inskrivningen. Övriga arbetsuppgifter rör IT-systemen och avvikelserapporter samt deltagande i det dagliga arbetet med patienterna.

4.1.3.5 SJUKSKÖTERSKA (SSK)

SSK på avdelningen har olika ansvarsområden under skiftet vilka beskrivs nedan.

Ansvarig sjuksköterska (ansvarig SSK)

Under dagskiftet tilldelas en SSK, oftast den SSK som arbetat kvällen innan, rollen som ansvarig SSK. Arbetsuppgifterna innefattar att ta rapport från nattpersonalen och att besluta om arbetsfördelningen mellan SSK och skötarna inför arbetspasset. Arbetsuppgifterna som fördelas innefattar exempelvis provtagning och kontroller. I de patientfall som extra-vak krävs, fördelar ansvarig SSK även upp personalen på respektive vak-pass. Ansvarig SSK ska delta på TEAM och efter mötet informera resterande dagpersonal om vad som sagts. Innan skiftet är slut ska den ansvariga SSK uppdatera rapportbladet (SBAR) och avrapportera till kvällsskiftet. Ansvarig SSK ska även finnas tillgänglig på expeditionen och per telefon hela passet.

Medicinansvarig sjuksköterska (MAS)

Den SSK som är medicinansvarig har medicinering och provtagning som huvudansvar, antingen genom att själv utföra eller delegera uppgifterna till annan personal. MAS är också behjälplig vid löpande uppgifter på avdelningen.

För patienten ansvarig sjuksköterska (PAS)

Patienterna blir i samband med inskrivningen tilldelade en PAS som har huvudansvaret för omvårdnaden av patienten. Tillsammans med en kontaktperson ska de, i möjligaste mån, delta aktivt på alla planerade läkarsamtal.

4.1.3.6 SKÖTARE

Skötaren tilldelas arbetsuppgifter via ansvarig SSK och har extra ansvar över de patienter som hen är kontaktperson till. Arbetsuppgifterna inkluderar även stödsamtal med patienter, följa patienternas vårdplanering och att ge extra stöttning till patienter som enligt läkaren inte bedöms att klara sig på egen hand. Skötaren ska rapportera och dokumentera relevant information gällande patientens beteende och mående. De ska även hjälpa patienterna med omvårdnad, ADL och vara ett stöd under ECT-behandlingar. Vissa skötare har dessutom ansvarsuppgifter utöver de ordinarie, som att ansvara för beställning av material till avdelningen, handleda studenter och vara Melior- och rökombud.

4.1.3.7 KURATOR

Kuratorn har en grundutbildning som socionom och arbetar med patienter utifrån ett socialt perspektiv. Kuratorns heltidstjänst har blivit uppdelad på två avdelningar vilket innebär att arbetsuppgifterna har begränsats. Enligt kuratorn finns det inga tydliga krav på arbetsuppgifter och hen har därför en relativt fri roll på avdelningen. Utöver att samtala med patienter och anhöriga, ansvarar kuratorn över IT-systemet SAMSA och är en del av avdelningens barngrupp. Kuratorn ska också hjälpa patienterna med deras vardagliga liv i form av boende, nätverk, stödinsatser och ekonomi. De dagar kuratorn arbetar på avdelningen, deltar hen på TEAM.

4.1.3.8 KONTAKTPERSON (KP)

En SSK eller skötare utses som KP till patienten senast ett dygn efter inskrivning. KP ska vara ett stöd för patienten under hela vårdperioden och ansvara för att ett aktivitetschema är utformat efter patientens vårdbehov. Patienten ska minst ha 15 minuter inbokade stödsamtal med KP två gånger per vecka. KP ska dessutom förmedla och samordna kontakter, internt och externt, samt förvissa sig om att patienten har tagit del av innehållet i avdelningens informationsbroschyr. I de fall patienten önskar så, deltar KP på patientens läkarsamtal. För patienter som vårdas under LPT, deltar KP även under förhandlingar med förvaltningsrätten.

4.1.3.9 ÖVRIG PERSONAL OCH GRUPPER

För att underlätta läkarnas dokumentationsbörda är en läkarsekreterare anställd för att dokumentera det som läkarna dikterat. Avdelningen har också tillgång till personalresurser som tillhör kliniken och kan även ansöka om förstärkning från bemanningen.

På avdelningen finns ett arbetslag bestående av två SSK och kuratorn som aktivt arbetar med barnrelaterade frågor. De har en skyldighet att kontrollera om det finns barn i patientens närhet eftersom barn kan fara illa och ta på sig ansvar för sina föräldrars välmående. Barngruppen erbjuder stöd till barn och gör orosanmälningar till socialtjänsten vid behov. I samtalsrummet kan barnen måla, leka och umgås med föräldrarna. Avdelningen har som mål att 90 % av alla inskrivna patienter ska bli tillfrågade om de har minderåriga barn.

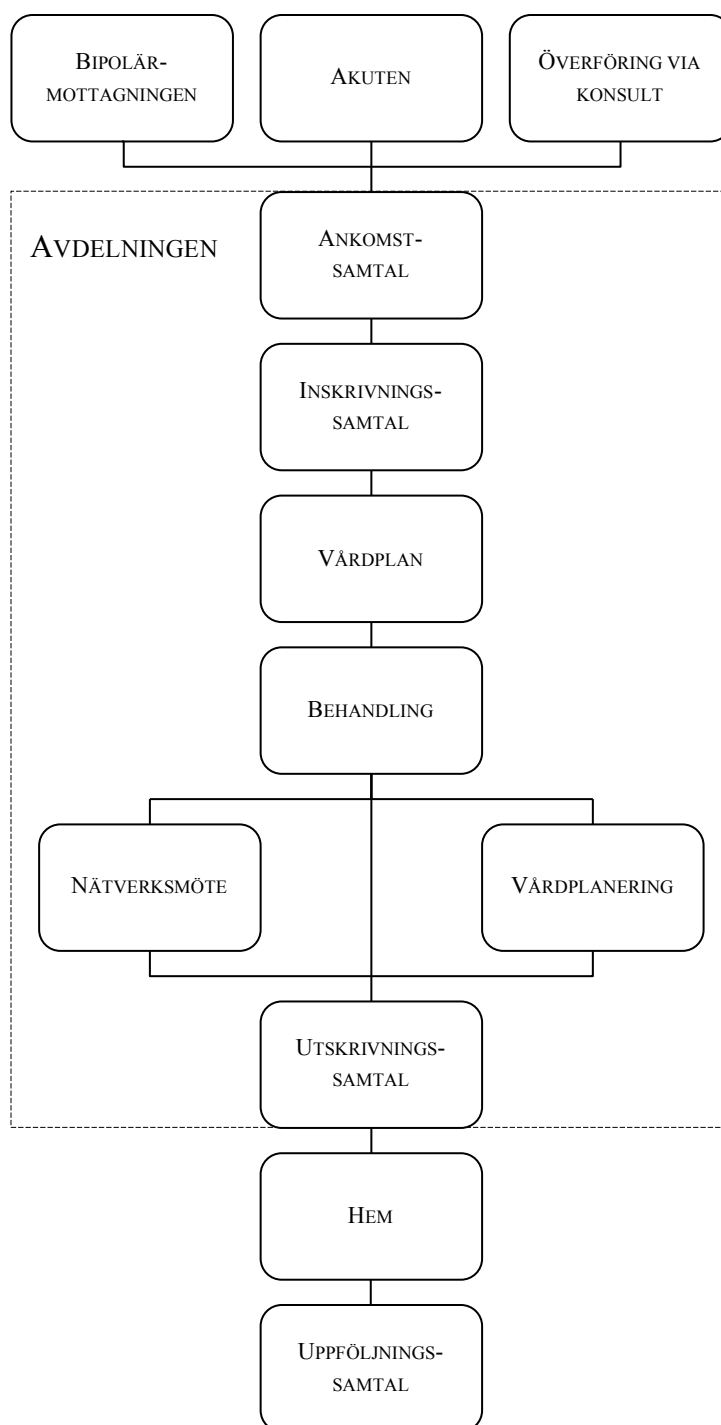
4.2 PATIENTFLÖDE

Patienter ankommer till avdelningen via bipolärmottagningen, akutmottagningen eller genom överföring från en annan avdelning med hjälp av en psykiatrikonsult. Figur 4.2 illustrerar patientens flöde genom avdelningen.

Det streckade området i figur 4.2 markerar de aktiviteter, uppifrån och ned, som patienten genomgår på avdelningen under sin vårdtid. Nedan beskrivs patientens väg genom avdelningen från inskrivning till utskrivning.

4.2.1 INSKRIVNING

När patienten anländer till avdelningen sker ett ankomstsamtal, med SSK eller skötare, med utgångspunkt i en blankett. Under ankomstsamtalet visiteras patienten och frågor ställs kring patientens tidigare vård på kliniken, kost, sömn, medicinering, hemförhållanden, anhöriga och kontaktpersoner inom öppen- och primärvården. Ett vårdtillfälle upprättas i Elvis så att patienten registreras i IT-systemen och kuratorn dokumenterar i SAMSA i de fall som patienten har boendestöd. Patienten blir vid inskrivningen även tilldelad en KP och PAS, får information kring rutinerna, får en välkomstbroschyr och rundvandring på avdelningen. I de fall som patienten har minderåriga barn ställs även frågor kring barnperspektivet utifrån ett frågeformulär.



Figur 4.2: Patientflödet genom avdelningen.

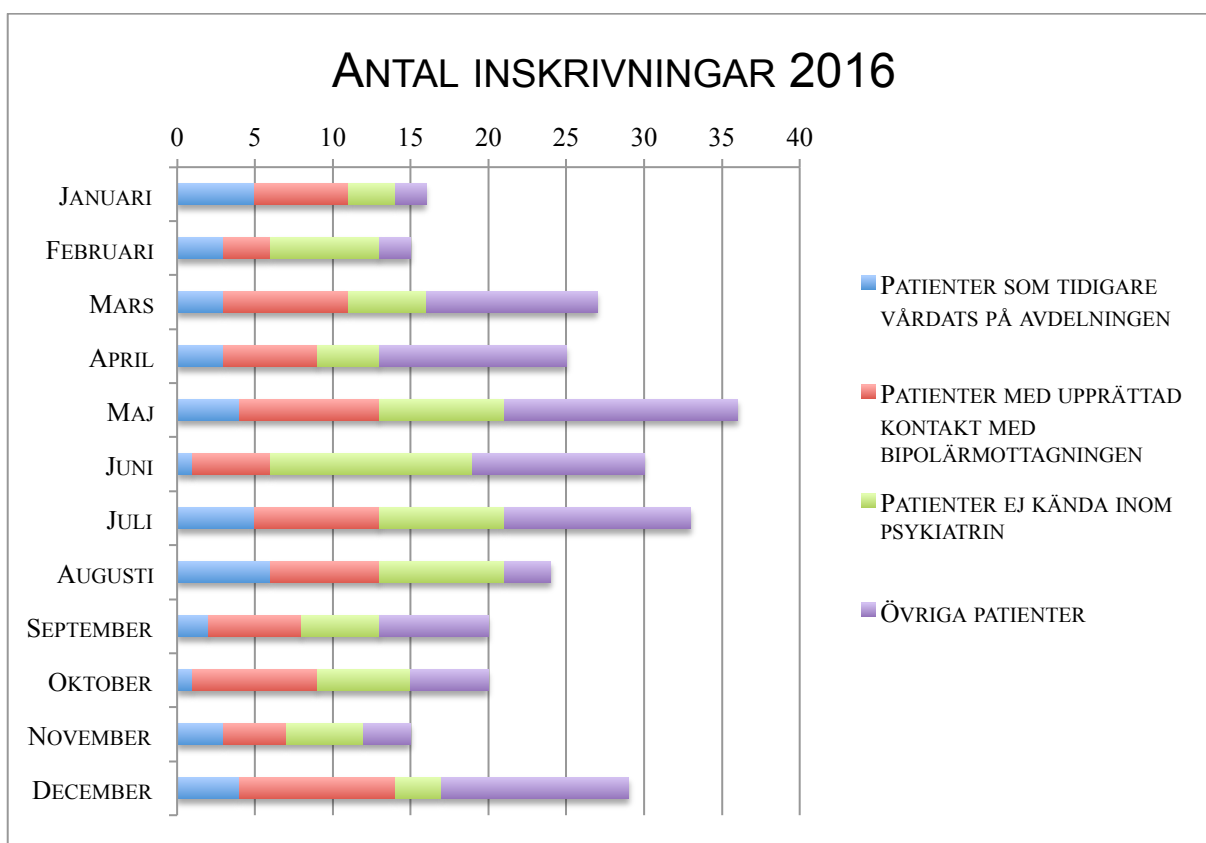
Inom ett dygn ska läkare hålla i ett inskrivningssamtal med patienten. I regel deltar VÖL och UL, och ibland även KP, vid inskrivningssamtalet för att lära känna patienten och bedöma hur patienten mår. Då bedöms suicidrisken, en skattning av depressionen görs och beslut fattas kring patientens frihetsgrad. Dessutom beslutas om patienten behöver extra-vak eller extra tillsyn. Inskrivningssamtalen skiljer sig åt beroende på om patienten behandlas under HSL eller LPT. Om patienten sedan tidigare har en upprättad kontakt med bipolärmottagningen, meddelas bipolärmottagningen via fax att patienten blivit inskriven. Om patienten varit i kontakt med en

kurator via öppenvården tar avdelningens kurator över hanteringen vid inskrivningen. Så snart som möjligt efter att patienten skrivits in ska en vårdplan upprättas för patienten. Vårdplanen tas i regel fram av dag-SSK och patienten ska helst själv vara delaktig. I samband med inskrivningen kan även prover såsom blodprov och drogtest tas.

Figur 4.3 nedan beskriver det totala antalet inskrivningar till avdelningen per patientgrupp under perioden januari till december 2016. Patienterna delas in i följande grupper:

- *Patienter som tidigare vårdats på avdelningen*
- *Patienter med upprättad kontakt med bipolärmottagningen*
- *Patienter ej tidigare kända inom psykiatrin*
- *Övriga patienter*

Patientgruppen *Övriga patienter* innefattar patienter som är kända inom psykiatrin men inte inom vårdkedjan.

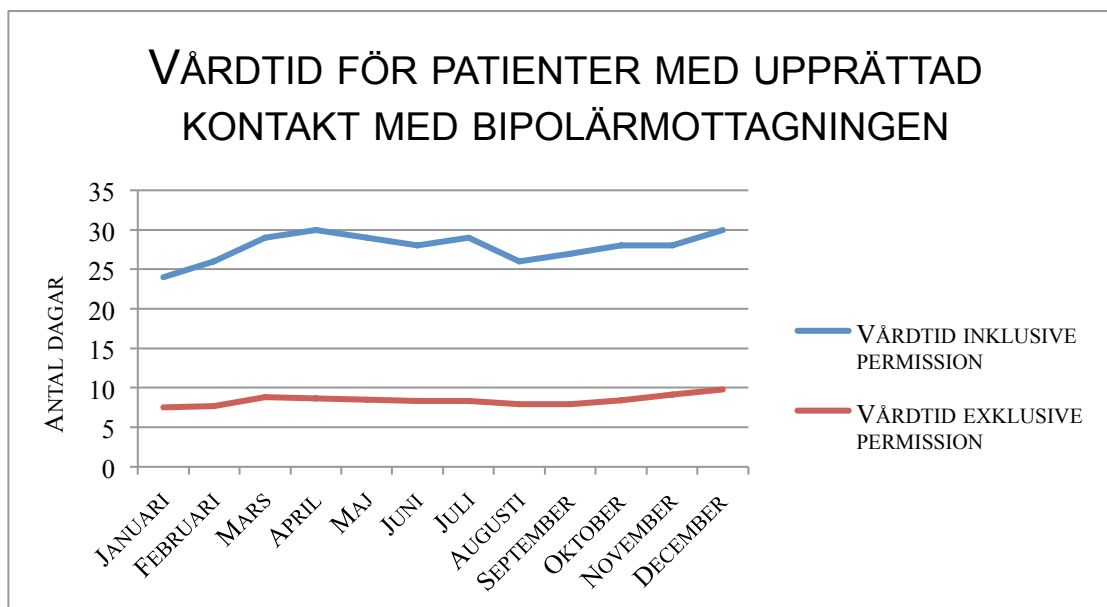


Figur 4.3: Totala antalet inskrivningar till avdelningen under 2016.

För att begränsa belastningen och väntetiden på akutmottagningen eftersträvas att så många patienter som möjligt direktinläggs via bipolärmottagningen. Under kvällar och helger är bipolärmottagningen stängd, vilket ökar trycket på akutmottagningen. Avdelningens kapacitet räcker vanligtvis till, men i de fall det inte finns någon ledig plats på avdelningen händer att patienter med bipolär sjukdom tillfälligt läggs in på annan avdelning. Det förekommer dock ofta att övriga psykiatriska kliniker och avdelningar inte har tillräcklig kapacitet, vilket medför att patienter med andra sjukdomar än bipolär sjukdom läggs in på avdelningen.

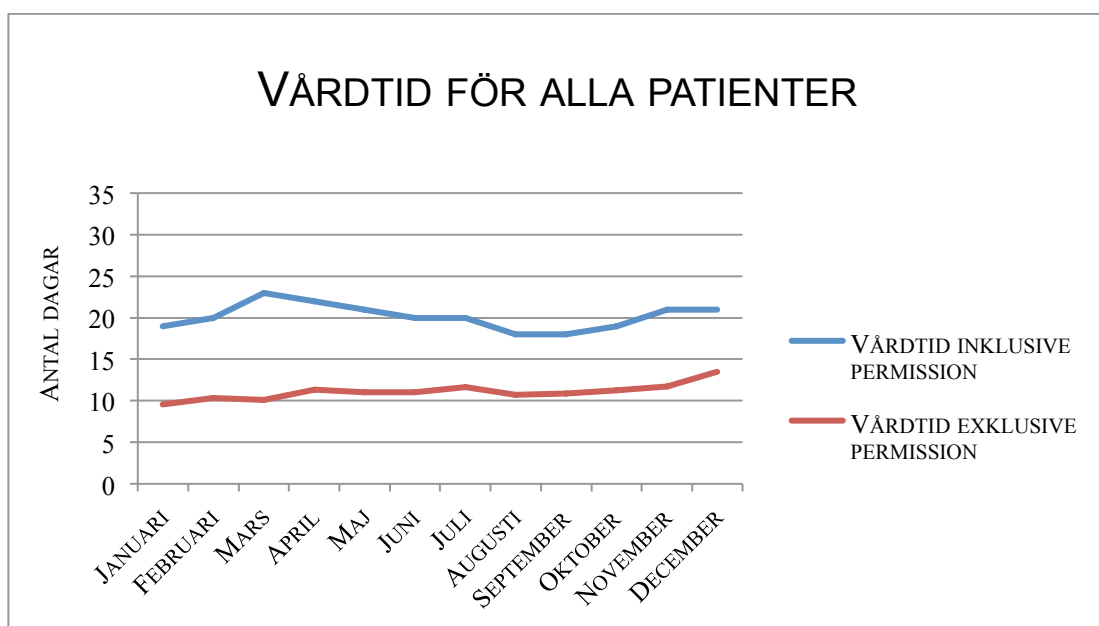
4.2.2 VÅRDTID

Patienternas vårdtid beror på hur lång tid det tar innan de svarar på behandling och det är upp till VÖL att besluta hur lång vårdtiden blir för respektive patient. Figur 4.4 nedan illustrerar vårdtiden under 2016, inklusive och exklusive permission, för de patienter som har en upprättad kontakt med bipolärmottagningen.



Figur 4.4: Vårdtiden för patienter med upprättad kontakt med bipolärmottagningen 2016.

Det kan från figur 4.4 utläsas att vårdtiden för de patienter som skrevs in under januari månad i genomsnitt var 24 dagar. Vidare visar diagrammet att nästan två tredjedelar av patienternas totala vårdtid under 2016 utgjordes av permissioner. Om samtliga patienter tas i beaktning är andelen permissionsdagar mindre, se figur 4.5.



Figur 4.5: Vårdtiden för alla patienter 2016.

Vårdtiden exklusive permission var längre sett till samtliga patienter jämfört med patienter med upprättad kontakt med bipolärmottagningen. Däremot var den genomsnittliga vårdtiden inklusive permission kortare än för patienter med upprättad kontakt med bipolärmottagningen.

4.2.3 LÄKARSAMTAL

Eftersom den huvudsakliga behandlingen av patienter med bipolär sjukdom grundar sig i medicinering, är läkarsamtalen ett viktigt verktyg under patientens vistelse på avdelningen. Samtalen rör patientens tillstånd samt hur hen svarat på medicineringen. I samband med samtalet kan läkarna besluta om eventuella medicinjusteringar och samtalet journalförs vanligtvis av UL. Under ett läkarsamtal närvarar VÖL och/eller UL, patienten och eventuellt patientens KP.

4.2.4 ECT

ECT är en typ av elbehandling som ibland används vid svår depression eller mani (Vårdguiden, 2016b). I de fall som patienten ska genomgå en ECT-behandling, är det KP:s uppgift att förbereda patienten för behandlingen och följa med till den lokal som behandlingen genomförs i. KP ska också närvara under hela behandlingen och hjälpa patienten tillbaka till avdelningen efter behandlingen.

4.2.5 AKTIVITETSSCHEMA

Patientens KP utformar ett aktivitetsschema tillsammans med patienten. Aktivitetsschemat beskriver de dagliga aktiviteterna som patienten ska utföra, exempelvis daglig promenad eller besök i aktivitetsrummet. Aktiviteterna dokumenteras i Melior och sätts sedan upp på dörren till patientens rum.

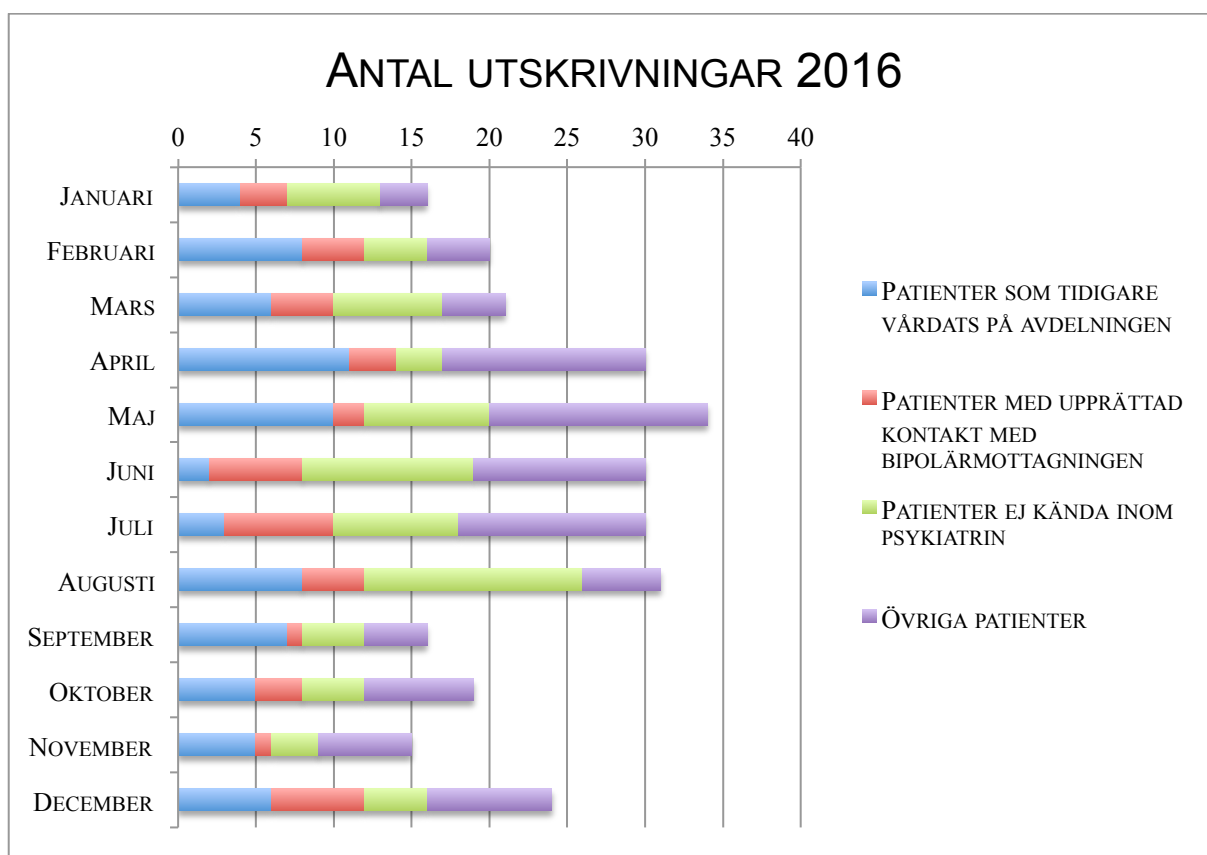
4.2.6 PERMISSION

Patienter som vårdas under HSL har möjlighet att, i samråd med VÖL, gå på permission. För patienter som vårdas under LPT är permissionsmöjligheterna mer begränsade. Patienter som går på permission blir informerade om att deras plats kan bli belagd under permissionstiden.

4.2.7 UTSKRIVNING

När patienten börjar bli bättre planerar läkaren för utskrivning och signalerar till bipolärmottagningen att patienten är på väg att skrivas ut samt när utskrivningen kommer att ske. Meddelandet till bipolärmottagningen sker per fax och ska besvaras med ett inbokat uppföljningssamtal för patienten. För att säkerställa att ett uppföljningssamtal blivit inbokat, måste avdelningens personal både se efter vid faxen och i det gemensamma datasystemet Elvis. I vissa fall skrivs inte patienten ut från avdelningen innan en bekräftelse på ett inbokat samtal är mottagen vilket kan förlänga vårdtiden för patienten. I vissa situationer kan det hända att en läkare, eller bakjour beroende på tid på dygnet, skriver ut en patient i förtid för att frigöra en plats. Detta sker endast om det finns inplanerade inskrivningar under samma eller nästkommande dag.

Slutanteckning, vård- och läkemedelsberättelse samt läkemedelslista dokumenteras av VÖL eller UL när patienten ska skrivas ut. Slutanteckningen är avsedd främst för läkare i öppenvården och beskriver patientens vistelse på avdelningen. Vård- och läkemedelsberättelsen är avsedd för patienten och är en förenklad sammanfattning över vistelsen. Läkemedelslistan är till för patienten och för nästkommande vårdgivare för att säkerställa att rätt medicinering även sker utanför vårdavdelningen. Även SSK ska i samband med utskrivningen föra slutanteckningar i SAMSA, Elvis och i vissa fall Melior. Slutanteckningarna är främst avsedda för öppenvården och hemsjukvården, men eftersom inte alla patienter har hemsjukvård görs inte slutanteckningar i samtliga fall. Om patienten varit i kontakt med kuratorn under vistelsen på avdelningen, lämnas hanteringen vidare till öppenvården. I figur 4.6 nedan framgår antal utskrivningar per månad under 2016.



Figur 4.6: Totala antalet utskrivningar från avdelningen under 2016.

I figur 4.6 framgår att antalet utskrivningar varierade beroende på månad och att flest patienter skrevs ut under perioden april till augusti. Bemanningen anpassades inte efter den ökade belastningen, trots att fler patienter skrevs ut under sommarmånaderna och att utskrivningar är tidskrävande.

4.2.7 EFTER UTSKRIVNING

Det är bipolärmottagningens uppgift att följa upp patientens tillstånd och välmående efter utskrivning, att stabilisera patientens stämningsläge samt förebygga återinsjuknande i nya skov. Vanligtvis håller personalen från bipolärmottagningen i ett uppföljningssamtal med patienten en till tre veckor efter utskrivning.

4.3 ARBETSSÄTT OCH RUTINER

De arbetssätt och rutiner som tagits fram på avdelningen används i syfte att öka vårdkvaliteten, underlätta arbetet för personalen samt undvika onödiga risker. Personalen uttrycker gemensamt att tydliga rutiner är något som uppskattas och att det uppstår problem när det standardiserade arbetssättet och rutiner frångås. Det råder delade uppfattningar kring vilka rutiner som är aktuella och hur nya rutiner bör kommuniceras ut.

4.3.1 VARIATION AV DIAGNOS

Avdelningens arbetssätt är utformat och anpassat efter patienter med bipolär sjukdom och kliniken strävar efter att hålla inflödet av patientgruppen till avdelningarna så homogen som möjligt. På grund av platsbrist på andra avdelningar och kliniker, beläggs ofta en del av avdelningens platser med patienter som inte har bipolär sjukdom, främst från Beroende- och Psykoskliniken. Dessa patienter flyttas vanligtvis till rätt avdelning när plats frigörs. Variationen försvårar personalens arbete på grund av begränsade kunskaper kring andra psykiska sjukdomar, vilket resulterar i ökad arbetsbelastning och att vissa patienter inte får den vård de borde få. Personalen tvingas i dessa fall frångå vissa av de standardiserade rutiner som arbetats fram. Exempelvis har personalen inte samma befogenhet att visitera beroendepatienter som kommer till avdelningen som den avdelningen de egentligen hör till.

4.3.2 MORGONSAMLING

Under morgonsamlingen, innan TEAM, håller ansvarig SSK i en morgonsamling med patienterna om hen inte delar ut uppgiften till en skötare. Syftet med morgonsamlingen är att patienterna ska ha en möjlighet att göra sin röst hörd under TEAM.

4.3.3 TEAM

Klockan 09:00-10:00 varje morgon hålls ett TEAM, eller sittande rond, där VÖL, UL, ansvarig SSK, dag-SSK och skötare deltar. Ibland deltar även kurator och patienter.

Under mötet blir alla närvarande tilldelade ett rapportblad (SBAR) där det framgår information om samtliga patienter på avdelningen. Rapportbladet innehåller:

- Rumsnummer
- In-datum, Apodos, sekretess
- Namn och födelseår, vårdform, tillsyn, utgång, tillhörande grupp, KP och PAS
- Situation, bakgrund
- Anteckningar. Viktiga anteckningar gulmarkeras.

Under TEAM uppdaterar personalen varandra om patientens tillstånd och beslut fattas kring bland annat medicinering, läkarsamtal, permission och anhörigsamtal. Besluten dokumenteras av dag-SSK i journalen och visas visuellt på en skärm för de som deltar. Under TEAM förs också individuella anteckningar av de som närvarar. Läkarna antecknar på en placeringslista, dag-SSK antecknar på en planeringslista och skötarna på rapportbladet. Den samlade uppfattningen om TEAM är att det är ett mycket värdefullt tillfälle för samtlig personal eftersom det är enda tillfället under dagen när samtliga yrkesroller med patientkontakt närvarar. Personalen anser att TEAM är ett bra tillfälle för att hålla sig uppdaterade om patienternas tillstånd och de upplever att alla har möjlighet att komma till tals. Utöver att alla patienters tillstånd och situation ska stämmas av och att eventuella beslut ska fattas kring respektive patient, finns ingen dagordning för TEAM. Patientordningen skiljer sig åt mellan rapportbladet och placeringslistan vilket leder till förvirring gällande vilken ordning patienterna ska diskuteras på mötet. Diskussioner tenderar att dra ut på tiden och de patienter som står längst ned på listan stressas igenom. Under studiens gång tog en dag-SSK initiativet att gå igenom patienterna i omvänd ordning vissa dagar för att de patienter som stod längst ned på listan skulle ges mer tid.

Det noterades vid samtliga observationstillfällen att TEAM tog mer tid i anspråk än vad som var avsatt. Enligt personalen har detta kommit att bli en vanlig företeelse på avdelningen, främst på grund av att det ofta blir långa diskussioner kring läkemedelsjusteringar mellan läkare och läkarstudenter. Samtlig intervjuad personal hävdar att TEAM ofta drar ut på tiden på grund av att det finns en tendens att diskussionerna fastnar kring ämnen som inte berör all personal. Viss personal tycker att det är bättre att TEAM tar längre tid för att undvika missar och missförstånd senare under dagen och att vissa utsvävande samtal är nyttiga i utbildningssyfte. Däremot leder en försening under TEAM till att schemat för resten av dagen rubbas och efterkommande aktiviteter försenas.

I slutet av TEAM diskuteras vilka patienter som är i störst behov av ett läkarsamtal, vilken läkare som ska närvara samt vid vilken tidpunkt samtalet ska ske. Det finns således ingen standardisering av dessa delar. Efter TEAM skrivs en lista ut med de läkarsamtal som ska hållas under dagen och listan sätts upp på informationstavlan i dagrummet samt delas ut till läkarna på avdelningen. På listan framgår vilka patienter som ska ha ett samtal och vid vilken tidpunkt, men det framgår inte var samtalet ska äga rum eller vilken läkare som ska närvara. Det finns endast ett samtalsrum på avdelningen som används i första hand, men det kan hållas mer än ett samtal under samma tidpunkt. Detta skapar viss förvirring hos både personal och patienter eftersom temporära rumslösningar görs efter hand.

På grund av tidsbrist under TEAM fortsätter diskussioner efteråt, både på SSK- och UL-expeditionen. VÖL tvingas därefter att svara på många frågor från personalen i korridoren. Till följd av att TEAM ofta drar ut på tiden och att listan med läkarsamtal inte uppdateras, vistas patienterna utanför samtalsrummet eftersom de förväntar sig att läkarsamtalet ska ske vid angiven tidpunkt. Dessutom får personalen motta en mängd frågor från oroliga patienter kring just läkarsamtalen.

4.3.4 RAPPORTERING

Den personal som inte deltagit under TEAM uppdateras av ansvarig SSK om vad som sagts och vilka beslut som fattats under mötet. Avstämning kring vad som skett under föregående skift och en genomgång av alla patienters tillstånd och situation sker också mellan varje skift.

På eftermiddagen sker två avstämningar till kvällspersonalen, en avstämning som ansvarig SSK utför och en som läkarna utför. Den ansvariga SSK beskriver patientens tillstånd och läkaren har en kort avstämning innan hen går hem gällande exempelvis läkemedelsjusteringar och beslut som fattats under eftermiddagen. I dagsläget händer det att både VÖL och UL medverkar på läkaravstämningen, vilket viss personal uppfattar som frustrerande eftersom det ofta blir diskussion mellan VÖL och UL om behandlingar och medicinjusteringar som drar ut på tiden.

4.3.5 DOKUMENTATION

Journalföring sker med hjälp av Vips-modellen som är en modell för dokumentation inom psykiatri. Modellen bygger på sökord och ligger till grund för Melior. Enligt VÖL är inte IT-systemen uppbyggda på ett effektivt sätt och då betraktar VÖL journalerna som en del av IT-systemen eftersom hen menar att de i grunden inte är utformade för vårdpersonal. VÖL anser att det hade varit fördelaktigt om systemen varit uppbyggda primärt utifrån vårdpersonalens behov eftersom det troligtvis skulle gynna patienterna. På initiativ av en av dag-SSK har det genomförts en omstrukturering i journalföringen på avdelningen. Numer utgår dokumentationen från vårdplanen med kategorier som exempelvis sömn och permission för att det ska vara enklare att hitta i journalerna. Vissa avdelningar har tagit efter avdelningens nya utformning av journalen och samtlig personal på avdelningen anser att omstruktureringen har underlättat dokumentationen.

Det råder blandade uppfattningar kring dokumentationsbördan på avdelningen. VÖL, UL och läkarstudenterna anser att dokumentationsbördan är hög och en UL menar att hen arbetar mer med datorer än människor. Läkarsekreteraren har en viktig roll i att minska läkarnas dokumentationsbörda. VÖL upplever att tiden till direktkontakt med patienterna minskar när läkarsekreteraren inte är på plats. Övrig vårdpersonal menar att det bör dokumenteras mer och att det krävs mer tid för dokumentation. För att säkerställa att dokumentationen blir gjord, har tid avsatts för SSK och skötare i dokumentationsrummet klockan 14:30 varje dag. Personalen ser en fördel med att sitta i dokumentationsrummet istället för på expeditionen där de ofta blir avbrutna av patienterna.

4.3.6 INTRODUKTION AV NY PERSONAL

Både skötare och SSK anser att deras introduktion på avdelningen varit bra. Majoriteten av vårdpersonalen uppfattar introduktionen som givande och utförlig medan introduktionen för UL och kuratorn har förbättringspotential. VEC utser en handledare de första två till fyra veckorna vid introduktion för skötare och SSK. Det finns checklistor för respektive yrkesgrupp som ska prickas av vid introduktionen. En del av introduktionen för SSK går ut på att gå bredvid en skötare för att få en bättre förståelse för hur avdelningen fungerar. De får också medverka vid läkarsamtal för att öka förståelsen för patienternas behandling.

UL får en och en halvdagsintroduktion med UL-chefen, där de får information om kliniken, datasystem samt undervisning inom psykiatrin. Det är VÖL:s uppgift att introducera UL för avdelningen och de avdelningsspecifika förutsättningarna och rutinerna, men det finns ingen tydlig rutin för UL:s introduktion på avdelningen. Det finns ett introduktionshäfte att tillgå, men det har funnits tillfällen när detta missats att delas ut till nya UL. Det krävs alltså ett förtydligande kring introduktionen för nya UL eftersom all information kring rutiner inte förmedlats ut vid introduktionen. Samtlig vårdpersonal, inklusive UL, anser att det vore till en fördel om UL blir presenterad och får gå bredvid både skötare och SSK i samband med introduktionen. Det upplevs att UL inte har tillräcklig övergripande kännedom kring avdelningens utformning eller vårdpersonalens arbete. Det finns alltså ingen strukturerad introduktion på avdelningen för UL, och VÖL medger att hen inte har kännedom om vem som ansvarar för upplärningen.

Avdelningens kurator fick knapphändig introduktion och otydliga direktiv från VEC kring förväntningar på arbetsrollen och fick därför utforma sina egna arbetsuppgifter. För att få bättre kännedom kring arbetsuppgifterna fick kuratorn kontakta tidigare anställd kurator. En önskad introduktion hade innefattat mer bredvidgång, gärna med dag-SSK för att få en bättre förståelse för avdelningen. Enligt kuratorn hade det varit fördelaktigt att kunna kontakta en ”fadder” för vägledning. För att få bättre förståelse för arbetsuppgifterna bör ”faddern” arbeta på en liknande avdelning och vara kurator.

4.3.7 OTYDLIGHET KRING RUTINER

Personalen behöver tillsammans med nuvarande VÖL klargöra vilka rutiner som ska gälla eftersom det finns stora kontraster i arbetssättet jämfört med tidigare VÖL. Det är lätt att vissa rutiner faller bort eller att de avviker från vårdplanen när en ny VÖL tillsätts vilket är ett återkommande fenomen som skapar förvirring. VÖL har initierat en rad olika förändringar i arbetssättet och hen menar att ett par av dessa, exempelvis ett drogtest med snabbt resultat, har börjat få fäste. Däremot menar vårdpersonalen att rutiner tillkommer eller faller bort under TEAM och att information om dessa förändringar inte alltid når den personal som inte närvarar.

Viss personal anser att det inte finns tillräckligt tydliga rutiner kring vissa arbetsmoment. Det uppstår bland annat förvirring kring vilka rutiner som ska gälla beroende på om en patient är manisk eller deprimerad, vilket tidigare var mer tydligt. SSK önskar framför allt tydligare inskrivningsrutiner. En del av personalstyrkan anser att de vet vilka rutiner som gäller men att det är oklart vart de kan hitta rutinerna nedskrivna. Vissa rutiner finns till förfogande både på sköterskeexpeditionen, läkarrummet samt på intranätet. Rutiner diskuteras och informeras ut under APT där VÖL sällan deltar. Samtlig personal anser att VÖL har en viktig del i att enas kring rutiner. Skötare är den yrkesgrupp som är mest nöjd med sina rutiner.

4.3.8 SVÅRIGHET ATT PLANERA PÅ GRUND AV HÖG OMSÄTTNING AV UL

På grund av att de flesta UL har en pågående allmän- eller specialisttjänstgöring, alternativt väntar på att få påbörja en sådan, stannar de sällan länge på avdelningen vilket leder till att

omsättningen av UL är hög. För närvarande finns det en UL som är på plats på avdelningen måndag till fredag, resterande UL är endast på avdelningen under en ytterst begränsad tid och/eller endast delar av veckan. Omsättningen av UL leder till begränsad kontinuitet i både patientkontakt och samarbetet med VÖL och övrig personal.

I dagsläget har UL gemensamt ansvar för samtliga patienter vilket kan skapa förvirring hos skötare och SSK eftersom de vet inte vilken UL som har mest kännedom om vilken patient. Personalen vet därför inte vem de i första hand ska vända sig till vid frågor. Att det inte finns någon ansvarsfördelning leder också till att underläkarna tvingas föra diskussion kring vem som ska ansvara för respektive patientsamtal varje morgon. Däremot skulle en uppdelning av patienterna leda till att det vissa dagar inte finns någon UL som är mer insatt i patientens tillstånd. Samtlig personal ser det som en fördel att det finns en UL som är på plats varje dag och har övergripande koll på patienterna eftersom VÖL har många andra åtaganden och inte är närvarande på avdelningen till samma utsträckning.

Eftersom VÖL är ytterst beroende av UL är situationen med UL problematisk. Med kort varsel kommer nya UL till avdelningen vilket kan leda till en otrygg situation för VÖL. Det är dessutom ofta både över- och underbemannat på UL-sidan, mellan en till fyra personer, vilket gör att verksamheten blir svårplanerad. För att VÖL ska kunna ge UL mer ansvar och en fullvärdig undervisning måste UL:s mognadsgrad kunna bedömas, vilket är svårt med dagens omsättning. VÖL vill gärna vara mer delaktig kring rekryteringen av UL för att få mer kännedom kring UL och för att klargöra förväntningar från båda håll. VÖL anser att det mest fördelaktiga upplägget är att det alltid finns en UL som har kontinuerligt ansvar för patienten från inskrivning till utskrivning, en ST-läkare som är delaktig i LPT-diskussioner och förhandlingar samt en AT-läkare på avdelningen.

4.4 FÖRBÄTTRINGSARBETE

Personalen arbetar ständigt med att utveckla avdelningen. Många av rutinerna som skapas för den egna avdelningen arbetas fram under organisationsdagen som hålls en gång per år. För att skapa gemensamma rutiner och en bättre arbetsgemenskap på avdelningen deltar all personal under organisationsdagen. VEC anser att det är relativt lätt att genomföra förändringar på avdelningen om personalen informeras om varför förändringen behövs. Både VEC och personalen har uppfattningen att avdelningen i vissa situationer kräver lång tid för att genomföra förändringar. VÖL anser att det generellt sett tar lång tid att få förändringar på plats.

Ofta inleds förändringar med pilotprojekt som sedan utvärderas och förändringarna kommuniceras sedan ut på olika sätt beroende på vem som genomfört dem. VÖL informerar om nya rutiner under TEAM medan VEC informerar under APT. APT protokollförs och protokollet skickas sedan ut per mail till SSK och skötare. Enligt VEC är det lättare att motivera personalen till förändring genom den statistik som systemadministratören tar fram. Viss personal är positiv till att testa på nya arbetssätt, medan andra har en tendens att motarbeta förändringar. VEC väljer att fokusera på de som ställer sig positiva till förändringarna.

4.4.1 STYRKORT OCH AVDELNINGSMÅL

Avdelningen arbetar med mål för verksamheten i syfte att öka kvaliteten på vården och underlätta styrningen. Mätningar sker centralt för samtliga avdelningar på kliniken, sammanställs av systemadministratören och presenteras i ett styrkort, se Appendix II. Generellt sett ligger studiens avdelning, som går under benämningen E enligt styrkortet, i framkant när det kommer till de mätningar som görs på kliniken. Avdelningens starkaste områden är att tillfråga patienterna om minderåriga barn samt att göra patienterna delaktiga i sin vårdplan. Tabell 4.2 beskriver de gemensamma måtten för kliniken och de avdelningsspecifika målen.

Tabell 4.2: Avdelningsmålen.

Mått	Utfall	Mål
Andel utskrivna patienter med vårdplan	95 %	96 %
Andel utskrivna patienter som varit delaktiga i vårdplanen	67 %	90 %
Andel utskrivna patienter där närstående varit delaktiga i vårdplanen	30 %	96 %
Andel utskrivna patienter som blivit tillfrågade om minderåriga barn	97 %	90 %
Andel utskrivna patienter där slutanteckning finns utan diagnos	9 %	Gemensamt för kliniken
Andel utskrivna patienter med vård- och läkemedelsberättelse	55 %	Gemensamt för kliniken

Trots att avdelningen i jämförelse med andra avdelningar är bra på att göra patienterna och anhöriga delaktiga i vårdplanen når de inte upp till sina satta mål inom dessa områden.

4.4.2 APT

APT är en regelbunden arbetsplatsträff mellan personal och chef (Sandén, 2012). Här får personalen information och möjlighet att påverka den egna arbetsplatsen. Träffen ska följa en dagordning och protokollföras. VEC, SSK och skötare deltar på APT varannan vecka. Träffen används för att kommunicera ut information och för att fatta gemensamma beslut rörande arbetet på avdelningen. Enligt VEC uppmuntras personalen att komma med förslag till förbättringar genom en öppen dialog på APT. Personalen anser att förslagen som lämnas på APT tas på allvar. Delaktigheten minskar dock vid större förändringsåtgärder på grund av tidsbrist och personalen önskar mer tid till att arbeta med förbättringar. VÖL deltar sällan på avdelningens APT och samtlig tillfrågad personal anser att det vore fördelaktigt om VÖL oftare deltagit eftersom vissa frågor som rör arbetet på avdelningen också rör VÖL. De anser också att det hade varit ett bra

tillfälle att prata igenom rutiner och arbetssättet eftersom TEAM inte är lämpligt för detta ändamål.

4.4.3 SPEGLING

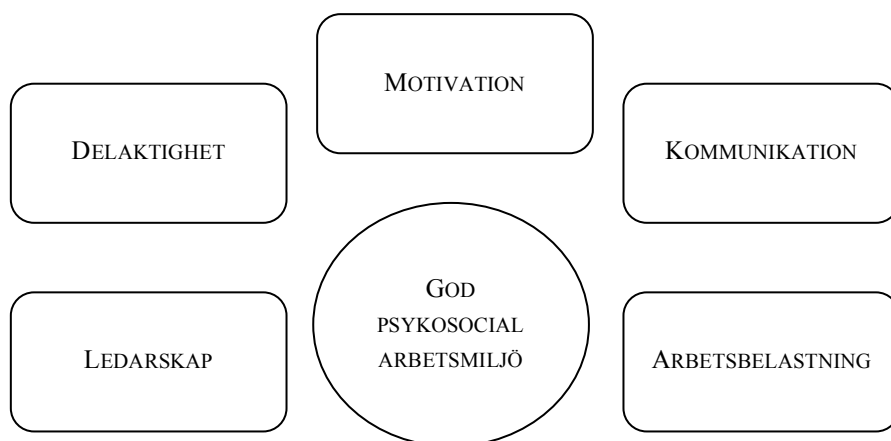
Under speglingen förs diskussion kring hur veckan har varit och om det uppstått incidenter som varit påfrestande. Här närvarar SSK, skötare och VEC. Dessa möten sker en gång per vecka och uppskattas av personalen.

4.4.4 ÖVRIGA MÖTEN

SSK har sjuksköterskemöte varannan vecka med syftet att följa upp rutiner, gå igenom läkemedelsförråd, stärka yrkesspecifik roll samt att få trygghet i arbetsledarrollen. Skötarna har ett skötarmöte där de går igenom arbetsmiljön. Även underläkarna har ett möte en gång i månaden med UL-chefen där de går igenom schemat för de närmaste veckorna och där UL har möjlighet att ta upp arbetsrelaterade frågor. Alla dag-SSK inom psykiatrin träffas en gång i veckan tillsammans med systemadministratören för att diskutera förbättringsarbeten och frågor kring Melior.

4.5 PSYKOSOCIAL ARBETSMILJÖ

Enligt rapportens teoretiska ramverk är *Egenkontroll i arbetet*, *Ett positivt arbetsledningsklimat*, *Stimulans från arbetet*, *God arbetsgemenskap* samt *Optimal arbetsbelastning* de faktorer som har störst inverkan på hur den psykosociala arbetsmiljön upplevs (Rubenowitz, 2004). Avdelningens psykosociala arbetsmiljö behandlas under rubrikerna i figur 4.8 nedan.



Figur 4.8: Faktorer som påverkar avdelningens psykosociala arbetsmiljö.

I rapporten beskrivs de faktorer som påverkar den psykosociala arbetsmiljön under rubrikerna *Ledarskap*, *Delaktighet*, *Motivation*, *Kommunikation* samt *Arbetsbelastning*.

4.5.1 LEDARSKAP

Personalen anser att oavsett yrkesroll så blir alla röster hörda vilket leder till en plattare organisation med mindre hierarkisk styrning. VÖL uppmanar personalen att vara delaktiga vid diskussioner kring patienters behandling. Samtlig personal anser att VEC lyssnar på dem och utövar ett delaktigt ledarskap. VÖL har inget personalansvar men det förväntas samtidigt att hen ska delegera ut uppgifter eftersom hen har det medicinska ansvaret och mest kunskap kring patienternas sjukdom. Vissa SSK efterfrågar tydligare ledarskap och direktiv från VÖL och UL kring uppgifter som ska utföras.

4.5.2 DELAKTIGHET

Samtlig personal anser att de är delaktiga i att utforma sitt eget arbete och att de har möjlighet att påverka arbetsplatsen. De menar att organisationsdagarna är mycket givande. Fler eller längre organisationsdagar efterfrågas eftersom det är enda tillfället när all personal är samlad och information kan kommuniceras ut till samtliga. Dessutom bidrar dessa dagar till en bättre gemenskap bland personalen. Flera SSK menar att de inte känner sig delaktiga i de rutinändringar som VÖL informerar om under TEAM. Kuratorn vill gärna vara mer delaktig i avdelningen och under APT men känner att tiden inte räcker till på grund av att hen arbetar på två avdelningar och därför tvingas prioritera bort APT. Genom att kunna påverka när läkarsamtal ska hållas är UL delaktig i att utforma det dagliga arbetet, däremot upplever UL att de ofta får agera "sekreterare" på de läkarsamtal som VÖL håller i. VÖL, i sin tur, upplever att hen inte kan påverka bemanningen av UL och skulle vilja vara mer involverad i den processen. VÖL önskar sig också kunna vara med och påverka patientinflödet till större utsträckning eftersom det har stor inverkan på vårdkvaliteten på avdelningen. VÖL skulle dessutom vilja ha större frihet till att fortbilda sig.

4.5.3 MOTIVATION

Personalen uppfattar speglingen som ett bra tillfälle att ventilerade veckans händelser. Många i personalstyrkan anser att det är "högt i tak" på avdelningen och att VEC alltid är tillgänglig ifall de har frågor. Gemensamt bland de tillfrågade är att de motiveras av att hjälpa patienter.

Personalens uttalanden kring motivation:

- *Jag känner att jag bidrar med mycket och har mycket patientkontakt, vilket är roligt.*
- *Jag utvecklas och lär mig mycket på avdelningen.*
- *Jag blir mer motiverad genom handledning och utbildning.*
- *Jag blir motiverad av att hjälpa patienter och av att se att de fått med sig något från vistelsen på avdelningen.*

4.5.4 KOMMUNIKATION

Både VEC och VÖL anser att kommunikationen sinsemellan samt med under- och överordnade fungerar väl. Ibland kan informationsöverföringen på avdelningen brista. Läkarna kan exempelvis få frågor kring beslut som fattats vid TEAM eftersom vidareberättelser inte alltid fungerar. Övrig personal anser att kommunikationen fungerar bra med VEC, VÖL samt

inom den fasta personalstyrkan. Dessutom menar de att den tvärfunktionella kommunikationen med andra avdelningar fungerar bra. Däremot kan kommunikationen brista med UL eftersom personalomsättningen är hög och det blir därför svårt att etablera ett nära samarbete. SSK anser att det är viktigt med tydlighet i kommunikationen eftersom de till stor del påverkas av VÖL:s beslut. SSK tycker därför att VÖL bör ge tydligare information om vilka prover som ska tas på patienterna.

4.5.4.1 KOMMUNIKATION MED BIPOLÄRMOTTAGNINGEN OCH SOCIALTJÄNSTEN

Bipolärmottagningen tillhör avdelningens vårdkedja. Ett problem med samarbetet i vårdkedjan är att bipolärmottagningens förståelse för avdelningsarbetet, och vice versa, är begränsat eftersom ingen läkare tjänstgör på båda enheterna. Personalen upplever att bipolärmottagningen är överbelastad eftersom processen att få besked om planerat uppföljningssamtal tar lång tid. Tidigare besökte bipolärmottagningen avdelningen för att etablera kontakt med patienterna, vilket de inte har kapacitet till längre. Kuratorn på avdelningen upplever att det finns en risk att arbetsuppgifter inte hinns med på bipolärmottagningen och undviker därför att lämna över arbete när patienten skrivs ut. Samarbetet fungerar bra med socialtjänsten, främst för att kuratorn tidigare arbetat där och har god förståelse för hur verksamheten fungerar.

Informationsutbytet mellan avdelningen och bipolärmottagningen sker via fax, telefon och videokonferens varannan vecka. Majoriteten av personalen anser att kommunikationen via fax är problematiskt. Det tar lång tid att få svar från bipolärmottagningen efter att personalen signalerat om att patienten är på väg att skrivas ut. En annan nackdel är att det är svårt att se i datorsystemet om faxen har blivit skickad eller ej. Det är ofta oklart vem i personalen som ska skicka faxet, om faxet har blivit skickat och ifall bipolärmottagningen har svarat med en inbokad tid. Osäkerheten kring uppföljning leder till att patienten ibland blir kvar längre på avdelningen än vad som hade behövts.

Trots att bipolär sjukdom kännetecknas av återinsjuknande i skov, anser personalen att patienterna återkommer till avdelningen inom oroväckande korta tidsintervall. Personalen menar därför att det är något som brister i uppföljningen på bipolärmottagningen.

4.5.5 BELASTNING

Eftersom avdelningen behandlar patienter med psykiska sjukdomar är oftast den psykiska arbetsbelastningen högre än den fysiska. Arbetsbelastningen upplevs som hög på avdelningen och personalen hinner inte med allt som de skulle vilja under sin arbetsdag vilket utvecklas nedan.

4.5.5.1 FYSISK OCH PSYKISK ARBETSBELASTNING

Situationen på avdelningen var under en längre period betungande. På grund av den höga arbetsbelastningen drabbades delar av personalstyrkan av utmattningssymptom. Personalgruppen splittrades och personalen ansåg att de under denna tid "släckte bränder" och endast hade tid för att göra det mest akuta. Tidigare vårdades även patienter med ätstörningar på

avdelningen vilket ytterligare ökade kraven och belastningen på personalen. De flesta tillfrågade anser att arbetsbelastningen minskat under senare tid och att de ser ljusst på framtiden.

Vid flertalet observationstillfällen har VÖL och UL redan tidigt på dagen hamnat efter tidschemat vilket vid ett observationstillfälle ledde till att en patient som hade ett inbokat läkarsamtal fick vänta till efterföljande dag för att samtala med läkarna. En UL berättar att de ofta planerar in för mycket under en dag och därför inte hinner med allt de borde. UL menar också att hen inte har särskilt mycket erfarenhet av att dokumentera och därför ofta jobbar över eftersom dokumentationen tar lång tid. Arbetsbelastningen påverkas också av UL-bemanningsvariation, när en UL blir omplacerad eller är sjuk blir belastningen på VÖL och övrig/övriga UL hög. VÖL uppfattar arbetsbelastningen som hög emellanåt, både fysiskt och psykiskt. VÖL är ledig en dag i veckan men tvingas arbeta in sin lediga dag genom att börja tidigare och sluta senare resterande dagar. Enligt VÖL krävs det två specialister per avdelning för att täcka upp för ledigheter, undervisning och utbildning eftersom en specialist ansvarar för två eller tre avdelningar på samma gång i dagsläget. VÖL är också övertygad om att kvaliteten på både vården och undervisningen av UL och läkarstudenter försämras avsevärt när specialister har ansvar för mer än en avdelning. Enligt VÖL leder den ständiga underbemanningen av specialister, kombinerat med administrativ tröghet, till svårigheter att fortbilda sig.

SSK och skötare anser att det nuvarande schemat ger för lite tid till återhämtning, "värsta schemat jag varit med om" menar någon. VEC är medveten om problemet och personalstyrkan kommer därför att utökas med en personalgrupp så att de behöver arbeta färre helger. I övrigt anser personalen att den psykiska och fysiska belastningen är rimlig bortsett från när det är flera krävande patienter som kräver extra-vak, när patienter med andra diagnoser än bipolära skrivs in eller när det är många in- och utskrivningar under samma dag. Det är störst arbetsbelastning på måndagar eftersom patienter som lagts in på fel avdelning under helgen flyttas och patienter som varit på permission över helgen kommer tillbaka. Om SSK och skötare uppfattar arbetet som psykiskt påfrestande har de möjlighet att prata om situationen med VEC.

Delar av personalen menar att avdelningen har påverkats av att paramedicin avvecklats från avdelningen. Paramedicin är enheter inom sjukvården som arbetar med icke rent medicinska behandlingar (Medicinsk ordbok, 2017). Tidigare fanns det tillgång till en sjukgymnast, en psykolog, en arbetsterapeut fördelad på tre avdelningar, och en kurator med heltidstjänst på avdelningen. Dessa resurser lades istället på öppenvården men personalen anser att verksamheten fungerade bättre när de var ett större team med fler kunskapsområden. Tanken med att flytta paramedicin till öppenvården var att dessa resurser inte skulle behövas på en akutavdelning. Trots att det är en akutavdelning stannar patienterna länge och personalen menar därför att stödet från paramedicin behövs. I samband med omorganiseringen fördubblades antalet patienter för kuratorn som numera delas mellan två avdelningar. Enligt kuratorn är den nuvarande arbetsbelastningen för hög för att hinna hjälpa alla patienter som är i behov av hjälp och hen tvingas prioritera bort patienter vars problem inte är lika stora, men ändå betydande, jämfört med andra patienters. Vidare hinner inte kuratorn delta på alla möten som rör patienterna och tvingas i dessa fall låta övrig personal föra hens talan.

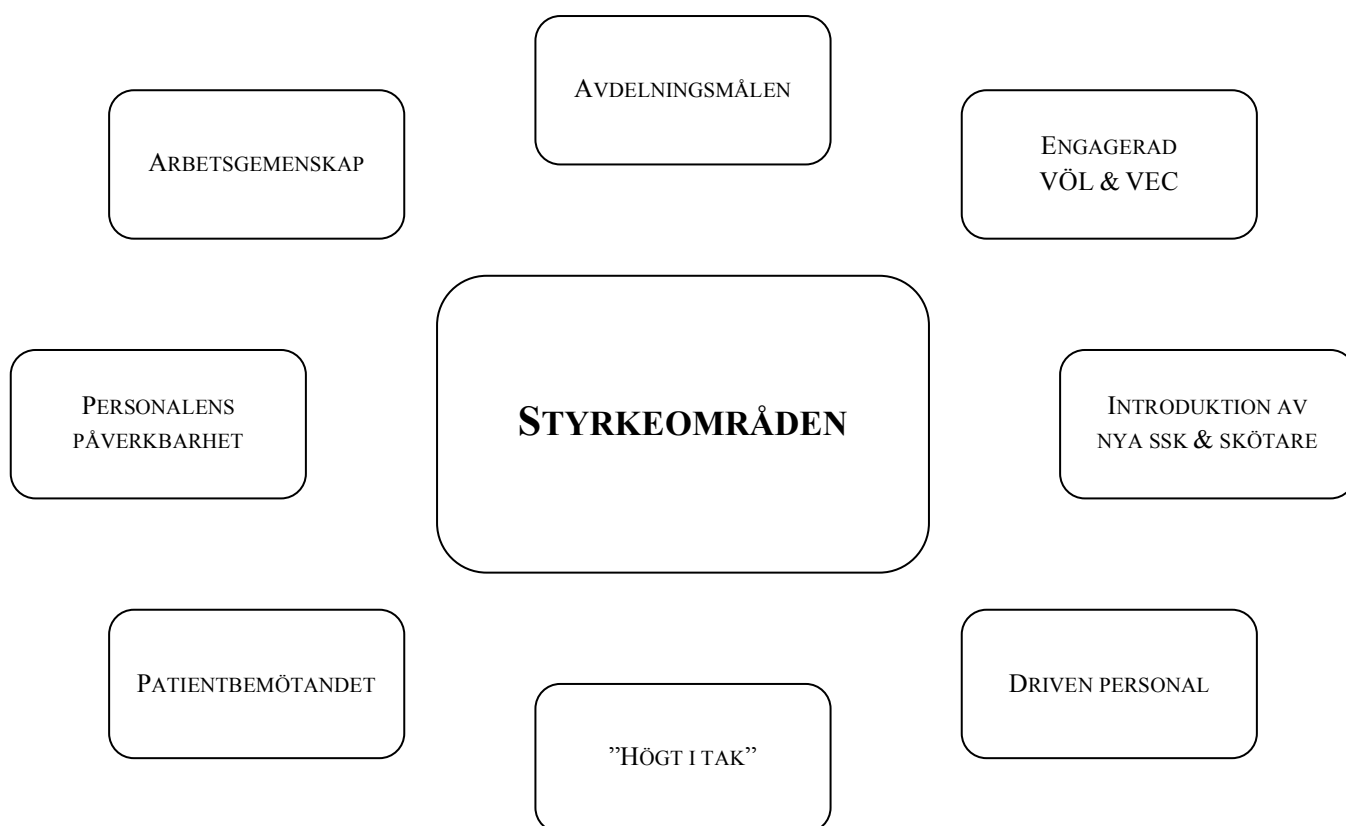
4.5.5.2 OM MER TID SKULLE FRIGÖRAS

En gemensam åsikt bland de intervjuade är att de skulle vilja ha mer tid till indirekt patientarbete genom att hinna läsa på mer kring varje patient. De efterfrågar också mer direktkontakt med patienterna, antingen genom stödjande samtal eller genom aktiviteter och promenader. Personalen vill gärna ha fler gemensamma luncher och organisationsdagar. SSK och skötare anser att de behöver mer tid till dokumentation och mer tid till återhämtning.

VEC vill hinna förbereda sig bättre inför möten, ta hand om resultatet från möten bättre samt önskar mer tid för eftertanke och reflektion. Även VÖL efterfrågar mer tid för reflektion samt fler och mer djupgående läkarsamtal. Dessutom finns en önskan hos VÖL att få mer tid till undervisning och handledning av UL och läkarkandidater. Tidigare undersökningar på avdelningen har visat att patienterna efterfrågar fler och längre promenader och aktiviteter, vilket VEC tror kommer bli möjligt med det nya arbetslaget. En SSK tycker det är viktigt att lägga tid på förbättringsarbete på avdelningen i syfte att underlätta det dagliga arbetet.

4.6 AVDELNINGENS STYRKEOMRÅDEN

Den samlade uppfattningen bland personalen, vilket också bekräftades under observationer och intervjuer, är att avdelningen är välfungerande och att det är vissa områden som utmärker sig. Dessa områden, i rapporten kallade styrkeområden, illustreras i figur 5.2 och beskrivs nedan.



Figur 5.2: Avdelningens styrkeområden.

Avdelningsmålen

Avdelningen arbetar aktivt med avdelningsmålen och ligger enligt styrkortet i framkant jämfört med andra avdelningar. Enligt styrkortet tillfrågas exempelvis 97 % av patienterna om minderåriga barn vilket troligtvis har sin förklaring i avdelningens välfungerande barngrupp. Dessutom har 95 % av de utskrivna patienterna en vårdplan och 97 % av dessa vårdplaner har patienterna varit delaktiga i att utforma.

Engagerad VÖL och VEC

Personalen anser att både VÖL och VEC är engagerade i vården av patienterna och personalrelaterade frågor. Vidare ses det som en fördel att VÖL och VEC:s tjänster inte är fördelade på fler avdelningar och att deras kontor ligger på avdelningen vilket ökar tillgängligheten.

Introduktion av nya SSK och skötare

SSK och skötare får en utförlig introduktion på avdelningen vilket ökar både tryggheten i arbetsrollen, gemenskapen i personalgruppen och patientsäkerheten.

Driven personal

VEC menar att personalen alltid är mån om att utveckla avdelningen, vården av patienterna och sin egen kompetens. Att personalen är driven bekräftas också genom de genomförda intervjuerna.

"Högt i tak"

Personalen anser att både VÖL och VEC lyssnar på deras åsikter kring patienter och arbetet på avdelningen. De uppmuntrar personalen till att komma med egna förslag samt arbetar för att göra samtliga yrkesgrupper delaktiga i att utforma den bästa vården för patienterna.

Patientbemötandet

Patienterna bemöts respektfullt, tålmodigt och vänligt av personalen. Under observationerna talade personalen varken illa till eller om patienterna.

Personalens påverkbarhet

Personalen har stora möjligheter att påverka sitt arbete, både genom APT men även under organisationsdagar.

Arbetsgemenskap

Personalen på avdelningen har en god arbetsgemenskap. De trivs med sitt arbete och menar att det finns ett förtroende mellan kollegorna.

5. DISKUSSION

Kapitel fem inleds med en beskrivning av de identifierade problemområdena med tillhörande teoretiskt förankrade lösningsförslag. Vidare följer en rekommendation kring implementering av lösningsförslagen genom Kotters (1996) åttastegsmodell.

5.1 PROBLEMOMRÅDEN OCH TEORETISK FÖRANKRADE LÖSNINGSFÖRSLAG

Nedan diskuteras de problemområden som identifierats på avdelningen samt vad de troligen resulterar i. Efter varje problemområde följer teoretisk förankrade lösningsförslag som slutligen sammanfattas i en tabell.

5.1.1 BRISTANDE INTRODUKTION AV KURATOR OCH UL

Nedan ges förslag till förbättringar gällande introduktionen av kuratorn och UL.

5.1.1.1 BRISTFÄLLIG INTRODUKTION AV KURATOR

Kuratorns knapphändiga introduktion tros bero på att det inte finns något standardiserat introduktionsprogram. VEC är närmsta chef och således ansvarig för introduktionen. Den bristande introduktionen har lett till att kuratorn upplevt osäkerhet kring arbetsrollen och vilka arbetsuppgifter hen förväntas ta ansvar för. Kuratorn vet heller inte vem hen kan kontakta för vägledning i arbetsrollen.

LÖSNINGSFÖRSLAG

Standardiserad introduktion

Genom en standardiserad introduktion försäkras att inga viktiga moment missas och den nyanställda känner ökad trygghet för arbetsplatsen och arbetsrollen (Rubenowitz, 2004). För att säkerställa en strukturerad och utförlig introduktion av nya kuratorer föreslås därför att VEC som närmsta chef, tillsammans med nuvarande kurator, tar fram en standardiserad introduktionsplan samt ett introduktionshäfte. Introduktionshäftet bör endast användas som komplement till muntlig information (ibid.). I enlighet med Rubenowitzs teorier om systematiska introduktionsrutiner bör VEC också, tillsammans med en utvald "fadder", gå igenom en checklista och därigenom se till att kuratorn får ta del av alla relevanta instruktionsmoment. När checklistan är avklarad bör VEC introducera kuratorn för den roll och de arbetsuppgifter som hen förväntas utföra på avdelningen.

5.1.1.2 BRISTFÄLLIG INTRODUKTION AV UL

Att UL inte fått en ordentlig introduktion på avdelningen tros också beror på att det inte finns något standardiserat introduktionsprogram. UL-chefen ansvarar för den övergripande introduktionen av kliniken och arbetet, ett ansvar som sedan ska övertas av VÖL när det kommer till den avdelningsspecifika introduktionen. VÖL är dock inte medveten om sitt introduktionsansvar och därför har det hänt att UL påbörjat sin tjänst utan att VÖL är på plats. På grund av att avdelningen inte presenterats för UL och att introduktionshäftet missats att delas ut i samband med introduktionen, har UL tvingats fråga sig fram och därmed upplevt osäkerhet.

LÖSNINGSFÖRSLAG

Standardiserad introduktion

När en ny VÖL tillsätts är det viktigt att hen får information om sitt introduktionsansvar och därmed kan introducera UL på avdelningen. Läkarchefen, som är VÖL:s närmaste chef, bör därför se till att denna information når fram. I enlighet med förslaget om en standardiserad introduktionsplan för kuratorer, bör även VÖL införa en strukturerad introduktion av avdelningen för UL med hjälp av en checklista. Genom att strukturera upp introduktionen förhindras också att viktiga moment glöms bort (Rubenowitz, 2004), vilket exempelvis säkerställer att introduktionshäftet delas ut till UL. Eftersom arbetet på avdelningen är gruppbaserat föreslås även att UL, i samband med introduktionen, ges möjlighet att gå bredvid en SSK. På så sätt kan det dagliga arbetet följas och förståelsen för vårdarbetet öka. Bergman & von Thiele Schwartz (2012) menar också att denna typ av gruppbaserat arbetssätt bidrar till kunskapsutbyte mellan professionerna samt ger de inblandade en bättre helhetsbild av patientflödet.

5.1.2 HÖG OMSÄTTNING AV UL

På grund av att de flesta UL har en pågående allmän- eller specialisttjänstgöring, alternativt väntar på att få påbörja en sådan, stannar de sällan länge på avdelningen vilket leder till att omsättningen av UL är hög. VÖL har inget personalansvar och begränsade möjligheter att påverka UL-bemanningen, men förväntas trots detta leda personalen på grund av sitt medicinska ansvar. VÖL får med kort varsel reda på att nya UL kommer till avdelningen. Den höga omsättningen av UL gör verksamheten svårplanerad för VÖL och leder till bristande kontinuitet för patienterna som vårdas på avdelningen. I dagsläget har UL gemensamt ansvar för samtliga patienter vilket kan skapa förvirring hos skötare och SSK eftersom de inte vilken UL som har mest kännedom om vilken patient. Personalen vet därför inte vem de i första hand ska vända sig till vid frågor.

LÖSNINGSFÖRSLAG

Involvera VÖL i rekryteringsprocessen

VÖL bör vara involverad i rekryteringsprocessen av UL för att kunna skapa ett effektivt samarbete som leder till bättre vårdkvalitet. Genom att VÖL får möjlighet att påverka rekryteringen kan hen lättare planera läkarsamtal, arbetsfördelning samt handledning. För att VÖL ska kunna handleda UL på ett engagerat sätt är det betydande att hen får vara delaktig i rekryteringsprocessen vilket stöds av Rubenowitzs (2004) teorier om att det är viktigt att medarbetarna är delaktiga vid en förändring för att de inte ska skapa motstånd till den. Dessutom menar Lai (2011) att upplevelsen av att kunna påverka sitt arbete leder till högre stimulans från arbetet och högre upplevt kompetensutnyttjande. Dessa faktorer bidrar i sin tur till en bättre psykosocial arbetsmiljö (Rubenowitz, 2004).

Kontinuerliga arbetslag

Arbetslagen på avdelningen bör vara kontinuerliga. Genom att minska omsättningen av UL kan kommunikationen med övrig personal förbättras och patienterna får kontinuitet i vården. Som Wallin och Thor (2008) hävdar, är en bristande kommunikation inom sjukvården den mest bidragande faktorn bakom olycksfall och missöden som drabbar patienter. Därför är det viktigt att omsättningen av UL minskar för att säkerställa vårdkvaliteten. Enligt Bergman och von Thiele Schwartz (2012) ökar både patientsäkerheten och patienttillfredsställelsen när läkare och övrig vårdpersonal följer patienten från inskrivning till utskrivning. Följden av kontinuerligt arbetslag är således att patienterna kan få en ansvarig läkare som följer hela deras vistelse på avdelningen, vilket också underlättar kommunikationen mellan UL och övrig vårdpersonal.

Fortsatta studier kring omstrukturering av läkarfortbildningen

Enligt Socialstyrelsen (2017b) har psykiatrin störst efterfrågan av läkare, vilket indikerar på att färre läkare söker sig till psykiatrin än till somatiken. Förmodligen beror den höga omsättningen av UL på att färre läkare söker sig till psykiatrin i kombination med ett utbildningssystem som inte gör det möjligt för AT- och ST-läkarna att stanna kvar på avdelningen en längre tid. För att minska den höga omsättningen av UL behövs en nationell omstrukturering av allmän- och specialisttjänstgöringen samt ett ökat intresse för arbete inom psykiatrin, vilket kräver fortsatta studier.

5.1.3 UPPLEVD HÖG ARBETSBELASTNING

Det nuvarande schemat skapar hög arbetsbelastning och lite tid för återhämtning för SSK och skötare. Variationen av patienter som skrivs in ökar belastningen hos personalen eftersom det standardiserade arbetssättet inte kan tillämpas till samma utsträckning på patienter som inte har bipolär sjukdom. Dessutom upplever personalen situationen som betungande när flera patienter samtidigt kräver extra-vak. VÖL och UL planerar också in mer än vad de hinner under en dag och upplever att tiden inte räcker till.

På grund av att paramedicin flyttades till bipolärmottagningen ökade belastningen på övrig personal och i samband med detta fördelades kuratorns heltidstjänst på två avdelningar. Den nuvarande kuratorn har endast möjlighet att hjälpa de patienter som har störst behov av hjälp och tvingas att delegera ut vissa av sina uppgifter på övrig vårdpersonal. Exempelvis hinner inte kuratorn med att delta på möten som rör patienterna och låter därför patientens KP eller en SSK föra vidare information vid dessa tillfällen.

Den höga arbetsbelastningen leder till att VÖL och VEC upplever att de inte har tid för eftertanke. VÖL upplever också att tiden inte räcker till att handleda UL och läkarstudenter på det sättet hen skulle vilja och ser bristande frihet till att fortbilda sig. Personalen har heller inte tid att bistå patienterna med aktiviteter och promenader i den utsträckning som de själva och patienterna önskar.

LÖSNINGSFÖRSLAG

Uppföljning av nytt schema

Enligt Westerholm (2008) kan hög arbetsbelastning leda till negativa och stressrelaterade hälsomässiga effekter och enligt Lundberg (2003) kan brist på återhämtning bidra till ytterligare hälsorisker. Eftersom det nuvarande schemat för SSK och skötare upplevs som påfrestande och eftersom det inte heller ger utrymme för återhämtning, bör ett nytt schema införas. Med tanke på att avdelningen just nu är mitt uppe i införandet av ett nytt arbetslag, och därmed ett nytt schema, kommer inte lösningsförslag som rör ett nytt schema vidareutvecklas i studien. Avdelningen bör däremot följa upp huruvida personalen uppfattar det nya schemat som mindre påfrestande.

Bevara speglingen och inför fler tillfällen för att utveckla arbetsgemenskapen

På arbetsplatser där den psykiska och fysiska belastningen är hög är det viktigt att medarbetarna kan påverka sitt eget arbete samt att de har tillgång till emotionellt stöd, antingen genom god arbetsgemenskap eller handledning (Ohlson & Arvidsson, 2005). Samtlig tillfrågad personal uppfattar arbetsgemenskapen som god och både skötare och SSK anser att speglingen är givande eftersom den ger dem möjlighet att ventileras påfrestande händelser. En balanserad relation mellan krav, kontroll och stöd leder till ökad kompetens och personlig utveckling för personalen (Stressforskningsinstitutet, 2016). För att behålla det stöd som personalen upplever, bör speglingen därför bevaras och fler tillfällen för ytterligare utveckling av arbetsgemenskapen införas.

Enligt krav-kontroll-stödmodellen krävs, förutom stöd, att personalen också har inflytande och kontroll över sitt eget arbete för att minska riskerna för psykisk ohälsa i samband med hög arbetsbelastning (Ohlson & Arvidsson, 2005). Eftersom personalen inte känner sig delaktig i rutinändringar som görs, föreslås därför utvecklad APT och samverkan kring rutiner vilket vidare behandlas i kapitel 5.1.4.

En heltidsanställd kurator på avdelningen

Att kuratorn är fördelad på två avdelningar är problematiskt eftersom ansvarsområdet är för stort för att hen ska kunna hjälpa alla de patienter som är i behov av hjälp eller stöttning. Ineffektiv kommunikation inom vården beror ofta på att kommunikationsprocessen inte är standardiserad och att information tenderar att ändras när den överförs från sändare till mottagare (Wallin & Thor, 2008). Det är därför inte lämpligt att övrig personal sköter kuratorns talan vid möten som rör patienten. Kuratorns uppdelning på de två avdelningarna leder också till att patienterna inte vårdas av ett kontinuerligt arbetslag, vilket är en avgörande faktor för vårdkvalitet och patienttillfredsställelse enligt Bergman och von Thiele Schwartz (2012). För att minska belastningen för kuratorn och för att reducera risken för missar i kommunikationen, bör det finnas en kurator som arbetar heltid på avdelningen. På så sätt säkerställs också att patienterna får vård från ett kontinuerligt arbetslag.

Eliminera slöserier

En av grundstenarna inom Lean produktion är att eliminera slöserier (Liker & Meier, 2006). De 7+1 slöserier som inte adderar något värde bör minimeras för att frigöra tid till de aktiviteter som tillför värde för personal och patient (Hadfield & Holmes, 2006). Det nya arbetslaget i kombination med eliminering av slöserier bör frigöra mer tid för personalen. Fortsatt förändringsarbete på avdelningen bör därför fokusera på att eliminera de 7 + 1 slöseriområdena: överproduktion, väntan, transport, överarbete, defekter, onödigt lager, onödiga rörelser samt outnyttjad kreativitet hos medarbetarna.

Fortsatta studier kring homogena patientgrupper

Att reducera efterfrågevariationer är nyckeln till att skapa stabilitet i organisationer (Liker & Meier, 2006). Genom att lägga in patienter på avdelningen som inte har bipolär sjukdom ökar variationen av efterfrågan på vården och ökad variation leder till negativa effekter för hela organisationen (Hammar, 2009). Enligt Agervold (2001) kan kritisk information också missas att journalföras i samband med att patienten flyttas mellan vårdenheter. Vidare bör omplacering av patient i möjligaste mån undvikas inom sjukvården eftersom det skapar slöseri i form av transport (Jacobsson, 2010). För att skapa en homogen patientgrupp med bipolära patienter, krävs fortsatta studier på de avdelningar och kliniker i området som inte har kapacitet nog att ta emot sina tillhörande patientgrupper.

5.1.4 OKLARHETER KRING AKTUELLA RUTINER OCH HUR DE KOMMUNICERAS UT

På avdelningen råder oklarhet kring vilka rutiner som gäller, hur nya rutiner ska kommuniceras ut samt var de finns nedskrivna. Detta beror troligen på att förändringar gjorts i samband med att en ny VÖL nyligen tillsatts och att avdelningens personal inte har hunnit arbeta ihop sig kring rutiner. Dessutom är kommunikationsprocessen bitvis otydlig eftersom SSK upplever att VÖL och UL kommer med otydliga direktiv. VÖL deltar sällan på APT vilket begränsar antalet tillfällen för samtal kring arbetsplatsrelaterade frågor mellan VÖL och övrig vårdpersonal. VÖL informerar dessutom om rutinändringar under TEAM som sedan inte når all berörd personal och SSK känner sig därför inte delaktig i rutinändringar.

LÖSNINGSFÖRSLAG

VÖL delaktig på APT

Problemet med att VÖL informerar om rutinändringar under TEAM är att informationen inte når ut till alla, vilket i sin tur leder till förvirring bland personalen kring vilka rutiner som är aktuella och inaktuella. Eftersom VÖL sällan har tid att delta på APT ges heller inget tillfälle för SSK att prata ihop sig med VÖL kring vilka rutiner som ska gälla. Callaly och Arya (2005) menar att läkare, som nyckelpersoner på avdelningen, har stor betydelse för om en förändring kan lyckas vilket talar för att VÖL bör delta på APT. Däremot hävdar Bergman, Hultman och Skagert (2015) att arbetsschema och pågående patientarbete är de vanligaste orsakerna till att vårdpersonal, och främst läkare, inte har möjlighet att delta på APT.

Tidigare forskning på ett sjukhus i Västra Götalandsregionen har visat att endast 2 % av tiden som läggs på APT behandlar frågor som rör kvalitets- och verksamhetsutveckling (Bergman et al., 2015). På grund av att det tidsmässigt är svårt för läkare att delta på APT bör därför VÖL endast delta på APT vid utvalda tillfällen. Vid dessa tillfällen bör fokus ligga på frågor som rör verksamhetsutveckling och klargörande kring gemensamma arbetsprocesser och rutiner. Information från VEC till övrig personal, och frågor som inte rör VÖL, bör behandlas vid resterande APT-tillfällen. Genom att involvera samtliga yrkesgrupper i diskussioner kring förändringar, motverkas också motståndet till förändringen enligt Rubenowitz (2004). Vidare leder tydlig information på arbetsplatsen till en välfungerande arbetsplats och gemenskap (Önnevik, 2010). För att säkerställa att samtlig personal får information om vilka beslut som fattats under APT är det viktigt att protokollet fortsatt skickas ut per mail till personal som inte varit närvarande.

5S för rutiner

Personalen anser att det är svårt att hitta var respektive rutin är nedskriven. I dagsläget finns rutiner tillgängliga på bland annat intranät, SSK-expeditionen, i pärmar i dokumentationsrummet samt i läkarrummet. För att skapa en standard för aktuella rutiner och för att underlätta för samtlig personal, föreslås att 5S införs för både klinikens gemensamma och avdelningsspecifika rutiner enligt tabell 5.1.

Tabell 5.1: 5S för rutiner baserat på Hadfield och Holmes (2006) modell.

Sortera	Identifiera vilka rutiner som är aktuella och inaktuella. Gruppera rutinerna efter användningsområde.
Systematisera	Skapa en plats för visualisering av rutinerna genom att skapa och namnge mappar på intranätet.
Städa	Eliminera de rutiner som är inaktuella för att skapa en aktuell standard.
Strukturera	Se till att standarden upprätthålls genom att utse en ansvarig som kontinuerligt uppdaterar innehållet på intranätet när rutiner tillkommer eller tas bort.
Skapa vana	Engagera samtlig personal till att bidra med ständiga förbättringar kring framtagandet av nya rutiner och identifieringen av inaktuella rutiner. Genom disciplin och engagemang på arbetsplatsen bibehålls stabiliteten.

Enligt Liker och Meier (2006) är 5S en metod för att skapa en standardiserad arbetsplats. Rutinerna bör finnas tillgängliga på ett och samma ställe, förslagsvis på intranätet, för att undvika förvirring. Genom att utnyttja metoden inom sjukvården kan patientsäkerhet skapas (Leotsakos et al., 2014).

Fler organisationsdagar

Samtlig tillfrågad personal efterfrågar fler organisationsdagar eftersom det är enda tillfället under året där all personal på avdelningen är samlad. Genom organisationsdagarna har personalen möjlighet att utveckla sina relationer med varandra och känna sig delaktiga i utvecklingen av avdelningen. Med en god arbetsgemenskap på arbetsplatsen ökar också sannolikheten för lyckade förändringsarbeten (Bejerot & Härenstam, 2011). För att minska motstånd till förändring, bör nyckelpersoner och personal som berörs av beslut involveras (Rubenowitz, 2004). Den involverade personalen blir dessutom mer motiverad och upplever större delaktighet och tillhörighet till arbetsplatsen (Lai, 2011). Genom att stärka gemenskapen i arbetsgruppen blir också personalen mindre mottaglig för negativa händelser och påfrestande faktorer relaterade till arbetsplatsen (Bejerot & Härenstam, 2011).

5.1.5 BRISTER I SAMARBETET MED BIPOLÄRMOTTAGNINGEN

Det tar lång tid att kommunicera via fax-systemet med bipolärmottagningen. Personalen anser att det är svårt att få information om att uppföljningssamtal har blivit inbokade på bipolärmottagningen. I vissa fall leder bristerna i kommunikationsprocessen till att patienter tvingas vänta längre än nödvändigt på att bli utskrivna. Det blir dessutom ofta diskussioner på avdelningen kring huruvida fax blivit skickade och svar mottagits. Personalen på avdelningen upplever att patienterna får bristande uppföljning när de skrivs ut från avdelningen, problematik som i sin tur kan leda till att patienter återkommer till avdelningen med kort tidsintervall. Vidare är avdelningens förståelse för bipolärmottagningens arbete, och vice versa, begränsad.

LÖSNINGSFÖRSLAG

Avveckla faxsystemet

Kommunikationen via fax leder till förvirring och lång väntan på att få svar från bipolärmottagningen. Hadfield och Holmes (2006) menar att sjukvården måste eliminera slöserier i form av väntan eftersom det leder till att människor och processer blir inaktiva vilket inte skapar värde för patienten. Eftersom det finns digitala lösningar som skulle kunna ersätta faxen, och därmed reducera tid och förvirring, bör faxsystemet avvecklas och genom fortsatta studier bör ett bättre digitaliserat informationsöverföringssystem tas fram.

Studiebesök

För att personalen på avdelningen ska få bättre förståelse för bipolärmottagningen, och vice versa, bör all personal göra studiebesök på avdelningen respektive mottagningen. Personalen bör *gå och se med egna ögon*, vilket enligt Liker och Meier (2006) ger en bättre uppfattning om situationen. Arbetsuppgifter görs inom sjukvården vanligtvis genom vana (Hadfield & Holmes, 2006), studiebesök kan därför leda till nytänkande och förbättrade arbetsprocesser.

Fortsatta studier på bipolärmottagningen

Patienternas uppföljning när de skrivs ut från avdelningen verkar brista, vilket enligt avdelningens personal tros bero på att bipolärmottagningen har otillräcklig kapacitet. Bristerna i uppföljningen ökar belastningen på avdelningen eftersom patienterna återkommer med kort tidsintervall. Hög belastning kan leda till många negativa effekter och obalans för en

organisation (Arbetsmiljöverket, 2015), och därför bör fortsatta studier kring bipolärmottagningens kapacitet genomföras.

5.1.6 TEAM TAR MYCKET TID I ANSPRÅK

TEAM överskrider ofta den avsatta tiden. Det finns ingen prioritetsordning baserad på hur kritiska patienternas tillstånd är och patienter som står längst ned på rapportlistan ges mindre tid än övriga. Allt som bör diskuteras hinns inte med och därför fortsätter diskussioner mellan personalen i korridorerna efter TEAM. När TEAM drar ut på tiden förskjuts följande aktiviteter vilket skapar oro hos patienterna när de tvingas vänta på, alternativt vara utan, inplanerade läkarsamtal. En lista med de inplanerade läkarsamtalen skrivs ut på ett papper och sätts upp på informationstavlan, men listan uppdateras inte vid ändringar vilket leder till att personalen ofta får svara på frågor kring läkarsamtalen från oroliga patienter.

Under morgonsamlingen, innan TEAM, håller ansvarig SSK i en morgonsamling med patienterna om hen inte delar ut uppgiften till en skötare. Om morgonsamlingen hålls av personal som inte delar på TEAM, kan missförstånd uppstå eftersom skriftliga önskemål från patienterna ofta ger mycket utrymme för egna tolkningar och slutsatser.

LÖSNINGSFÖRSLAG

Patientcentrerad rond

För att skapa en prioritetsordning av patienter under TEAM rekommenderas avdelningen att införa patientcentrerad rond, även kallad "Andra rond" (Bååthe, Ahlborg jr, Lindgren & Norbäck, 2016). Patienter klassificeras in i olika kategorier enligt prioritetsordning. På en fysisk planeringstavla, se figur 5.1, markeras patienterna enligt färgkodningen:

Svart: Akuta, nyinskrivna, saknar vårdplan.

Röd: Ändring av behandling.

Gul: Önskemål från patienter.

Grön: Patienter som inte behöver rondas.

Kategori	Prioritet	Rumsnummer	Initialer
●	2	1	A.B
●	1	2	C.D
●	5	3	E.F
●	4	4	G.H
●	3	5	I.J

Figur 5.1: Planeringstavla för patientcentrerad rond.

Genom att kategorisera patienterna underlättas dagordningen för TEAM. Först diskuteras de patienter som är mest akuta, vilka blivit markerade med svart färg. Sedan diskuteras rödmarkerade patienter som kräver ändring av behandling, exempelvis läkemedelsjustering eller ECT. Sist diskuteras gulmarkerade patienter som har önskemål. Har en patient blivit grönmarkerad, exempelvis vid permission, indikerar detta på att patienten inte behöver rondas. Kategoriseringen är ett förslag som bör anpassas och vidareutvecklas i samråd med avdelningens personal. Enligt en studie som utförts på Kungälvssjukhus uppfattades den patientcentrerade rondan som något mycket positivt både enligt personal och patient (Lövtrup, 2014). Den patientcentrerade rondan gav "ökad flexibilitet och bättre möjligheter till framförhållning och planering".

Digital skärm för läkarsamtal

Patienterna blir förvirrade när läkarsamtalen förskjuts och vårdpersonalen får ständigt motta frågor från patienterna kring läkarsamtalen. Felaktig information till patienter är defekter och därmed slöserier (Hadfield & Holmes, 2006). Pappret med tider för läkarsamtal bör därför bytas ut mot en digital skärm som snabbt kan uppdateras efter behov vilket kommer minska patienternas oro och förvirring.

Ansvarig SSK håller i morgonsamling

Eftersom morgonsamlingen är till för att patienterna ska få möjlighet att göra sin röst hörd inför TEAM, bör alltid ansvarig SSK genomföra morgonsamlingen för att förebygga missar i informationsöverföringen. Wallin och Thor (2008) menar att information tenderar att ändras när den överförs från sändare till mottagare. De skriftliga önskemålen från patienterna ger utrymme för egna tolkningar och slutsatser, vilket kan ses som felkällor i kommunikationsprocessen enligt Önnevik (2010). Det är därför ofördelaktigt att låta en skötare genomföra morgonsamlingen och sedan rapportera vidare information till ansvarig SSK som deltar på TEAM. För att patienterna ska känna sig trygga och våga öppna upp sig inför morgonsamlingen bör den ur integritetsynpunkt dessutom genomföras enskilt med varje patient (Lövtrup, 2014).

5.1.7 SAMMANSTÄLLNING AV LÖSNINGSFÖRSLAG: TROLIG SVÅRIGHETSGRAD OCH TIDSÄTGÅNG

Nedan följer en tabell som sammanfattar studiens lösningsförslag samt den troliga svårighetsgraden och tidsåtgången för implementering. Respektive lösningsförslag har rangordnats med *låg*, *medel* eller *hög* svårighetsgrad.

Lösningförslag		Svårighetsgrad att implementera	Tid att implementera
Standardisera introduktion av UL och kuratorn	Checklista	Låg	< 1 år
	Introduktionshäfte	Låg	< 1 år
	”Fadder”	Låg	< 1 år
Minska hög omsättning av UL	Involvera VÖL i rekryteringsprocessen	Medel	1-3 år
	Kontinuerliga arbetslag	Hög	> 3 år
	Omstrukturering av läkarfortbildningen	Hög	Fortsatta studier
Minska arbetsbelastningen	Uppföljning av nytt schema	Låg	< 1 år
	En heltidsanställd kurator på avdelningen	Medel	< 1 år
	Eliminera slöserier	Medel	Ständiga förbättringar
	Homogena patientgrupper	Svår	Fortsatta studier
Tydliggör rutiner	VÖL delaktig på APT	Låg	< 1 år
	5S för rutiner	Medel	Ständiga förbättringar
	Fler organisationsdagar	Medel	1-3 år
Förbättra samarbetet med bipolärmottagningen	Avveckla faxsystemet	Medel	Fortsatta studier
	Studiebesök	Låg	< 1 år
	Öka bipolärmottagningens kapacitet	Hög	Fortsatta studier
Förbättra TEAM	Patientcentrerad rond	Medel	1-3 år
	Digital skärm för läkarsamtal	Låg	< 1 år
	Ansvarig SSK håller i morgonsamling	Låg	< 1 år

Tabell 5.2: Tabell över lösningsförslagen inklusive dess svårighetsgrad och tid att implementera.

Syftet med tabell 5.2 är att underlätta prioritetsordningen vid förbättringsarbete. Genom att studera tabellen kan beslutsfattare avgöra vilka lösningar som bör prioriteras och hur lång tid de förväntas ta.

5.2 IMPLEMENTERING AV LÖSNINGAR GENOM KOTTERS ÅTTASTEGETSMODELL

Ett misstag en företagsledning ofta gör vid förändring av en organisation är att de inte lyckas etablera en tillräckligt hög känsla av engagemang hos medarbetare (Kotter, 1996). Detta misstag är riskfyllt eftersom det blir svårt att uppnå mål utan delaktighet av medarbetare (Callaly & Arya, 2005). Medarbetares reaktioner på förändringar är mer eller mindre defensiva, vilket ofta leder till en medveten eller omedveten benägenhet för att skapa hinder (Rubenowitz, 2004). Enligt Baulcomb (2003) tar det lång tid innan förändringar inom sjukvården tar fäste i det dagliga arbetet. Framförallt är läkare en viktig aktör för att skapa engagemang till förändringsarbetet, trots att det visat sig att just läkare oftast är de största motståndarna till förändringar (Callaly & Arya, 2005).

För att vinna motståndarnas acceptans bör de engageras tidigt i förändringsprocessen (Rubenowitz, 2004). Det är viktigt att medarbetarna känner ansvar och ser en personlig vinning av förändringsprocessen. För att lyckas med förändringar menar Kotter att det finns åtta steg som bör beaktas (1996). Respektive steg bör anpassas till organisationen och det är viktigt att stegen utförs i följande ordning:

1. Etablera en känsla av att det är av högsta vikt att förändras

Första steget är att skapa en känsla av vikt till förändring hos medarbetarna eftersom de inte vill förändras om de inte kan se behovet (Kotter, 1996). Det är viktigt att identifiera problemområden och vilka möjligheter som finns (Appelbaum, Habashy, Malo & Shafiq, 2012). VEC, VÖL och ledningsgruppen bör i samband med förändringar motivera personalen med hjälp av exempelvis statistik och styrkort. De bör också ingående förklara varför behovet av förändringen finns och på vilket sätt det kommer påverka personal och patienter. Eventuella oklarheter och motsättningar från personalen bör redas ut i detta steg.

2. Skapa en kraftfull vägledande styrgrupp

Enligt Kotter (1996) kan inte en enskild individ skapa och leda en förändring. Det andra steget innebär att forma en effektiv grupp som har tillräcklig styrka och engagemang att styra förändringen (Appelbaum et al., 2012). Kotter (1996) menar att styrgruppen bör bestå av människor med följande egenskaper:

- **Positionsmakt:** Det krävs att nyckelpersoner är med vid förändringen så de inte skapar förhinder.
- **Expertis:** För att bra beslut ska kunna fattas krävs information från olika experter.
- **Trovärdighet:** Övriga anställda bör känna tillit till styrgruppen för att en förändring ska lyckas.
- **Ledarskap:** Styrgruppen bör ha befogenhet att påverka förändringen.

Utöver att involvera nyckelpersoner med expertkunskap och befogenhet, är det viktigt att samtliga yrkesgrupper som påverkas av förändringen är representerade i styrgruppen. De utvalda bör vara personer som visar stort engagemang och som därmed kan bidra till att motivera övrig

personal. I de fall patienter blir påverkade av förändringen bör även fokus ligga på att involvera personal med mycket patientkontakt.

3. Utveckla en vision och strategi

Det är viktigt att skapa en vision som stödjer förändringsarbetet och att utveckla strategier för att uppnå den (Appelbaum et al., 2012). Det måste vara tydligt för de anställda varför en förändring sker samt vad som krävs för att uppnå den. Visionen ska ge underlag och vägledning för beslutsfattare, ge de anställda motivation samt bidra till bättre koordinering för anställdas arbetsuppgifter (Kotter, 1996). För att samtlig personal ska känna sig delaktig i utvecklingen av visionen och strategin är det viktigt att all vårdpersonal deltar på APT och organisationsdagar. Således utvecklas en gemensam kultur som genomsyrar hela organisationen. Genom att tidigt involvera personalen i förändringsarbetet ökar också sannolikheten för en gemensam strävan mot målbilden.

4. Kommunicera visionen

Att kommunicera ut visionen på ett tydligt och lättförståeligt sätt är ett avgörande steg i förändringsprocessen eftersom det kan minska osäkerheten hos medarbetarna (Bordia et al., 2004). Nelissen och van Selm (2008) menar att "anställda som är nöjda med ledningskommunikationen ser mer personliga möjligheter och har en positiv inställning till organisatorisk förändring.". Visionen bör därför kommuniceras ut via så många kanaler som möjligt, både skriftligt och muntligt eftersom vissa människor har ett naturligt motstånd mot att ta till sig skriftlig information (Rubenowitz, 2004). För att nå ut till ny personal och personal som tillfälligt arbetar på avdelningen bör visionen också finnas tillgänglig visuellt i gemensamma personalutrymmen.

5. Förstärk medarbetarnas möjlighet att agera

För att förebygga att medarbetare motarbetar eller stoppar förändringar är det viktigt att involvera dem i förändringsarbetet (Kotter, 1996). Styrgruppen bör också uppmuntra till risktagande och nyskapande idéer hos medarbetarna. När förändringar ska genomföras på avdelningen, bör personalen bli tilldelad de befogenheter som krävs för genomförandet, även om det inte tillhör deras ordinarie ansvarsområden. För att uppmuntra personalen till att komma med egna förslag kan en "förslagslåda" införas. På så sätt kan personalen vara anonym och har möjlighet att komma med förslag oavsett tidpunkt. Det är också viktigt att ge personalen positiv feedback på de förändringsförslag som lämnas vilket med fördel kan ske muntligt under APT.

6. Skapa kortsiktiga framgångar

En förändringsprocess är ofta komplicerad och tar mycket lång tid att genomföra (Appelbaum et al., 2012). Därför är ett viktigt steg i förändringsprocessen att skapa kortsiktiga delmål för att uppmärksamma och belöna de som är involverade (Kotter, 1996). Delmål är viktiga för fortsatt motivation till förändring och för att styrgruppen ska få bekräftelse att förändringen sker i enlighet med visionen. Genom att skapa kortsiktiga framgångar med positivt resultat, kan motståndare som ännu inte accepterat förändringen bli övertygade om att förändringsarbetet lönar sig. Delmålen kan på avdelningen presenteras genom positiv statistik och styrkort. Vid

uppnådda delmål bör uppmärksamhet eller belöningar ges till de som varit med och bidragit till framstegen.

7. Befäst det som uppnåtts och producera fler förändringar

Risken med kortsiktiga framgångar är att styrgruppen kan förlita sig på den framgång som de kortsiktiga målen medför och att förändringsarbetet därmed stagnerar (Kotter, 1996). Det är därför viktigt att ge ökat mandat till medarbetare och att fler individer involveras. Styrgruppen bör påminna om vad förändringen förväntas leda till i slutändan. Detta kan exempelvis kommuniceras visuellt genom att skriva ut delmålen på en tidslinje som personalen kan följa. På detta sätt får de en uppfattning om hur långt det är kvar till slutmålet.

8. Förankra de nya arbetssätten i företagskulturen

Det är viktigt att förankra det nya arbetssättet på arbetsplatsen eftersom det finns en tendens att personalen återgår till det gamla och "bekväma" arbetssättet (Appelbaum et al., 2012). För att förankra förändringen krävs det att personalen är övertygad om att det nya arbetssättet är bättre än det förra och att förbättringen även får fäste för ny personal (Kotter, 1996). Styrgruppen bör också uppmärksamma situationer där personalen frångått det nya arbetssättet för att förändringen ska förankras i organisationen, vilket kan ske genom kontinuerliga avstämningar.

6. SLUTSATS

Utifrån studien har både styrke- och problemområden identifierats och lösningsförslag presenterats. I och med att lösningsförslagen är teoretiskt förankrade kan de troligen också tillämpas på andra liknande slutenvpsykiatriska avdelningar. En lärdom från studien är att vården i allmänhet, och avdelningen i synnerhet, är en komplex organisation där många parter är involverade för att få det att fungera. Komplexiteten beror på att verksamheten blandar vårdproduktion, forskning och utbildning under samma tak. En annan lärdom är att alla parter bör vara ense om vilket som är det gemensamma målet och att tydlig kommunikation krävs för att förebygga missförstånd, något som saknades vid studiens början.

Studiens tillförlitlighet anses vara hög tack vare de många observations- och intervjutillfällena. Däremot hade tillförlitligheten kunnat förstärkas genom benchmarking för att kunna utvärdera avdelningen i förhållande till andra psykiatriska avdelningar. I början av studien förutsattes att de största problemen skulle ligga i det administrativa arbetet, vilket ledde till så kallat "tunnelseende". Genom observationerna vidgades dock perspektivet och andra problemområden kunde identifieras. Eftersom behovet fanns att begränsa studiens omfattning utfördes observationer och intervjuer endast dagtid, vilket kunde påverka studiens tillförlitlighet eftersom studien inte tog hänsyn till det nattliga arbetet.

6.1 SVAR PÅ FRÅGESTÄLLNINGARNA

Nedan följer svaren på studiens frågeställningar.

Vilka styrkeområden kan identifieras på avdelningen?

Avdelningen arbetar aktivt med avdelningsmålen och ligger enligt styrkortet i framkant jämfört med andra avdelningar på kliniken, se Appendix II. SSK och skötare får en utförlig introduktion på avdelningen vilket ökar både tryggheten i arbetsrollen, gemenskapen i personalgruppen och patientsäkerheten. Personalen är driven och mån om att utveckla både avdelningen, vården av patienterna och sin egen kompetens. Personalen på avdelningen har en god arbetsgemenskap. De menar att det trivs med sitt arbete och att det finns ett förtroende mellan kollegorna. Personalen anser att både VÖL och VEC är engagerade i vården av patienterna och personalrelaterade frågor samt att de lyssnar på personalens åsikter kring patienter och arbetet på avdelningen. De uppmuntrar också personalen till att komma med egna förslag samt arbetar för att göra samtliga yrkesgrupper delaktiga i att utforma den bästa vården för patienterna.

Vilka problemområden kan identifieras på avdelningen? Vilka lösningsförslag kan åtgärda de identifierade problemområdena och hur kan de implementeras?

I tabell 6.1 presenteras avdelningens största problemområden med respektive lösningsförslag. Mindre problemområden återfinns i Appendix I.

Problemområden	Lösningsförslag
Bristfällig introduktion av UL och kurator	Checklista
	Introduktionshäfte
	”Fadder”
Hög omsättning av UL	Involvera VÖL i rekryteringsprocessen
	Kontinuerliga arbetslag
Upplevd hög arbetsbelastning	Uppföljning av nytt schema
	En heltidsanställd kurator på avdelningen
	Eliminera slöserier
Oklarheter kring aktuella rutiner och hur de kommuniceras ut	VÖL delaktig på APT
	5S för rutiner
	Fler organisationsdagar
Brister i samarbetet med bipolärmottagningen	Avveckla faxsystemet
	Studiebesök
TEAM tar mycket tid i anspråk	Patientcentrerad rond
	Digital skärm för läkarsamtal
	Ansvarig SSK håller i morgonsamling

Tabell 6.1: Avdelningens problemområden samt dess lösningsförslag.

En standardiserad introduktion i form av en checklista, ett introduktionshäfte och en “fadder”, bidrar till en ökad trygghet på arbetsplatsen och i arbetsrollen för den nyanställde. Dessutom säkerställs att inga viktiga moment missas. Genom att arbeta med kontinuerliga arbetslag och involvera VÖL vid rekryteringsprocessen av UL, blir verksamheten lättare att planera och patienten får bättre kontinuitet i vårdkvaliteten.

Eftersom personalstyrkan på avdelningen kommer utökas och ett nytt schema införs, kommer arbetsbelastningen förhoppningsvis minska. Det är dock viktigt att det nya schemat följs upp och utvärderas efter en tid. För att minska belastningen på kuratorn och säkerställa högre vårdkvalitet bör också en kurator anställas på heltid. Vidare föreslås verktyget 5S för att standardisera rutinerna. VÖL bör delta på APT och fler organisationsdagar bör införas för att klargöra aktuella rutiner och hur de kommuniceras ut. Eliminering av slöserier bör frigöra mer tid för personalen och minska på arbetsbelastningen.

Det tar lång tid att kommunicera via fax-systemet med bipolärmottagningen, vilket leder till förvirring hos personalen. Därför bör faxsystemet avvecklas och en digital

informationsöverföringskanal införs. För att personalen på avdelningen ska få bättre förståelse för bipolärmottagningen, och vice versa, bör all personal göra studiebesök på avdelningen respektive mottagningen.

För att skapa en prioritetsordning av patienter under TEAM rekommenderas avdelningen att införa patientcentrerad rond där patienter klassificeras in i olika kategorier. För att minska patientens oro och förvirring bör också en digital skärm, där tider för läkarsamtal snabbt kan uppdateras, införskaffas. För att minska bristerna i informationsöverföringen när patienten framför önskemål inför TEAM, bör det alltid vara ansvarig SSK som håller i morgonsamlingen.

6.2 FORTSATTAS STUDIER

Vissa av de identifierade lösningsförslagen kräver förändringar som avdelningen inte kan genomföra på egen hand. Exempelvis krävs det troligtvis både en omstrukturering av läkarfortbildningen samt arbete kring att motivera fler läkarstudenter till att söka sig till psykiatri för att minska omsättningen av UL. Kommunikationen via fax leder till förvirring och lång väntan för att få svar från bipolärmottagningen. Avdelningen bör därför avveckla kommunikationen med bipolärmottagningen via fax, och genom fortsatta studier ta fram ett bättre digitalt informationsöverföringssystem.

Uppföljningen när patienterna skrivs ut från avdelningen verkar brista, vilket leder till att vissa patienter återkommer med kort tidsintervall och belastningen på avdelningen ökar. Fortsatta studier bör därför utföras kring bipolärmottagningens kapacitet. Den höga arbetsbelastningen på avdelningen tros också bero på att flera typer av patientgrupper behandlas på avdelningen på grund av platsbrist på andra avdelningar och kliniker. För att uppnå en homogen patientgrupp och minskad arbetsbelastning, bör fortsatta studier genomföras kring kapaciteten på övriga psykiatriska avdelningar och kliniker i området.

Avslutningsvis är det författarnas förhoppning att studien ska uppmuntra till verksamhetsutveckling, genom tillämpning av Leanprinciper och teorier inom psykosocial arbetsmiljö, hos andra liknande psykiatriska avdelningar.

REFERENSER

- Agervold, M. (2001). *Arbete och stress: En introduktion till arbetsmiljöpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Stockholm, Liber.
- Appelbaum, S. H., Habashy, S., Malo, J.L. & Shafiq, H. (2012). Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model. *Journal of Management Development*, 31(8), 765-775.
- Arbetsmiljöverket. (2015). *Hälsa och säkerhet: Hälso- och sjukvård*. Hämtad från <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/>
- Baulcomb, J. (2003). Management of change through force field analysis. *Journal of Nursing Management*, 11(4), 275-280.
- Bejerot, E. & Härenstam, A. (2011). *Sociala relationer i arbetslivet*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund, Studentlitteratur.
- Bergman, C., Hultberg, A. & Skagert, K. (2015). *Hälsofrämjande arbetsplatsträffar: Rekommendationer och reflektioner utifrån en forskningsstudie* (ISM-häfte, nr 7). Göteborg: Institutet för stressmedicin.
- Bergman, D. (2011). Ledarskapsprogram kan bidra till en bättre vård: Bra ledare ger bra psykosocial arbetsmiljö – och bättre vårdkvalitet. *Läkartidningen*, 108(13), 722- 723. Hämtad från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16234/LKT1113s722_725.pdf
- Bergman, D. & von Thiele Schwarz, U. (2012). *Ledarskap och teamkompetens i hälso- och sjukvården*. Forum för Health Policy. Hämtad från http://healthpolicy.se/wp-content/uploads/2016/07/David_Bergman_och_Ulrica_von_Thiele_Schwarz_forum_7_november_rapport.pdf
- Bordia, P., Hunt, E., Paulsen, N., Tourish, D. & DiFonzo, N. (2004). Uncertainty during organizational change: is it all about control?. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(3), 346.
- Bukowski, K. (2014). Standardization: A Growing Trend in Health Care Security. *Managed Care Outlook*, 27(8), 9-10.
- Bååthe, F., Ahlborg jr, G., Lindgren, Å. & Norbäck, L.E. (2016) *Patientcentrerat och teambaserat sätt att ronda inom sjukvården: Att utmana en tvåhundraårig medicinsk praktik* (ISM-häfte, nr 18). Göteborg: Institutet för stressmedicin.

- Callaly, T. & Arya, D. (2005). Organizational change management in mental health. *Australasian Psychiatry*, 13(2), 120.
- Chalice, R. (2007). *Improving healthcare using Toyota lean production methods: 46 steps for improvement*. Milwaukee: American Society for Quality.
- Eriksson, L.T. & Weidersheim-Paul, F. (2008). *Rapportboken: hur man skriver uppsatser, artiklar och examensarbeten*. Malmö: Liber.
- Graban, M. (2009). *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*. Boca Raton: CRC Press.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. & Vieta, E. (2016). Bipolar Disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572, doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Grundström, C. (2013). Kandidatexamensarbete: *En skrivguide*. Linköpings universitet.
- Hadfield, D. & Holmes, S. (2006). *The Lean Healthcare Pocket Guide: Tools for the Elimination of Waste in Hospitals, Clinics and Other Healthcare Facilities*. Chelsea: MCS Media.
- Hammar, T. (2009). Tema: efterfrågevariation. *FLOW*, 1, 13-14.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2016). *Tillsynsrapport: De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*. Hämtad från <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2016/tillsynsrapport-de-viktigaste-iakttagelserna-inom-tillsyn-och-tillstandsprovning-verksamhetsaret-2015-rapport.pdf>
- Jacobsson, T. (2010) *Implementering av processlösningar i sjukvården*. Diss. Chalmers tekniska högskola, Göteborg.
- Kotter, J.P. (1996). *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Lai, L. (2011). Employees' perceptions of the opportunities to utilize their competences: Exploring the role of perceived competence mobilization. *International Journal of Training and Development*, 15(2), 140-157. doi: 10.1111/j.1468-2419.2011.00376.x
- Lai, L. (2014). *Ta vara på kompetens*. Hämtad från <https://www.mtledarskap.se/2014/11/ta-vara-pa-kompetens/>
- Leotsakos, A., Zheng, H., Croteau, R., Loeb, J. M., Sherman, H., Hoffman, C., Morganstein, L., O'Leary, D., Bruneau C., Lee, P., Duguid, M., Thomeczek, C., Van der Schrieck-De Loos, E. & Munier, B.(2014). Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. *International journal for quality in health care*. 26(2), 109-116.

Liker, J. K., Erkelius, L. & Hallberg, J. (2009). *The Toyota way: lean för världsklass*. Malmö, Liber.

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

Lindberg, P. & Vingård, E. (2012). *Kunskapsöversikt: den goda arbetsmiljön och dess indikatorer*. (Rapport Arbetsmiljöverket, 1650-3171 ; 2012:7). Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Lundberg, U. (2003). Brist på vila och återhämtning större problem än arbetsbelastning: Psykisk stress och muskuloskeletala besvär: psykobiologiska mekanismer. *Läkartidningen*, 100(21), 1893-1895.

Lövtrup, M. (2014, 11 juni). Ronden: ritual som börjar ifrågasättas. *Läkartidningen*. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/06/Ronden--ritual-som-borjar-ifragasattas/>

Maltén, A. (1992). *Grupputveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Medicinsk ordbok. (2017). *Paramedicin*. Hämtad från <http://medicinskordbok.se/component/content/article/9-b/55476-paramedicin>

Mellgren, F. (2013, 15 feb). Psykisk ohälsa fortsätter öka. *Svenska dagbladet*. Hämtad från <https://www.svd.se/psykisk-ohalsa-fortsatter-oka>

Modig, N. & Åhlström, P. (2016). *Detta är Lean: Lösningen på effektivitetsparadoxen*. Halmstad: Rehologica Publishing.

Molin, J., Åkerström, L., Baraldi, S. & Hansen, N. (2012). Kompetensflykt i sjukvården: En fråga om ledarskap eller medarbetartrivsel? *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 18(3), 52-53. Hämtad från <http://kau.diva-portal.org/smash/get/diva2:614545/FULLTEXT01.pdf>

Myndigheten för vårdanalys. (2013). *Ur led är tiden: Fyra utvecklingsområden för mer effektiv användning av läkares tid och kompetens* (2013:9). Hämtad från <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2013/2013-9-Ur%20led%20%C3%A4r%20tiden.pdf>

Nelissen, P. & van Selm, M. (2008). Surviving organizational change: how management communication helps balance mixed feelings. *Corporate Communications: An International Journal*, 13(3), 313.

Nätverket för patientsäkerhet. (2016). *SBAR för strukturerad kommunikation*. Hämtad från <https://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a838419b/1398411819721/skl-sbar-pm.pdf>

Ohlson, E. & Arvidsson, B. Sjuksköterskornas uppfattning av hur processorienterad omvårdnadshandledning kan befrämja deras psykiska hälsa. *Vård i Norden*, 25(76), 32-35. Hämtad från <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740830502500207>

Pope, C. & Mays, N. (Red.). (2006). *Qualitative research in health care*. Malden: Blackwell Publishing Ltd.

Randhawa, J. S. & Ahuja, I. S. (2017). 5S implementation methodologies: Literature review and directions. *International Journal of Productivity and Quality Management*. 20(1), 50-51

Rautalinko, E. (2013). *Samtalsfärdigheter: stöd, vägledning och ledarskap*. Liber.

Riksförsäkringsverket. (2003). *Psykosocial arbetsmiljö & långvarig sjukskrivning* (RFV ANALYSERAR, nr 3). Utvärderingsavdelningen. Hämtad från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/6dbacc37-2bbe-4464-860e-f4e1ff18d740/analyserar_2003_03.pdf?MOD=AJPERES

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

Sandahl, C. & Karlson, B. (2011). Arbetsplatsen – fokus för interventioner vid utbrändhet. *Läkartidningen*, 108(36). 1696-1699. Hämtad från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16890/LKT1136s1696_1699.pdf

Sandén, J. (2012). APT: här får alla komma till tals. *Tidningen vision*. Hämtad från <https://vision.se/Medlem/tidningen-vision/arkiv/2012/april/apt--har-far-alla-komma-till-tals/>

Sandholm. (2011). Karolinska kopplar greppet om hela flödet. *Potential*, 2. 18-19. Hämtad från http://www.sandholm.se/wp-content/uploads/2014/07/Lean_broschyr_Sandholm_2013.pdf

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Shiba, S., Graham, A. & Walden, D. (1993). *A new American TQM: four practical revolutions in management*, Productivity Press, Portland, Oregon.

Socialstyrelsen. (2017a). *Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården: Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och*

sjukvården. Hämtad från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20494/2017-3-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2017b). *Nationella planeringsstödet 2017: Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Hämtad från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20504/2017-2-21.pdf>

Stressforskningsinstitutet. (2016). *Arbetsorganisation och hälsa: Två modeller för psykosocial arbetsmiljöforskning*. Hämtad från

http://www.su.se/polopoly_fs/1.51208.1321608199!/temablad_arbetsmiljomodeller.pdf

Venkateswaran, S., Nahmens, I. & Ikuma, L. (2013). Improving healthcare warehouse operations through 5S. *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 3(4), 240-253.

Vårdguiden. (2016a). *Bipolär sjukdom*. Hämtad från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Manodepressiv-sjukdom---bipolar-sjukdom/>

Vårdguiden. (2016b). *ECT- Elbehandling*. Hämtad från

<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Behandlingar/Elbehandling/>

Vårdguiden. (2016c). *Lagen om psykiatrisk tvångsvård: Vård vid allvarlig psykisk störning*.

Hämtad från <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Psykiatrisk-tvangsvard/>

Vårdguiden. (2016d). *Sammanhållen journalföring*. Hämtad från

<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Sammanhallen-journalforing/>

Wallin, C. J. & Thor, J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal: Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. *Läkartidningen*: 105(26-27), 1922-1925.

Westerholm, P. (Red.). (2008). *Psykisk arbetskada*. (Arbete och hälsa, 42:1). Göteborg: Göteborgs universitet & författare.

Womack, J. (2011). *Gemba walks*. Cambridge: Lean Enterprise Institute.

Önnevik, T. (2010). *Ledarskapets grunder: Organisationens hjärna*. Lund: Studentlitteratur.

APPENDIX I - MINDRE PROBLEMRÅDEN

Hudvårdsrelaterande produkter

Patienterna önskar ett större utbud av hudvårdsrelaterade produkter.

Kvällsfika

Personal menar att kvällsfika bör delas ut klockan 20:00 istället för 19:30. Patienter påpekar att de vill ha fika senare eftersom de hinner bli hungriga innan de ska lägga sig för kvällen.

Permission

Viss personal vill kunna ringa anhöriga när patienterna går på permission för att få information om hur de mår. I dagsläget vet personalen inte om de får lov att kontakta patienter eller anhöriga.

Rökning

Vissa patienter har påpekat att de inte vill utnyttja balkongen eftersom andra patienter tillåts att röka på balkongen.

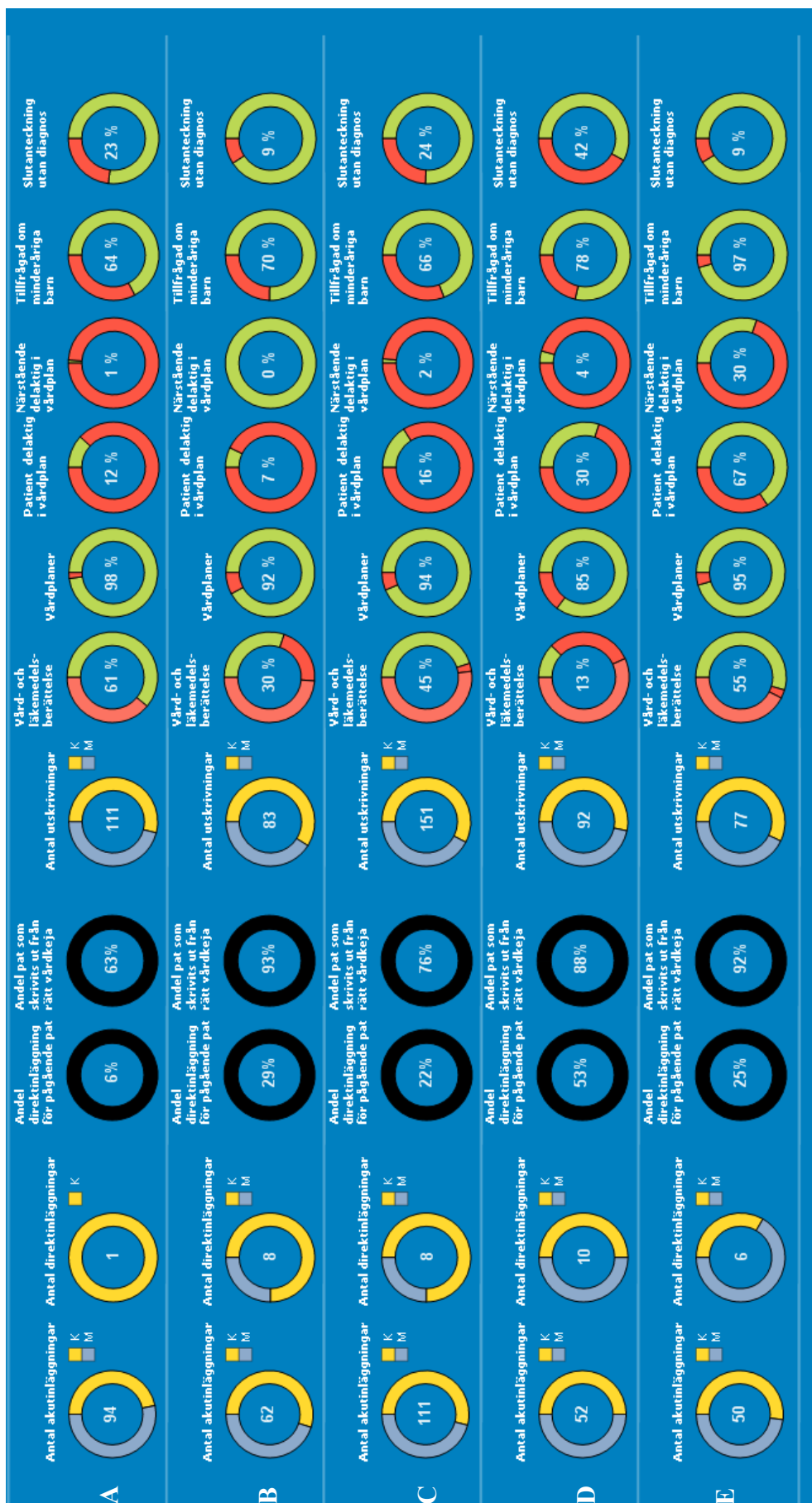
Självskydd

All personal har inte blivit informerad om självskydd under introduktionen.

Gym

Patienter har efterfrågat ett bättre gym med mer utrustning.

APPENDIX II - DET INTERNA STYRKORTET FÖR KLINIKEN JANUARI-APRIL 2017



Verksamhetsutveckling inom sluten psykiatrisk vård

En fallstudie baserad på principer för Lean produktion och teorier om psykosocial arbetsmiljö

VIKTORIA ANDRÉASSON
PAULINE PETTERSSON HAGERFORS

Institutionen för Teknikens Ekonomi och Organisation
Avdelningen för Service Management and Logistics

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2017