Södertörns högskola | Institutionen för samhällshällsvetenskaper
Kandidatuppsats 15 hp | Företagsekonomi | Vårterminen 2014
Programmet för Ekonomi, teknik och design

Outside the Box – Inside Care

En deskriptiv studie om effektivitet i vården

Av: Emelie Holmbom Dahlberg och Emma Gerdin
Handledare: Jurek Millak

södertörns högskola

Förord

Vi vill tacka vår handledare Jurek Millak som bidragit med värdefulla tips och råd om uppsatsen. Vi vill även tacka Britt-Mari Banck, Marie Sjöbrink och Mona Ottosson som ställt upp på intervjuer och även hjälpt oss att genomföra tidsstudien. Till slut vill vi tacka alla de som bidragit med tips på kontaktpersoner och olika projekt inom patientinvolvering. Utan er alla hade denna uppsats inte varit möjlig!

Emelie Holmbom Dahlberg och Emma Gerdin
Södertörns Högskola, 25 augusti 2014

Abstract

The study is based on a new approach on how Swedish healthcare is supposed to be controlled and organized. There is a renowned administration problem within Swedish healthcare, which seems to be an obstacle to exploit the resources to the fullest. The latest venture within the healthcare system is patient involvement, where the patients become co-producers of their own care, which aims to both improve and make healthcare more efficient. A few wards in Sweden have implemented this new approach whereupon the study intends to discuss the effectiveness and efficiency in some of these.

The study is restricted to three wards, whereof two of these are inpatient wards and the other one is an outpatient ward, within the medical clinic in Jönköping County Council, which has implemented the patient involvement approach in their daily work. The methodology for this study is qualitative in its nature where a time study of personnel time allocation and supplementary interviews with managing nurses on the wards have been conducted. A thematic analysis was then conducted to analyse the generated data, which is connected and supported by the theoretical framework.

The theoretical framework consists of theories regarding opportunities and assessing effectiveness and theories on what creates the quality and value of service organizations to assess the efficiency.

The results show that all the investigated departments have a relatively high efficiency potential and the utilization of the resources of the department is acceptable. It is found that some efficiency is possible from both an inner and outer effectiveness perspective. The physicians were found to spend least time with patients, while nurses and assistant nurses spend more time with patients, who are linked with their potential for knowledge of what is perceived value for the patient. All wards are working with patient involvement in a way that seeks to increase patient knowledge about their own care, and the personnel’s knowledge of the patient's requests, which contributes to an external efficiency.

It is finally found that the patient involvement approach does not directly lead to a high external efficiency. Much of the patient involvement that takes place has the goal of creating value for the patient, which it can do. Though, researchers argue that it is rather the interaction with the patient that provides knowledge of what exactly creates value, suggesting that the time spent with the patient is important.

Keywords: Administration, Effectiveness, Efficiency, Health care, Patient involvement, Time study, Value

Sammanfattning

Studien grundar sig i en förändrad syn på hur sjukvården i Sverige ska styras och organiseras. Det finns en omtalad administrationsproblematik inom svensk hälso- och sjukvård vilket tycks vara ett hinder för att kunna utnyttja resurserna till fullo. Den senaste satsningen inom hälso- och sjukvård är patientinvolvering, där patienterna blir samproducenter av sin egen vård, vilken syftar både förbättra och effektivisera sjukvården. Ett fåtal vårdavdelningar i Sverige har implementerat detta nya arbetssätt varpå studien ämnar diskutera hur effektiviteten ser ut på några av dessa

Studien är avgränsad till tre vårdavdelningar, varav två slutenvårdsavdelningar och en öppenvårdsavdelning, inom medicinkliniken i Jönköpings Läns Landsting, vilka implementerat arbetssättet med patientinvolvering i deras dagliga arbete. Metoden för studien är av kvalitativ karaktär där både en tidsstudie över personalens arbetstidfördelning genomförts samt kompletterande intervjuer med ansvariga sjuksköterskor på vårdavdelningarna. En tematisk analys genomfördes sedan för att analysera genererade data vilket kopplas och hämtar stöd från den teoretiska referensramen.

Den teoretiska referensramen består av teorier gällande möjligheter till och bedömning av effektivitet samt teorier om vad som skapar kvalitet och värde inom tjänsteorganisationer för att kunna bedöma den yttre effektiviteten.

Resultatet visar att samtliga undersökta avdelningar har en relativt hög effektivitetspotential och att utnyttjandet av resurserna på avdelningarna är godtagbart. Det konstateras att viss effektivisering är möjlig både utifrån ett inre- och yttre effektivitetsperspektiv. Läkarna visar sig spendera minst tid med patienterna medan sjuksköterskor och undersköterskor spenderar mer tid med patienterna vilket kopplas samman med deras möjligheter till kunskap om vad som upplevs vara värde för patienten. Samtliga avdelningar arbetar med patientinvolvering på ett sätt som syftar ökar patientens kunskap om sin egen vård, samt personalens kunskap om patientens önskemål, vilket bidrar till en yttre effektivitet.

Till sist konstateras att patientinvolvering som arbetssätt inte direkt leder till en hög yttre effektivitet. Mycket av den patientinvolvering som sker har målet att skapa värde för patienten, vilket det kan göra. Forskarna menar dock att det snarare är interaktionen med patienten som ger kunskap om vad som skapar värde, vilket tyder på att tiden som spenderas med patienten är viktig.

Nyckelord: Administration, Effektivitet, Hälso- och sjukvård, Patientinvolvering, Tidsstudie, Värde

Begreppsförklaringar

Primärvård
”Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.” (Socialstyrelsens termbank)

Öppenvård
”Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar.” (Ibid.)

Slutenvård
”Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.” (Ibid.)

Direkt patientarbete
Den kontakt som sker i patientens närvaro antingen fysiskt eller via telefon

Indirekt Patientarbete
Syftar till allt arbete angående en särskild patient då patienten ifråga inte är närvarande

Övriga arbetsuppgifter
Arbetsuppgifter som varken sker direkt eller indirekt med eller för patienten, vilket exempelvis kan vara verksamhetsrelaterade arbetsuppgifter såsom administration av olika slag

Värde
För begreppet värde används Grönroos (2011) definition där han fastslår att värde innebär att kunden på något sätt mår bättre när den tagit del av tjänsten än den gjorde innan.

Effektivitet
I enlighet med Modell och Grönlund (2006) definieras effektivitet som måluppfyllelse av formella mål. Detta begrepp kan även delas upp i inre- och yttre effektivitet vilka båda är betydande för att uppnå effektivitet.

Inre effektivitet
Begreppet definieras av Modell och Grönlund (2006) som att en organisation ska hushålla med de resurser som finns genom att göra rätt saker inom organisationen. Detta kan ses som interna mål för organisationen.

Yttre effektvitet
Den yttre effektiviteten handlar om måluppfyllelsen av intressenters mål (ibid.)

Innehållsförteckning

1. BAKGRUND **1**
Human Service-organisationer *1*
Från offentligt till privat *1*
Patientinvolvering *2*
Den administrativa bördan *2*
1.1 PROBLEMATISERING 3
Problemformulering *5*
1.2 SYFTE 5
1.3 AVGRÄNSNINGAR 5

2. METOD **6**
2.1 METODVAL 6
Beskrivande studie *6*
Kvalitativ forskningsstrategi *6*
Inledande arbete *7*
2.2 INSAMLING AV PRIMÄRDATA 7
Time Diary *7*
Intervjuer *8*
2.3 GENOMFÖRANDE 9
Del 1 – Urval ur population *9*
Del 2 – Tidsstudien *12*
Del 3 – Intervjuer *14*
2.3 ETISKA ASPEKTER 16
2.4 BEARBETNING OCH ANALYS AV DATA 17
Tematisk analys *17*
Bearbetning av loggböcker *17*
Bearbetning av intervjuer *18*

3. TEORETISK REFERENSRAM **19**
3.1 EFFEKTIVITET 19
Inre effektivitet *20*
Yttre effektivitet *20*
3.2 THE CUSTOMER CONTACT MODEL 21
Kritik av The Customer Contact Model *23*
Utveckling av The Customer Contact Model *23*
Mätverktyg för hög-, medium- och lågkontakt kopplat till the Customer Contact Model *25*
Koppling mellan the Customer Contact Model och tjänstekvalitet *26*
3.3 SERVICE DOMINANT LOGIC 26
Kritik av Service Dominant Logic *27*
3.4 HUR TEORETISKA BEGREPP KOPPLAS TILL RESULTATET I ANALYSEN 28
3.5 TIDIGARE STUDIER 29
Omfattningen av administration inom vården *30*
Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing *30*

Granskning av tidsanvändning i vården ... *31*
Effektivare nyttjande av tid och resurser ... *32*
Vad gör vi på jobbet? ... *33*

4. EMPIRI OCH ANALYS ... 35
4.1 AVDELNING 1 ... 35
Tidfördelning ... *35*
Användning av personalresurser ... *37*
Arbetssätt - Patientinvolvering ... *42*
4.2 AVDELNING 2 ... 44
Tidfördelning ... *44*
Användning av personalresurser ... *46*
Arbetssätt - Patientinvolvering ... *50*
4.3 AVDELNING 3 ... 52
Tidfördelning ... *52*
Användning av personalresurser ... *54*
Arbetssätt - Patientinvolvering ... *56*

5. SLUTDISKUSSION ... 60
5.1 BESVARANDE AV FRÅGESTÄLLNINGAR ... 60
Hur ser tidfördelningen mellan olika arbetsuppgifter ut på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering? ... *60*
Hur ser denna tidfördelning ut för olika yrkesgrupper inom vårdavdelningarna? ... *61*
Hur arbetar de på vårdavdelningarna för att involvera sina patienter? ... *62*
5.2 SLUTSATS ... 64
5.3 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING ... 65
5.4 VALIDITET OCH RELIABILITET I STUDIEN ... 66
Validitet ... *66*
Tidsdagbokens Validitet och reliabilitet ... *66*
Reliabilitet ... *67*

FIGURFÖRTECKNING

Figur 1: effektivitetsbegreppet ur ett resursomvandlingsperspektiv 20
Figur 2: Customer Contact Apprroach 21
Figur 3: The Customer Contact Model 22
Figur 4: The Customer Contact Matrix 24
Figur 5: Mershas Customer Contact Model 24
Figur 6: Total tidfördelning för avdelning 1 35
Figur 7: Tidfördelning för läkare på avdelning 1
Figur 8: Tidfördelning för sjuksköterskor på avdelning 1 39
Figur 9: Tidfördelning för undersköterskor på avdelning 1
Figur 10: Tidfördelning för sekreterare på avdelning 1 40
Figur 11: Total tidfördelning för avdelning 2 45
Figur 12: Tidfördelning för läkare på avdelning 2
Figur 13: Tidfördelning för sjuksköterskor på avdelning 2 47
Figur 14: Tidfördelning för undersköterskor på avdelning 2
Figur 15: Tidfördelning för sekreterare på avdelning 2 50
Figur 16: Total tidfördelning för avdelning 3 53

1. Bakgrund

Nedan följer ett introduktionskapitel där det presenteras olika uppfattningar kring hur vården i Sverige skall styras och organiseras. I huvudsak presenteras den administrationsproblematik som finns i vården samt att arbetssättet patientinvolvering börjat användas för att förbättra och effektivisera vården. Sedan diskuteras hur dessa motstridigheter möter varandra i strävan efter en förbättrad och effektiv sjukvård. Slutligen presenteras studiens syfte och de frågeställningar som skall användas för att besvara det.

Human Service-organisationer

Synen på hur den svenska sjukvården ska styras och operationaliseras har förändrats under de senaste decennierna. Hasenfeld (1992) menar att organisationer där personalen har direktkontakt med människor i sitt tjänsteutövande skiljer sig från organisationer som inte har det. Han benämner dessa *Human service-organisationer* och anger sjukvården som ett exempel på en sådan organisation. Vidare anser han att fokus i dessa organisationer ligger på relationen mellan arbetare och klient. Human service-organisationens huvudsakliga uppgift är att bidra med samhälleliga tjänster kopplade till välbefinnande för medborgare, vilket innebär att värdeord som förtroende, ansvar och tillit blir centrala i sådana organisationer. De är även ofta starkt byråkratiska och styrs utifrån regler och kontroll (ibid.).

Thylefors (2007) anser att Human service-organisationer inom offentlig sektor arbetar utifrån specifika kriterier. Precis som Hasenfeld (1992) menar hon att de existerar för att tillgodose ett behov av välfärd och att målen för en Human service-organisation därför blir tämligen generella och gångbara oavsett politisk majoritet. Hon anser även att risktagandet i Human service-organisationer bör ligga på en låg nivå eftersom det inte finns utrymme för misstag när människors liv eller framtid står på spel som exempelvis inom sjukvården.

Från offentligt till privat

De senaste 25 åren har den offentliga sektorn genomgått förändringar som bidragit till en svagare gränsdragning mellan offentliga och privata verksamheter. Organisationsmodeller och styrformer anses vara allmängiltiga och tycks fungera offentligt såväl som privat, vilket talar emot att Human service-organisationer skulle skilja sig från andra organisationer. Idén om att styra

offentliga verksamheter på samma sätt som privata introducerades under 90-talet under benämningen New Public Management (Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. och Røvik, K., 2005). Røvik (2008) menar att de nya modellerna för styrning inom exempelvis New Public Management har bidragit till en ständigt och snabbt föränderlig omvärld för offentliga organisationer. Svensk sjukvård verkar i dagsläget på en marknad där både privata och offentliga aktörer konkurrerar om kunderna. Almqvist (2006) förklarar att idén med New Public Management är att just konkurrensutsätta offentlig verksamhet, både internt och externt, för att uppnå en högre effektivitet. Medborgarna utgör en viktig roll inom New Public Management då de kan påverka utvecklingen av offentlig verksamhet genom sina val. Den 1 januari år 2009 lagstadgades denna valfrihet inom hälsovårds- och socialtjänster genom lagen om valfrihetssystem, lagen gav brukare rätten att fritt välja utförare (SFS 2008:962).

Patientinvolvering

Nu går utvecklingen inom sjukvården enligt Freire och Sangiorgi (2010) mot att brukare har än större möjlighet att påverka sin vård än bara genom sina val. De menar att brukare nu är *samproducent* och tillsammans med vårdgivaren utvecklar vårdtjänsten som de tar del av. Utvecklingen av vården har, enligt dem. gått från vad de väljer att kalla ett massproduktionssynsätt (mass-production), där man arbetade fram effektivast möjliga sätt att bota en sjukdom, till massanpassning (mass-customisation), där fokus låg på att skapa kvalitet i vården till följd av New Public Management, till att idag handla om massamarbete (mass-collaboration) där vården utvecklas genom samarbete med patienten. Anledningen till att utvecklingen gått mot patientinvolvering beror på att utmaningarna inom sjukvården har blivit mer komplexa. Holman och Lorig (2004) förklarar att denna komplexitet handlar om en ökning av kroniska sjukdomar vilket kräver en löpande behandling. De akuta sjukdomarna har samtidigt minskat till följd av att man utvecklat bättre behandlingsmetoder samt identifierat orsakerna till dessa sjukdomar.

Den administrativa bördan

Samtidigt som dessa nya sätt att styra vården haft fokus på patienten har studier visat att mängden administrativa arbetsuppgifter ökat inom vården. Dessa studier har gjorts på så väl primärvård som sluten- och öppenvård. I samtliga studier visade resultatet att direkt patientarbete

aldrig översteg mer än hälften av den totala arbetstiden. I flertalet av dessa studier dras slutsatsen att denna andel patientkontakt är för låg (Edhag, O. 2000; Lundgren, S. och Segersten, K. 2001; Lundin, Y., Persson, J., Endrédi, A. 2003; SKL. 2005; Borelius, C. 2009; Anskär, E. 2012). Inom vården ses det ökande administrativa arbetet som ett av de största organisatoriska problemen. Debattörer inom hälso- och sjukvård menar att detta är en följd av behovet av kontroll och möjlighet att möta resultat vilket enligt dem begränsar tiden för patienter samt de professionellas inflytande över sitt eget arbete (Nordmark, E., 2005; Agerberg, M., 2012; Jansson, B., Nitz, L. och Wedin, M., 2013; Söderström, J., 2013; Mellgren, F., 2013; Staake, B; 2014).

Myndigheten för vårdanalys släppte år 2013 en rapport som omfattade fyra, enligt de, lämpliga utvecklingsområdena inom vården. Rapporten som gick under namnet "Ur led är tiden" skulle belysa hur läkares tid och kompetens kunde användas mer effektivt. I rapporten förklaras att Sverige är bland de länder som har flest läkare per invånare samtidigt som vi i relation till andra länder har ett lågt antal vårdbesök per invånare. Det konstateras att detta ändå inte har lett till att patienterna får mer tid i mötet med vårdgivaren. Författarna förklarar att både läkare och patienter i Sverige upplever att tiden för mötet dem emellan är för kort. För att effektivisera användandet av läkarnas tid menar författarna att vården behöver; förbättra IT-stöden; prioritera mellan administrativa krav; utveckla arbetsfördelningen mellan olika arbetsgrupper; samt optimera bemanningen utifrån patienternas behov (Myndigheten för Vårdanalys, 2013).

1.1 Problematisering

Med den ovanstående bakgrunden som utgångspunkt kan två avgörande faktorer urskiljas som påverkar den fortsatta utvecklingen inom vården. Å ena sidan menar forskare att patienten nu bör vara samproducent av sin egen vård på grund av den ökade komplexiteten i sjukdomarna, vilken kräver att patient och vårdgivare måste utforma vården tillsammans (Freire, K. och Sangiorgi, D., 2010). Denna utveckling mot att involvera kunden och låta denne vara samproducent har skett på hela marknaden, inklusive tjänstesektorn (Prahalad, C. K. och Ramaswamy, V., 2000). Vargo och Lusch (2004) diskuterar till och med framväxten av en ny tjänstedominerande logik där fokus i alla organisationer bör ligga på immateriella resurser och samproducerande av värde. De menar även, till stöd av Gummesson (1998) och Grönroos (2000), att interaktionen mellan företag och kund är viktig för att ett sådant samproducerande av värde ska kunna äga rum. Inom

svensk sjukvård har nu en sådan satsning på att involvera kunden, i detta fall patienten, skett (Vinnova, 2013). Målet är att patientinvolvering skall leda till en förbättrad och effektiviserad sjukvård (Echeverri, P., 2013)

Å andra sidan anser vårdpersonalen själva att det största problemet inom sjukvården ligger i att de spenderar för mycket tid på administrativt arbete, vilket begränsar tiden de kan spendera med patienten (Nordmark, E., 2005; Agerberg, M., 2012; Jansson, B., Nitz, L. och Wedin, M., 2013; Söderström, J., 2013; Mellgren, F., 2013; Staake, B; 2014). I rapporten "Ur led är tiden" bekräftas även att läkare och patienter upplever att tiden för mötet dem emellan ofta är för kort. Detta tas upp som ett hinder för att kunna utnyttja resurserna inom vården på bästa sätt (Myndigheten för Vårdanalys, 2013). I rapporten presenteras förslag om hur arbetet inom vården skall organiseras för att lösa detta problem. Bland annat diskuteras hur en bättre fördelning av arbetsuppgifter, där var och en gör det den är utbildad till, samt att optimera bemanningen var av stor vikt (Myndigheten för Vårdanalys, 2013).

Att uppnå effektivitet tycks vara det gemensamma övergripande målet när diskussioner förs om hur sjukvården bör styras och organiseras. Satsningen på patientinvolvering inom den svenska sjukvården handlar till stor del om att uppnå en yttre effektivitet med kunden som främste intressent. När man talar om den administrativa problematiken ligger å andra sidan stort fokus på en förbättrad inre effektivitet, vilket delvis skall uppnås genom ett bättre utnyttjande av resurser. Jacobsen och Thorsvik (2008) förklarar att en förutsättning för att överhuvudtaget kunna uppnå yttre effektivitet är att organisationen är produktiv, vilket är en del i den inre effektiviteten. Samtidigt tydliggör de att organisatorisk produktivitet inte nödvändigtvis resulterar i en yttre effektivitet. Det blir därigenom intressant att undersöka hur effektiviteten yttrar sig på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering.

Problemformulering

Utifrån problematiseringen har ett antal frågeställningar med koppling till effektivitetsbegreppet formulerats kring patientinvolvering och administration i vården:

- Hur ser tidfördelningen mellan olika arbetsuppgifter ut på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering?
- Hur ser denna arbetstidfördelning ut för olika yrkesgrupper inom vårdavdelningarna?
- Hur arbetar de på vårdavdelningarna för att involvera sina patienter?

1.2 Syfte

Diskutera effektiviteten på tre vårdavdelningar inom svensk statligt ägd sjukvård som arbetar med patientinvolvering.

1.3 Avgränsningar

Den här beskrivande studien avgränsas till att diskutera effektiviteten på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering ur ett ledarperspektiv. Undersökningen avgränsas till tre statligt ägda och drivna vårdavdelningar inom Jönköpings Läns Landsting. Dessa vårdavdelningar har under en 5-6 år arbetat med patientinvolvering och därigenom hunnit implementera resultatet av det i sin dagliga verksamhet. Arbetssättet patientinvolvering undersöks och diskuteras endast utifrån ett ledarskapsperspektiv och utesluter helt kundpåverkan, eller i det här fallet påverkan på patienterna. Vårdavdelningarna studien omfattar är öppen- och slutenvårdsavdelningar på sjukhus. Vårdcentraler, vilka utgör basen för primärvården, exkluderas i den här studien. De professioner som omfattas av studien är läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare.

2. Metod

I detta kapitel presenteras den metod som använts för att genomföra undersökningen i studien. Inledningsvis berättas att studien är av deskriptiv karaktär och att metoden är kvalitativ. Kapitlet innehåller metodens utformande, urval och genomförande och avslutas med metoden för analys och bearbetning av den insamlade datan.

2.1 Metodval

Beskrivande studie

Denna studie grundar sig i att beskriva hur effektiviteten ser ut på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering. Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud (2012) fördelar forskningsstudier i tre kategorier; begreppsutvecklande studier, förklarande studier och beskrivande studier. De begreppsutvecklande studierna syftar ofta till att utreda ett omdiskuterat begrepp eller fenomen, medan förklarande studier ämnar undersöka orsaken till ett fenomen och därigenom besvara frågan *varför*. Förklarande studier kan vara antingen teoriprövande, teoriutvecklande eller teorikonsumerande, vilket inom forskningsvärlden benämns som deduktiva, induktiva eller abduktiva. Esaiasson et al. (2012) menar att beskrivande studier ämnar besvara frågor som *när, var, hur, vem* och *vilka.* Då denna studie ämnade besvara sådana är den i enlighet med vad Esaiasson et al. (2012) förklarar vara en beskrivande studie.

Kvalitativ forskningsstrategi

Att ha en kvalitativ forskningsstrategi, vilket ligger till grund för denna studie innebär att tyngden ligger i att skapa en förståelse kring en social verklighet utifrån hur dess deltagare tolkar den (Bryman, A. och Bell, E., 2011). Då denna studie är beskrivande till sin karaktär antas de medverkande respondenternas tolkningar av sitt eget arbete påverka resultatet i studien. De sociala egenskaper som undersöks antas inom kvalitativ forskning vara konstruktionistiska, vilket innebär att de är resultatet av samspel mellan individer. Detta synsätt menar författarna skiljer sig från exempelvis naturvetenskaplig forskning där olika företeelser antas ”finnas där ute” opåverkade av omgivningen (ibid.). Denna studie ses som kvalitativ då arbetet på de undersökta avdelningarna och sättet de arbetar på i allra högsta grad är en följd av individers agerande.

Inledande arbete

Vid studiens inledande skede genomfördes en genomgång av väsentlig litteratur så som facklitteratur inom området, samt olika tidsskrifter inklusive vetenskapliga artiklar. Sökningar gjordes även i databaser som *Söder Scholar*, *Google Scholar* och *Libris* där några av sökorden som användes var; "patientinvolvering", "administration", "sjukvård", "health-care", "tidsstudier", "time studies", "human service-organizations", "offentlig verksamhet", "ledarskap", "effektivitet", "new public management" och "service design".

Information rörande de berörda avdelningarna och deras arbete med patientinvolvering införskaffades även via sökmotorn Google och Landstinget i Jönköpings Läns hemsida. Delar av den teoretiska referensramen krävde även att sekundärdata i form av lönestatistik samlades in för att kunna diskutera effektiviteten på de undersökta vårdavdelningarna. Dessa data samlades in från hemsidan lönestatistik.se, vilket användes i avsnittet för *Empiri och Analys.*

2.2 Insamling av primärdata

För att kunna besvara frågeställningarna i problemformuleringen genomfördes både en tidsstudie över arbetet för de olika professionerna på de berörda vårdavdelningarna samt intervjuer med sektions- respektive vårdenhetscheferna på avdelningarna. Intervjuer genomfördes för att erhålla kompletterande information om hur arbetet på avdelningarna bedrivs. Anledningen till att kombinera två olika tillvägagångssätt var att de enligt Hammersley (1996) kan fungera som komplement till varandra där den ena metoden tycks vara bristande. Att endast undersöka tidfördelningen och inte hur personalen arbetar ansågs ge en allt för entydig bild av effektiviteten. Därför beslutades att även intervjuer skulle genomföras.

Time Diary

Tidsstudien utgjordes av en så kallad tidsdagbok (time diary), vilket beskrivs av Rosengren och Arvidson (2002) som en blandning mellan observation och enkät. I en dagbok antecknar respondenterna själva aktiviteter de utför i en form av loggbok. Författarna förklarar att det både finns dagböcker av mer beskrivande karaktär där respondenterna uppmanas reflektera över vad de gör, och dagböcker som endast fungerar som tidsbudgetundersökningar. Det är den senare

formen av dagbok som tillämpades i denna studie. Den sortens undersökning syftar till att få en bild av hur en särskild grupp spenderar sin tid (ibid.), i detta fall hur vårdpersonalen på undersökta avdelningar spenderar sin arbetstid på olika arbetsuppgifter.

Utformande av loggbok

Loggboken, vilken användes för att anteckna tiden, hämtades från en tidigare studie, författad av Eva Anskär, vid namn "Vad gör vi på jobbet? En deskriptiv studie om arbetstidens innehåll på en vårdcentral". Anskärs (2012) studie syftade, precis vad namnet antyder, beskriva hur personalen på en vårdcentral spenderar sin tid. Loggboken som användes för insamling av data var uppdelat i kategorierna direkt patientarbete, indirekt patientarbete och övrigt arbete, där det inom varje kategori fanns ett antal förtryckta arbetsuppgifter. I varje loggbok fanns plats för respondenterna att ange profession för att uppdelning mellan dessa också skulle kunna ske vid bearbetning och analys av data. För en överblick av loggboken återfinns den i bilaga 1.

Intervjuer

Då tidsstudien endast bidrog med att illustrera hur tidfördelningen mellan olika arbetsuppgifter såg ut genomfördes som ovan beskrivet även kompletterande intervjuer med ansvariga sjuksköterskor på de tre vårdavdelningarna. Intervjuerna utfördes genom vad Esaiasson et al. (2007) beskriver som en informantundersökning, vilket bidrog med information om hur arbetet på avdelningarna de facto ter sig. Intervjuerna bygger även på vad Lantz (2007) kallar för praktisk hänsyn. Hon menar att beroende på hur mycket information som finns sedan tidigare om ett visst fenomen kan man välja att göra *kvantitativa* eller *kvalitativa* intervjuer. Med kvantitativa intervjuer menas att data som samlas in är av kvantitativ karaktär och ett stort antal respondenter tillfrågas varpå svaren kan jämföras för att hitta orsakssamband. Vid kvalitativa intervjuerna å andra sidan genereras data av kvalitativ karaktär, vilket innebär att ett fåtal respondenter intervjuas för att fördjupa förståelsen kring fenomenet. Då denna studie ämnar beskriva arbetet på avdelningar som arbetar med patientinvolvering, ett relativt outforskat område inom sjukvården, genomfördes det som Lantz (2007) kallar kvalitativa intervjuer.

För att frågeställningarna formulerade i problemformuleringen skulle kunna besvaras krävdes att intervjuerna till viss del strukturerades. Därför utformades en intervjuguide med övergripande

teman och frågor i enlighet med vad Bryman (2011) beskriver som en *semistrukturerad intervju*. Fördelen med denna typ av strukturering är att intervjuprocessen är flexibel där frågorna kan anpassas under intervjuns gång till vad intervjupersonen i fråga upplever vara viktigt (ibid.)

Utformande av intervjuguide

Intervjuguiden utformades i enlighet med Lantz (2007) intervjuplan vilken beskriver hur en intervju bör vara upplagd och varför. Redan innan intervjuerna genomfördes hade en kontakt med respondenterna etablerats genom mejlkonversation och mötet i samband med introduktionen av tidsstudien. Respondenterna var därför redan innan intervjun medvetna om studiens syfte vilket Lantz menar är viktigt. I den första delen av intervjun delgavs respondenterna information kring varför intervjun genomfördes, vilka ämnen som var intressanta för studien, hur lång tid den beräknades ta och hur den skulle dokumenteras. Att intervjupersonen är införstådd med studiens syfte är avgörande för att intervjun skall kunna ses som tillförlitlig (ibid.). De första frågorna i intervjuguiden kretsade kring allmän information om avdelningarna som respondenterna arbetar på då dessa är objekten som undersöks. Frågor om personalstyrka, olika professioner etcetera behandlades. Denna typ av bakgrundsinformation kan enligt Lantz (2007) hjälpa respondenten att förstå vilket sammanhang som intervjun befinner sig i. Frågorna som ställdes kretsade kring de frågeställningar som formulerats för att besvara studiens syfte varpå dessa som Lantz (2007) rekommenderar ställdes i en ordning som ansågs logisk för respondenten. Därför formulerades intervjuguiden på ett sådant sätt att den följde utvecklingen av det nya arbetssättet, och sedan övergick till på vilket sätt det fungerade för att slutligen ställa frågor om vad som påverkar arbetet på avdelningarna. När den önskvärda informationen samlats in ställdes ett antal frågor kring den tidsstudie som genomförts på avdelningarna. Detta för att försöka återgå till vad Lantz (2007) kallar för mer närliggande frågor då tidsstudien var något som respondenterna själva varit involverade i. Intervjuguiden återfinns i bilaga 2.

2.3 Genomförande

Del 1 – Urval ur population

För att kunna göra ett urval av studieobjekt som skall delta i studien preciseras i första hand vilken population undersökningen ämnar uttala sig om (Esaiasson, P. et al., 2012). Studiens population avgränsades till anställda som arbetar på vårdavdelningar där patientinvolvering

implementerats som arbetssätt. Detta eftersom det är användandet av personalresurserna på avdelningar med dessa kriterier som granskades för att kunna besvara syftet. I studien tillämpades ett *snöbollsurval*, vilket gjordes genom kontakt med professionella inom ämnet som sedan hänvisade vidare och resulterade i kontakt med de vårdavdelningar som utgjorde studien i enlighet med Esaiasson et al. (2007).

Beskrivning av urval

Vårdavdelningarna som utgjorde studien var tre stycken placerade på två olika sjukhus inom Jönköpings Läns Landsting. Två av avdelningarna, hematolog- och endokrinavdelningen samt njur- och neurologienheten tillhör Höglandssjukhuset i Eksjö och den tredje avdelningen, självdialysavdelningen, tillhör Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. Totalt deltog 27 personer från de olika avdelningarna i tidsstudien och tre personer intervjuades. Avdelningarna benämns i avsnittet för *Empiri och Analys* som Avdelning 1, Avdelning 2 och Avdelning 3 enligt ordningen ovan.

Avdelning 1 (hematolog- och endokrinavdelningen) samt avdelning 2, (njur- och neurologienheten) är två, av totalt sex olika vårdavdelningar inom medicinkliniken på Höglandssjukhuset i Eksjö. Det sammanlagda antalet anställda uppgår där till cirka 250 stycken. Dessa är fördelade över yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdadministratörer, kuratorer, vårdenhetschefer, administrativa enhetschefer, vårdutvecklare och verksamhetschefer. Avdelningarna arbetar i närkontakt med varandra och har dagliga möten om bland annat bemanning. I samband med en ombyggnation av avdelningarna som inleddes år 2008 beslutades att avdelningarna skulle utformas och organiseras så att personalen kunde arbeta i närhet till patienten. En av drivkrafterna var från början att förbättra arbetsklimatet för de anställda vilket hade visat sig dåligt i både egna undersökningar och undersökningar gjorda av Jönköpings Läns Landsting.[1]

Avdelningarna delades upp i mindre moduler om fem-sex patienter vardera vilket skulle leda att vårdpersonalen kommer närmare patienten, men också att personalen kan arbeta mer effektivt

[1] Ottosson, Mona; Vårdenhetschef vårdenhet E, Höglandssjukhuset i Eksjö. 2014. Intervju 13 maj
Sjöbrink, Marie; Vårdenhetschef, vårdenhet A, Höglandssjukhuset i Eksjö. 2014. Intervju 13 maj

genom att ha all viktig utrustning till hands. Sjuksköterskor och undersköterskor finns placerade i mindre kontor i närhet till varje modul till skillnad från den tidigare expeditionen. En annan tanke med att personalen arbetar i närhet till patienterna var att dessa ska kunna bli mer delaktiga i sin egen vård. I dagsläget finns även ett krav från SKL på vad de kallade för personcentrerad vård, vilket innebär att avdelningarna skall arbeta aktivt med patientens upplevelse av vården. Hematolog- och endokrinavdelningen samt njur- och neurologienheten är båda slutenvårdsavdelningar vilket innebär att patienterna ligger inlagda för vård på avdelningen tills de skrivs ut.[2]

Även avdelning 3 (självdialysavdelningen) är en del av medicinkliniken i Jönköpings Läns Landsting, men placerad på Länssjukhuset Ryhov. Avdelningen är fristående men upprättad i anslutning till den vanliga dialysavdelningen. De patienter som är i behov av dialys får själva avgöra om de vill gå till den vanliga avdelningen där vårdpersonalen sköter allt åt dem, eller om de vill lära sig att själva genomföra sin dialys. Att vara dialyspatient innebär att man måste genomgå en rening av blodet ett par gånger i veckan. [3]

Självdialysavdelningen är en öppenvårdsavdelning och patienterna bestämmer själva hur ofta de vill genomgå dialys, varje rening tar 3-4 timmar. Patienterna behöver därför inte ligga kvar på avdelningen på heltid utan kan bo hemma. På självdialysen får patienterna själva bestämma när de vill komma. Särskilt flexibelt blir det för de som kan hela processen och inte behöver något stöd från sjuksköterskor, då kan dialys genomföras även före och efter avdelningens ordinarie öppettider.[4]

Idén om att låta patienterna genomföra sin egen dialys kom år 2005 från en patient och den fristående avdelningen upprättades år 2008. Både patienter och personal var involverade i utformandet av den nya avdelningen, vilken har tre rum med fyra-fem platser i varje samt ett singelrum som även kan fungera som karantän vid eventuella smittor.[5]

---

[2] Ottosson, Mona; Vårdenhetschef vårdenhet E, Höglandssjukhuset i Eksjö. 2014. Intervju 13 maj
Sjöbrink, Marie; Vårdenhetschef, vårdenhet A, Höglandssjukhuset i Eksjö. 2014. Intervju 13 maj
[3] Banck, Britt-Mari; Sektionschef, självdialysen, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping. 2014. Intervju 13 maj
[4] Banck, Britt-Mari. 2014. Intervju 13 maj
[5] Banck, Britt-Mari. 2014. Intervju 13 maj

Del 2 – Tidsstudien

Urval av respondenter till tidsstudien

Olsson och Sörensen (2011) beskriver att en förutsättning för att deltagare i en undersökning självständigt skall kunna avgöra om de vill medverka eller inte är genom att särskilda begriplighetskrav på information är uppfyllt. Dessa begriplighetskrav omfattas av krav på samtycke, konfidentialitet och nyttjande, det vill säga att uppgifter om enskilda deltagare endast får användas för undersökningens ändamål (ibid.) Skriftlig information medföljde därför de loggböcker som tilldelades de medverkande i tidsstudien, där det klargjordes att all information behandlades anonymt samt att genererade data endast användes för denna studies ändamål. På dessa premisser fick de personer som medverkade göra så helt frivilligt. Urvalet får därigenom ses som ett bekvämlighetsurval i enlighet med Bryman (2011) då loggböckerna delades ut för att det sedan var upp till var och en ifall de ville medverka eller inte.

På vårdenhet A medverkade totalt 10 personer av cirka 34 anställda på avdelningen varav fördelningen över professioner såg ut enligt följande; två läkare á 100 procent, fyra sjuksköterskor varav en arbetar 100 procent och resterande 80 procent av heltid, två sekreterare varav den ena arbetar 100 procent och den andra 80 procent av heltid samt två undersköterskor som arbetar 100- respektive 87 procent av heltid.

På vårdenhet E medverkade totalt 12 personer av cirka 40 anställda på avdelningen. Fördelningen mellan olika professioner såg ut enligt följande; en läkare á 100 procent, fem sjuksköterskor vara fyra arbetar 100 procent av heltid och den femte arbetar 75 procent av heltid, en sjuksköterska som arbetade tre dagar som sjuksköterska och två dagar som undersköterska men totalt 100 procent av heltid samt två sekreterare vilka båda arbetar 100 procent av heltid.

Alla fem anställda sjuksköterskor på självdialysen deltog i undersökningen. Av dessa arbetar en 100 procent av heltid, två arbetar 85 procent av heltid samt en som arbetar 75 procent av heltid. Den femte sjuksköterskan arbetar även som sektionschef á 100 procent av heltid, på grund av frånvaro från avdelningen under veckan då tidsstudien ägde rum registrerades endast två arbetsdagar för denne respondent.

Generalisering av tidsstudien

Att skapa ett urval tillräckligt stort för att resultatet skall kunna generaliseras handlar enligt Nessen och Tufte (2003) om att förhålla urvalet till den grupp som en vill uttala sig om i resultatet. Då detta är en kvalitativ undersökning av tre specifika vårdavdelningar där syftet är att diskutera effektiviteten på just dessa avdelningar är målet att endast kunna generalisera resultaten från tidsstudien så det urval som gjorts på respektive avdelning blir representativt för just den avdelningen. På självdialysen omfattades samtliga anställda av tidsstudien varpå trovärdigheten för att resultatet är representativt för avdelningen kan anses hög. På de två andra avdelningarna utgjordes urvalet av ungefär en tredjedel av personalen på respektive avdelning. För att urvalet skulle kännas rimligt i förhållande till avdelningen i stort inkluderades samtliga professioner som arbetar på avdelningarna; läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare.

Genomförande av tidsstudien

För att erhålla så noggranna och verklighetstrogna svar som möjligt sändes loggboken per mejl till ansvariga sektions- eller vårdenhetschefer så att de på förhand kunde avgöra ifall de förtryckta arbetsuppgifterna överensstämde arbetsuppgifterna på respektive avdelning. De gjorde bedömningen att arbetsuppgifterna överensstämde med vad personalen på avdelningen arbetar med. För att underlätta eventuell belastning för respondenterna erhöll de var sitt häfte innehållande fem stycken utskrivna loggböcker, motsvarande fem arbetspass, samt en bifogad instruktion över hur de skulle fylla i loggboken.

Vid besök hos de olika avdelningarna tilldelades respondenterna loggböckerna. På självdialysen delades de ut personligen direkt till respondenterna vilka även tillgodosågs en muntlig introduktion till hur loggböckerna skulle fyllas i. Detta skedde måndag den 5 maj 2014. På resterande två avdelningar delades loggböckerna ut till vårdenhetscheferna, vilka även tillgodosågs samma muntliga introduktion som personalen på självdialysen. Denna introduktion gjordes fredag den 2 maj 2014. Vårdenhetscheferna förde sedan vidare informationen tillsammans med loggböckerna till respondenterna på respektive avdelning. Loggböckerna fylldes därefter i av respondenterna under fem av de kommande arbetspassen för att täcka en ungefärlig arbetsvecka. Mätningen av skedde under både dag- och nattid för att totalt omfatta fem arbetspass. Upphämtning av loggböckerna skedde på eftermiddagen fredag den 9 maj 2014.

Stolzenberg (2003) beskriver att användning av tidsdagböcker ofta utsätts för mätfel då tiden är en subjektiv upplevelse av de som rapporterar den, men menar samtidigt att ifall individerna antecknar tiden i samband med att aktiviteten utförs blir informationen mer korrekt. Loggboken som användes för tidsrapporteringen utformades för direkt anteckning för att således kunna öka noggrannheten i informationen som Stolzenberg (2003) beskriver, även om det måste tas i beaktning att tidsrapportering sker utan någon form av utomstående observation av personalen.

Del 3 – Intervjuer

Urval av respondenter till intervjuer

Urvalet av intervjupersonerna genomfördes enligt vad Bryman (2011) beskriver vara ett målinriktat urval. Intervjupersonerna behövde besitta kunskap om hur arbetet på avdelningarna bedrivs samt hur arbetet borde bedrivas utifrån krav som ställs ovanifrån för att kunna bidra med relevant information till besvarandet av frågeställningarna (ibid.). Tyvärr fanns bara möjlighet att genomföra en intervju per avdelning vilket får ses som få även om Trost (2005) beskriver att intervjuer till dess fördel bör hållas till ett lägre antal. Resultatet kan ha påverkats av att de tre respondenterna är i chefsposition på sina respektive avdelningar.

På Höglandssjukhuset i Eksjö intervjuades Marie Sjöbrink, vårdenhetschef på hematolog- och endokrinavdelningen samt Mona Ottosson, vårdenhetschef på njur- och neurologienheten. På självdialysavdelningen på Länssjukhuset Ryhov intervjuades Britt-Mari Banck, sektionschef på självdialysen. Dessa tre intervjuobjekt fungerade även som kontaktpersoner för tidsstudien då de har god insikt i hur arbetet på avdelningarna fungerar. Intervjurespondenterna benämns vidare, likt avdelningarna, respondent 1, respondent 2 respektive respondent 3 enligt ordningen ovan.

Det bör dock poängteras att alla intervjupersoner även arbetar aktivt som sjuksköterskor på dessa avdelningar och har direkt kontakt med övrig personal och patienter trots att de betitlas som chefer.

Generalisering av Intervjuer

Som Lantz (2007) beskriver så är intervju som metod alltid en insamling av subjektiva data. Det kan alltså finnas en diskrepans mellan vad de personer som intervjuas säger och vad de faktiskt gör vilket gör det svårt att veta om det är den objektiva sanningen som redogörs för. Hon menar att denna subjektivitet gör det svårt att generalisera resultatet av intervjuer till en större population på grund av att olika individer kan ha olika uppfattning om det som undersöks. Ändå kan intervjuer användas med syftet att få fram vad intervjuobjekten upplever genom att respondenternas svar betraktas som deras subjektiva sanning (ibid.).

Samtliga intervjuer genomfördes med sjuksköterskor i ledarposition vilket enligt Lantz (2007) leder till att resultatet endast kan anses representera ett ledarskapsperspektiv på arbetssättet. Detta togs i beaktning vid bearbetning och analys av data och när resultatet presenterades gjordes detta med största möjliga försiktighet. Uttalanden om vilka arbetsmetoder som används ses som trovärdiga, medan antaganden kring resultatet av arbetet endast presenterades när detta hade stöd av den teoretiska referensramen.

Genomförande av intervjuer

Intervjuerna genomfördes efter att tidsstudien utförts och sammanställts för att kunna anpassa intervjufrågorna efter möjliga utstickande poster som skapade frågor. Samtliga intervjuer genomfördes under onsdagen den 14 maj 2014. Eftersom intervjuerna sker tidsmässigt efter genomförande av tidsstudien blev det lämpligast att genomföra intervjuerna per telefon. Intervjuerna varade cirka 45 minuter vardera och spelades in, med medvetenheten om eventuella tekniska problem som kan uppstå såsom Bryman (2011) beskriver som ”störningar på linjen”. För att undvika eventuella problem som kan uppstå var både telefon- och inspelningsutrustning under intervjuerna ständigt kopplade till en energikälla för att i största möjliga mån undvika plötsliga avbrott. Det gjordes även ett inspelningstest där en av våra anhöriga ringdes upp och spelades in.

Trost (2005) beskriver både för- och nackdelar med att spela in intervjuer där fördelarna är att möjlighet finns att upprepade gånger lyssna till ordval och tonfall hos intervjupersonen. Även som intervjuare blir det lättare att koncentrera sig på intervjun då ständig anteckning av vad som

sägs inte är nödvändig. Det är dock en väldigt tidskrävande och besvärlig metod då materialet i efterhand måste transkriberas (ibid.). Bryman (2011) beskriver att den fysiska frånvaron vid en telefonintervju kan bidra till att det blir enklare att både ställa och svara på frågor som kan anses känsliga, däremot menar Bryman (2011) precis som Trost (2005) att den fysiska frånvaron också kan leda till att man går miste om att se intervjupersonens kroppsliga reaktioner på frågorna som ställs. Med detta i åtanke togs än dock beslut om att intervjuerna skulle genomföras per telefon då det som värdesätts i denna studie är vad som sägs, inte hur det sägs.

2.3 Etiska aspekter

Som beskrivet under *Urval av respondenter till tidsstudie* nämner Olsson och Sörensen (2011) särskilda etiska principer för vetenskaplig forskning utformade av Vetenskapsrådet. Principerna är krav i form av *informationskrav, samtyckeskrav, konfidenialitetskrav och nyttjandekrav* som ställs inför forskningsurvalet. Undersökningen gavs tillstånd av sektions- och vårdenhetscheferna på de olika avdelningarna. Alla deltagarna, såväl respondenter till tidsstudien som intervjuerna, delgavs information om studien antingen skriftligt eller muntligt för att uppfylla informationskravet. Personalen på självdialysen tillgodosågs en direkt muntlig presentation medan verksamhetscheferna på de två andra avdelningarna förde vidare den muntliga presentationen till respektive avdelnings personal. Alla deltagarna gavs även rätten att själva välja om de ville medverka eller ej i enlighet med kravet på samtycke. Alla uppgifter har behandlats anonymt och även i presentationen av resultatet undviks i mesta möjliga mån att anonymiteten röjs för att uppfylla konfidentialitetskravet. Svårigheter uppstod dock vid anonymisering av intervjurespondenterna då vårdavdelningarna presenteras var och en för sig och varje avdelning endast har en sektions- eller vårdenhetschef. Intervjurespondenterna är medvetna om detta och de har godkänt att deras identitet inte är anonymiserad. Uppgifter som vid undersökningen har samlats in har, och kommer dessutom endast användas för just detta forskningsändamål i enlighet med nyttjandekravet.

2.4 Bearbetning och analys av data

Tematisk analys

För att bearbeta och analysera insamlade data genomfördes en tematisk analys, vilket Boyatzis (1998) beskriver vara en process för att bearbeta kvalitativa data genom kodning av information, varpå flertalet koder sedan sammanställs och integreras. För att kunna använda kodning genom en tematisk analys krävs att mönster, också kallat teman, urskiljs, vilket åstadkoms genom perception av mönster i tillgänglig information. Temana kan genereras både induktivt från rådata och deduktivt ur teori och tidigare forskning.

En tematisk analys består av tre steg där det första steget består av att besluta om utformning av undersökningen. I det andra steget utvecklas teman och koder, vilket kan åstadkommas genom tre olika tillvägagångssätt: teoridriven, driven av tidigare forskning och induktivt ur råa data. Det tredje steget i en tematisk analys behandlar validering och tillämpning av koder (ibid.).

Utformningen av undersökningen i studien utgår från tidigare forskning inom området samt bildade teorier gällande tjänster och tjänsteorganisationer utifrån aspekter som effektivitet, kvalitet och värde där sjukvården är ett återkommande exempel. Temana som skapades behandlar dels tidfördelningen av arbetstid för de olika yrkeskategorierna på de berörda avdelningarna, dels hur personalresurserna på avdelningarna används samt hur man på avdelningarna arbetar med att involvera patienterna. Identifiering av dessa teman har åstadkommits genom den teoridrivna metod Boyatzis (1998) redogör för där mönster uppfattas och kodas i den teoretiska referensramen för att sedan kunna kopplas till den råa informationen som insamlats vid undersökning. Denna sorts analys utfördes på intervjumaterialet så väl som tidsstudien.

Bearbetning av loggböcker

När loggböckerna samlats in sammanställdes de i ett Excelldokument per avdelning. Inom varje dokument sammanställdes först varje respondents tidfördelning under den uppmätta veckan för sig. Då respondenterna antecknat tiden för olika arbetsuppgifter i minuter adderades och beräknades dessa om till procent för att ge en bättre överblick av hur varje respondent fördelat sin tid. Då respondenterna antecknat vilken profession de tillhör sammanställdes sedan läkare,

sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare på respektive avdelningen i varsin grupp. Detta gjordes eftersom ingen granskning av tidsanvändning på individnivå var av intresse.

Denna sammanställning av professionernas tidfördelning inom avdelningarna används för att kunna diskutera hur resurserna inom varje avdelning används. Utöver detta genomfördes en sammanslagning av det totala resultatet för varje avdelning då teorin i många fall utgår från hur tidfördelningen förefaller på en hel arbetsplats eller organisation. I båda sammanslagningarna, den för professioner inom avdelningar och den för avdelningar beräknas även den procentuella tidsfördelningen mellan de övergripande arbetsuppgiftskategorierna; direkt patientarbete, indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter. I analysen presenteras resultatet för varje avdelning enskilt. Sedan diskuteras hur de olika avdelningarnas resultat förhåller sig till varandra och vad detta kan bero på.

Bearbetning av intervjuer

Efter att intervjuerna genomförts transkriberades dessa ordagrant, likt Olsson och Sörensens (2011) beskrivning av hur material skall transkriberas. Detta för att enklare kunna genomföra ovanstående analys av resultatet i dem. För att skapa struktur i de transkriberade intervjuerna läses de sedan igenom flera gånger med målet att definiera vilka olika delar i materialet som berör vilket av de tre teman som skapat utifrån teorin. För att hålla isär de olika temana användes överstrykningspennor i olika färg, där varje färg representerar ett tema. Med hjälp av dessa markeras det utskrivna intervjumaterialet. När analysen sedan inleddes gjordes detta tema för tema. Varje del i intervjun som berör det aktuella temat togs upp och kopplades till teorin som den berör. Även för intervjuerna hålls resultatet isär mellan de olika avdelningarna för att sedan kunna ställas i förhållande till varandra.

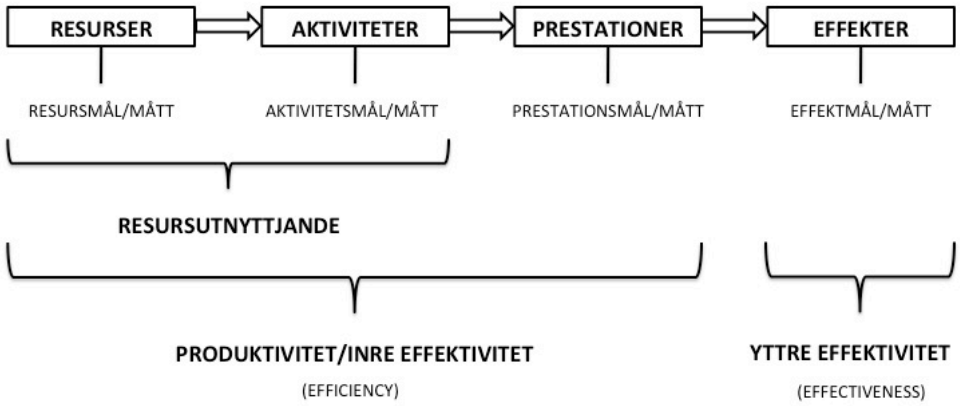
3. Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen som presenteras nedan utgörs dels av en mer ingående begreppsförklaring av effektivitet vilket är ett centralt begrepp genom hela studien. Sedan följer teorier om effektivitetspotential och hur verklig effektivitet bedöms. Även teorier om hur tjänsteföretag bör arbeta och vad de bör fokusera på presenteras. Teorin varvas med forskning inom de olika områdena. Kapitlet avslutas med tidigare studien på administration i vården.

3.1 Effektivitet

Effektivitet är ett omdiskuterat begrepp inom organisationsteorin, men den gemensamma uppfattningen av begreppet är att effektivitet handlar om någon form av måluppfyllelse. En organisations mål utgörs av de olika intressegruppernas mål, vilka de försöker överföra på organisationen. Målen blir till slut formella och formuleras i strategidokument och årsredovisningar. Inom offentliga organisationer har detta skapat problem då dessa ofta har ett flertal intressenter med motstridiga mål. Då måluppfyllelse innebär olika saker för olika intressenter blir det vårt att uppnå effektivitet genom måluppfyllelse i denna typ av organisationer (Modell, G. & Grönlund, A., 2006).

Även inom ekonomistyrningen definieras effektivitet som måluppfyllelse. Där fattas beslut utifrån finansiella eller mätbara storheter som jämförs med kvantifierade mål, vilka anger graden av måluppfyllelse och därmed effektivitet. Effektivitet handlar alltså om huruvida formella mål uppnås eller inte. Detta sätt att se på effektivitet som en process kan brytas ned i mindre beståndsdelar beroende på vilken del av verksamheten som avses. Inom offentliga verksamheter kan detta beskrivas utifrån att koppla mål och mått till mätpunkter i en resursomvandlingskedja. Denna kedjemodell består av fyra huvudområden; resurser, aktiviteter, prestationer och effekter (ibid.).



Figur 1: effektivitetsbegreppet ur ett resursomvandlingsperspektiv

(Modell, G. & Grönlund, A., 2006)

Inre effektivitet

Ett företags resurser kan, som inom ekonomistyrningen, ses som finansiella, men de kan även vara materiella eller mänskliga. Figur 1 illustrerar hur de mål och mått som finns kan kopplas till resurser och aktiviteter för att få en bild av hur *resursutnyttjandet* ser ut. Resursutnyttjandet uttrycks i relationstal så som andel utnyttjade mantimmar av den totala tillgängliga arbetstiden. *Produktiviteten* uttrycks också i relationstal men utifrån resursernas prestationer inom aktiviteterna. Exempelvis antalet utförda tjänster i relation till antalet utnyttjade mantimmar. Produktiviteten (resurser, aktiviteter och prestationer) utgör vad som brukar kalla för *inre effektivitet* (efficiency). Inre effektivitet handlar kort och gott om att ”göra saker rätt”. Detta med utgångspunkt i att det ofta ställs krav på organisationer att alltid hushålla med tillgängliga resurser oberoende av de övergripande målen (Modell, G. & Grönlund, A. 2006).

Yttre effektivitet

Den *yttre effektiviteten* utgörs av det tidigare nämnt som graden måluppfyllelse utifrån de mål intressenterna har för organisationen. Inom exempelvis ett sjukhus skulle intressenterna kunna utgöras av patienter, vårdpersonal, politiker och samhället. Målen för organisationen måste formuleras och uppfyllas utifrån förhållandet mellan intressenter och organisation för att kunna tala om yttre effektivitet (effectiveness) det vill säga att ”göra rätt saker” (Modell, G. & Grönlund, A., 2006).

3.2 The Customer Contact Model

Chase och Tansik (1983) utvecklade en teori om tjänsteproducerande företags förmåga till effektivitet. Denna går under namnet *the Customer Contact Model.* Utgångspunkt i deras teori är att tjänsteproducerande företag har en maxpotential för sin effektivitet. En maxpotential som påverkas av graden kontakt mellan personal och kund. De menar att en osäkerhet kring tjänstens utformande uppstår när personal och kund står i direktkontakt med varandra på grund av att tjänsten då måste individanpassas. När tjänsten måste anpassas efter varje individ i en bred kundgrupp med stor variation begränsas företagets möjligheter till inre effektivitet (efficiency) då standardiseringar i utformandet av tjänsten inte är möjliga. Chase och Tansik (1983) menar att företag med hög andel kontakt med sina kunder därför har en lägre effektivitetspotential och inte kan uppnå samma inre effektivitet som företag med låg andel kontakt med sina kunder.

Chase och Tansik (1983) delade upp tjänsteföretag i tre olika typer beroende på organisationens huvudsakliga syfte. Dessa kan, som illustreras i figur 2, placeras på en skala med högkontaktföretag i ena änden och lågkontaktföretag i den andra. De företag vars huvudsakliga syfte utgörs av mötet mellan kund och personal kallar Chase och Tansik (1983) för ”pure services”. I andra änden av skalan placeras ”quasi-manufacturing”, vilka är företag som utför sina tjänster genom så kallade back-office aktiviteter i princip helt utan kontakt med sina kunder. På mitten av skalan finns ”mixed services”, vilka, som namnet antyder, är en blandning av de båda ovanstående. Enligt Chase och Tansik (1983) tillhör sjukvården kategorin pure services vilket innebär att effektivitetspotentialen hos sjukvården är låg.

Figur 2: Customer Contact Apprroach

(ur Mersha, T., 1990)

För att bedöma ett företags potentiella effektivitet föreslår Chase och Tansik (1983) att tiden som spenderas i direktkontakt med kund skall ställas i relation till tiden det tar för företaget att skapa den tjänst som erbjuds kunderna (se figur 3). Inom tiden för skapandet av tjänsten ryms alla de arbetsuppgifter som inte utförs i kontakt med kunden.

$$\text{POTENTIAL OPERATING EFFICIENCY} = f\left[1 - \frac{\text{CUSTOMER CONTACT TIME}}{\text{SERVICE CREATION TIME}}\right]$$

Figur 3: The Customer Contact Model

(Chase, R. B. och Tansik, D. A., 1983)

Att klassificera ett företag och bedöma dess potentiella inre effektivitet kan enligt Chase och Tansik (1983) öka förståelsen för hur organisationen ska designas och operationaliseras. De menar att olika företag bör fokusera på olika saker och ger exempel på vad företag bör vara medvetna om vid olika organisatoriska problem.

Företag bör utforma arbetsuppgifterna olika utifrån hur mycket kontakt den anställde har med kunden vid utförandet av dem. De bör matcha dessa arbetsuppgifter med personalens personliga egenskaper. Exempelvis ska människoorienterade personer arbeta där kontakt med kund krävs medan uppgiftsorienterade personer passa bättre att utföra back-office aktiviteter. Företag bör vara medvetna om att det arbete som bedrivs back-office är enklare att standardisera än det som bedrivs i kontakt med kund. En annan sak som skiljer företag med låg andel kontakt med sina kunder från ett med hög andel kontakt är kravet på kapacitet att utföra tjänsterna. Arbete som utförs utan kontakt med kund kan ofta lagras, vilket innebär att personalen kan arbeta på medelkapacitet hela tiden, medan företag där tjänsten utförs i kontakt med kunderna alltid måste ha en kapacitet som motsvarar efterfrågan när den är som störst. Annars riskerar de att inte kunna leverera tjänsten till alla som efterfrågar den. Detta gör att det blir enklare att planera exakt utifrån de tillgängliga resurser som finns i ett företag med låg andel kontakt med kunderna. Ett företag med hög andel kontakt med sina kunder har även större krav på sig att vara lokaliserat i närhet till sina kunder och att vara utformat utifrån dennes fysiska och psykiska behov, medan ett företag med låg andel direkt kundkontakt kan placeras där det är mest fördelaktigt ekonomiskt och utformas för maximal produktivitet. På grund av den osäkerhet som uppkommer i mötet med kund är det svårare att kontrollera ett företag med hög andel kontakt med sina kunder, dessa bör därför arbeta för att maximera sin yttre effektivitet, medan företag med låg andel kontakt till kund kan satsa på att uppnå en hög inre effektivitet. De företag med hög andel kontakt till kund bör satsa på analoga system vilket innebär möten, öga mot öga, snarare än exempelvis digitala

datasystem. Dessa företag behöver även ha en viss förmåga att behandla ärenden som inte är rutinmässiga även om organisationen i stort är mekaniskt strukturerad (ibid.).

Till sist menar Chase och Tansik (1983) att de organisationer som placeras i mitten av skalan, och således definieras som ”mixed services” kräver gränsöverskridande och heterogena arbetsuppgifter inom organisationen.

Kritik av The Customer Contact Model

Stark kritik har riktats mot *the Customer Contact Model* för att den inte skiljer mellan företag som har hög direktkontakt med sina kunder och de företag vars kunder endast har kontakt med tjänstesystemet, men inte med dess personal. Chase och Tansik (1983) menade att både sjukhus och hotell bör räknas till pure services då de har en hög andel kontakt med sina kunder. Schmenner (1986) menar att en tydligare distinktion bör göras då sjukhus är betydligt mer krävande organisationer jämfört med hotell på grund av skillnader i grad av individanpassning. Detta förklarar han genom att hotell är begränsade i interaktionen med kunden då tjänsten framförallt handlar om att erbjuda logi. Schmenner (1986) menar att den klassificering av företag som Chase och Tansik (1983) gör kan medföra att företag antyds vara högkontaktföretag trots att de har en låg interaktion med sina kunder. Att använda den klassificeringen som underlag leder då till en felaktigt bedömd effektivitetspotential.

Utveckling av The Customer Contact Model

Utifrån den kritik som presenterats ovan utvecklade Mersha (1990) *the Customer Contact Model* genom att göra en tydligare definition av begreppet kundkontakt. Denna nyutveckling innehöll en distinktion mellan aktiv och passiv kundkontakt vilket skulle göra klassificeringen av företag mer exakt. Aktiv kundkontakt innefattar endast den tid då kunden och personalen i tjänsteföretaget har direkt kontakt med varandra, antingen öga mot öga eller via något annat medium så som telefon. Den passiva kundkontakten å andra sidan innefattar den tid då kunden har kontakt med tjänstesystemet utan att interagera med dess personal. Utifrån denna nya distinktion utformade Mersha (1990) en matris (se figur 4) över hur olika typer av företag kunde klassificeras. Här tydliggörs skillnaderna mellan sjukhus och hotell. Sjukhus hamnar inom kategori (B), där både aktiv och passiv kundkontakt anses hög medan hotell har en hög passiv

kundkontakt, men en låg aktiv. Utöver detta finns något som Mersha (1990) väljer att kalla back-officetjänster (Back-office services) vilka är arbetsuppgifter som utförs utan koppling till eller kontakt med kunden.

		PASSIVE CONTACT	
		LOW	HIGH
ACTIVE CONTACT	HIGH	(A) • HEALTH CENTERS • PSYCHIATRIC SERVICES • DENTAL SEVICES	(B) • HOSPITAL INPATIENT CARE • RESTAURANTS • SCHOOLS
	LOW	(D) • DATA PROCESSING SERVICES • CATALOG MERCHANDISING SERVICES • HOME OFFICES OF BANKSM INSURANCE COMPANIES, ETC.	(C) • HOTELS/MOTELS • PUBLIC TRANSPORTATION • RESORTS

Figur 4: The Customer Contact Matrix

(Mersha, T. 1990)

Den passiva kundkontakten kräver kundens närvaro i, och utnyttjande av tjänstesystemet, men eftersom de arbetsuppgifter som personalen då utför inte behöver individanpassas kan de standardiseras i högre utsträckning än de arbetsuppgifter som utförs i direktkontakt med kund, vilket påverkar företagets förmåga till inre effektivitet. När effektivitetspotentialen skall bedömas utifrån Mershas (1990) vidareutveckling av *the Customer Contact Model* är utgångspunkten endast den aktiva kundkontakten, vilken ställs i relation till den totala arbetstiden för att skapa tjänsten (se figur 5). Skillnaden blir då enligt Mersha (1990) att ett sjukhus som ofta interagerar mer med sina patienter än vad ett hotell gör med sina gäster också får en lägre effektivitetspotential. Mersha (1990) anser att med denna utveckling av modellen kan den fortfarande utgöra ett viktigt ramverk för att kunna förstå, designa och kontrollera tjänsteföretag.

$$\text{POTENTIAL OPERATING EFFICIENCY} = f\left[1 - \frac{\text{ACTIVE CONTACT TIME}}{\text{SERVICE CREATION TIME}}\right]$$

Figur 5: Mershas Customer Contact Model

(Mersha, T. 1990)

Vidare argumenterar Mersha (1990) för att effektivitetspotentialen i sig själv säger väldigt lite om ett företags faktiska effektivitet. Han anser att effektiviteten bör bedömas genom någon form av viktningsfaktor och föreslår kostnader för att skapa tjänsten som en sådan. Den aktiva- och passiva kontakttiden samt back-officetjänsterna bör alltså enligt honom relateras till kostnaderna för att utföra arbetet inom dem. Mersha (1990) beskriver vidare hur arbetskraftskostnader är den i särklass största kostnaden för tjänsteföretag och föreslår då arbetskraftkostnaden som en potentiell viktningsfaktor. Med sjukvården som exempel förklarar han även att olika typer av kundkontakt kräver olika färdigheter och att kostnaderna är beroende av hur mycket resurser som behövs, uppgiftens komplexitet och vilken nivå den anställdes färdigheter behöver vara på för att vara kapabel nog att utföra tjänsten. Inom sjukvården kan olika arbetsuppgifter utföras av personal med olika färdigheter så som undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och specialister, vilket också medför olika arbetskraftskostnad beroende på vem som utför en uppgift.

Mätverktyg för hög-, medium- och lågkontakt kopplat till the Customer Contact Model

Efter Mershas (1990) utveckling av *the Customer Contact Model* har forskningen haft tendenser att försöka avgöra kvaliteten på tjänster snarare än att bedöma effektiviteten i företagen. *The Customer Contact Model* har dock fortsatt varit aktuell även vid utvecklingen av mer kvalitetsinriktade teorier då försök snarare gjorts för att koppla samman dessa.

Deborah L. Kellogg och Richard B. Chase (1995) konstruerade ett mätverktyg för kundkontakt som var tänkt att användas för att exakt kunna klassificera tjänstemöten som hög-, medium- eller lågkontakt. Författarna menar att detta skulle kunna användas för att mer noggrant kunna bedöma kvalitet i varierande hänseenden, vilka kompetenser som krävs i särskilda situationer men också för att undersöka hur tjänstesystem ska utformas för att bidra till både den yttre och inre effektiviteten.

I studien, vilken undersökte olika omvårdnadsaktiviteter på ett sjukhus, identifierades tre, enligt författarna, betydande dimensioner; kommunikationstiden, klarheten i informationen som utbyts samt intimiteten i kontakten där dessa tillsammans utgör vad de benämner som *Contact Score*. Styrkan hos modellen uttrycks vara god då den förklarar 82 procent av variabiliteten i

kontaktepisoderna. Tiden var den dimension vilken framkom som en nyckelfaktor till dessa skillnader, då kommunikationstiden tycks förklara 71 procent av de 82 procent som beskrivits ovan. Slutligen gjordes en jämförelse mellan Deborah L. Kellogg och Richard B. Chase (1995) utvecklade Contact Score med den "allmänt citerade" *the Customer Contact Model* utvecklad av Chase och Tansik (1983) vilket indikerade på en stark relation mellan dessa.

Validering av mätverktyg för kundkontakt

Mätverktyget som utformades av Deborah L. Kellogg och Richard B. Chase (1995) testades återigen av L. Kellogg år 1999 (D. L. Kellogg., 1999). Studien år 1999 genomfördes med liknande metod som utvecklades för studien som genomfördes år 1995, även denna gång var ett sjukhus objekt för undersökningen. Svaren visade sig stämma överens med den tidigare studiens resultat, vilket enligt Deborah L. Kellogg (1999) indikerar att mätverktyget för kundkontakten kan ses som starkt.

Koppling mellan the Customer Contact Model och tjänstekvalitet

År 1998 använder sig Andreas C. Soteriou och Richard B. Chase av Deborah L. Kellogg och Richard B. Chase mått som grund för utformandet av en konceptuell modell som förbinder dimensionerna av kommunikationstid och intimitet med tjänstekvalitet. Andreas C. Soteriou och Richard B. Chase (1998) hävdar även att det finns önskvärda nivåer av dessa kontaktdimensioner. Tjänstekvaliteten i modellen utgörs av tillförlitlighet, försäkran, mottaglighet, empati och påtaglighet. Studien utfördes på ett hotell där receptionen utgjorde föremålet för undersökningen där data för tjänstekvalitet införskaffades genom att använda ett instrument kallat "SERVQUAL". Resultaten visar på att studien är ett första steg i att koppla samman kundkontakt med tjänstekvalitet samt att önskvärda nivåer av kommunikationstid och intimitet existerar. Återigen påpekas vikten av tiden som mätfaktor för kundkontakten.

3.3 Service dominant Logic

Vargo och Lusch (2004) introducerade idén om att fokus på marknadsföring har gått från att vara vad de kallar en *goods dominant logic* till en *service dominant logic*. Detta handlar enligt dem om att utbytet mellan företag och kunder förändrats sett från hur värde skapas för kunderna. I den tidigare goods dominant logic är det företaget som skapar värde för kunden genom

föreställningar om vad kunden vill ha. Denna produkt marknadsförs sedan ut till kunden och utbytet mellan kund och företag var därmed av materiell karaktär. Vargo och Lusch (2004) argumenterar för förhållningssättet till vad som utbytes mellan kund och företag sakta förändrats under 1900-talets andra hälft mot ett mer immateriellt utbyte av färdigheter och kunskap. I denna nya logik är själva processen för utbytet och relationen mellan företag och kund central och de viktigaste tillgångarna i företaget är kunskap och färdigheter.

Utifrån detta synsätt formulerar Vargo och Lusch (2004; 2007) ett antal grundläggande förutsättningar för en *service dominant logic*. De menar att alla företag kan ses som tjänsteföretag eftersom det alltid är en tjänst som ligger till grund för utbytet mellan företag och kund även om denna tjänst kan förmedlas genom en produkt. I dessa företag ses kunskap och färdigheter som centrala för utbytet och företagets kunskaper är dess största källa till konkurrensfördelar. Vidare menar Vargo och Lusch (2004; 2007) att kunden alltid är medproducent av det värde som denne upplever av tjänsten. Värde kan enligt dem skapas antingen när kunden använder tjänsten eller om kunden är delaktig i skapandet av den. Företagets roll är i en *service dominant logic* att skapa så kallade värdeförslag för kunden och de bör därför fokusera på kundorientering och kundrelationer. Slutligen anser de att alla organisationer existerar för att integrera och omvandla någon form av specialkompetens till komplexa tjänster som efterfrågas på marknaden och värdet av den bestäms alltid av mottagaren.

Kritik av Service Dominant Logic

Det påstående som Vargo och Lusch (2004) gjorde om att kunden alltid är medproducent av värde har kritiserats av Grönroos (2011). Han menar att värde bör definieras som att kunden på något sätt mår bättre när den tagit del av tjänsten än den gjorde innan. Grönroos (2011) menar att det är svårt att veta när värdeskapande startar, vad det innefattar och när det tar slut eftersom värde ofta upplevs undermedvetet. Vad han dock konstaterar är att just därför bör värdeskapandet i de allra flesta fall ske under själva användandet av tjänsten vilket tyder på att värde kan skapas även utan företagets inblandning. Kritiken mot att kunden alltid är medproducent av värde handlar alltså om att kunden inte nödvändigtvis behöver vara medproducent utan i många fall faktiskt är ensam producent av värde.

Grönroos (2011) menar att företaget endast kan vara medproducent av värde genom att interagera med kunden vid användandet, designandet, utvecklingen eller tillverkningen av tjänsten. Dessa olika processer kan inte vara värdeskapande i sig, företaget måste involvera sina kunder i dem för att de ska kunna bli värdeskapande. Han menar vidare att då företagets roll är att leverera tjänsten till kunden på ett eller annat sätt kan detta medföra en interaktion mellan servicepersonal och kund. Det är då möjligt att företaget är i kontakt med kunden när denna upplever ett värde i användandet av tjänsten och på så sätt kan vara medproducent av värde. Grönroos (2011) påpekar dock att servicepersonalens närvaro kan vara både värdeskapande och värdeminskande för kunden. Än dock menar han är denna interaktionstid av stor vikt för företaget med förklaringen att då personalen interagerar och kommunicerar med kunderna bidrar de till företagets förståelse av kundens önskemål och behov vilket i sig skapar förutsättningar för att kunna hantera denna interaktionstid på ett bra sätt. Det ger företaget förutsättningar för att bli en medskapare av värde i dessa interaktioner. Värde kan alltså uppstå utan att någon interaktion mellan parterna sker menar Grönroos (2011), men för att företaget skall kunna vara medskapare av detta värde krävs interaktion mellan kund och företag.

3.4 Hur teoretiska begrepp kopplas till resultatet i analysen

Då syftet med denna studie är deskriptivt och det som diskuteras är effektiviteten på undersökta vårdavdelningar används begreppsdefinitionen av effektivitet som en central del i hela analysen. I huvudsak kommer den inre effektiviteten diskuteras utifrån *the Customer Contact Model* av Chase och Tansik (1983) och den vidareutveckling som Mersha (1990) åstadkommit. Vad gäller den uppdelning av arbetstiden som Mersha (1990) gjort kopplas aktiv kundkontakt, passiv kundkontakt och back-office tjänster till resultatet på följande sätt:

Då aktiv kundkontakt innebär att kunden har direktkontakt med personalen i servicesystemet kan denna tid motsvaras av vad vi i undersökningen kallar direkt patientarbete. Den passiva kundkontakten är tid då kunden har kontakt med systemet utan att interagera med personalen i det, vilket kan tolkas som att kunden genom att utnyttja tjänsten skapar arbete för personalen. Den passiva kundkontakten likställs därför med vad som i undersökningen kallas för indirekt patientarbete, vilket är arbete som direkt kan hänföras till en specifik patient men inte kräver kontakt med densamma. Denna typ av arbete skulle alltså inte finnas om inte patienten tog del av

tjänsten vilket gör att det finns en stark koppling mellan passiv kundkontakt och indirekt patientarbete. Den sista posten benämner Mersha (1990) back-officetjänster, vilket innefattar aktiviteter som utförs utan kontakt med, eller direkt koppling till kund. En koppling görs här till vad som i undersökningen benämns *övriga arbetsuppgifter* då dessa utgörs av arbetsuppgifter som behövs för att verksamheten skall kunna fortgå och som i stor utsträckning finns kvar oberoende av antalet patienter på avdelningarna.

När den potentiella inre effektiviteten diskuteras görs detta utifrån den formel som Mersha (1990) vidareutvecklade. Detta för att undgå den kritik som riktats mot den första versionen av *the Customer Contact Model* upprättad av Chase och Tansik (1983) vilken ansågs vara oprecis i avgörandet av potentiell effektivitet. En kategorisering av vårdavdelningarna sker utifrån den matris som Mersha (1990) upprättat där han delar in organisationer i hög- eller låg aktiv kundkontakt och hög- eller låg passiv kundkontakt.

Då begrepp som värde och kvalitet i teorin kopplas samman med effektivitet och då i första hand yttre effektivitet anses det rimligt att diskutera den yttre effektiviteten på avdelningarna utifrån värdeskapande och kvalitet i tjänsten. Detta eftersom yttre effektivitet beskrivs som måluppfyllelse av intressenters mål och patienten ses som den främste intressenten inom sjukvården. Huruvida de uppnår kvalitet i tjänsten eller skapar värde för kunden diskuteras dock inte, utan endast vad de gör som kan skapa kvalitet eller värde.

3.5 Tidigare studier

Ett antal undersökningar om tidfördelning inom vården har genomförts de senaste decennierna. Samtliga studier har undersökt den administration som utförs av vårdpersonal på avdelningar, mottagningar och enheter samt exkluderat central administration på politisk eller styrande nivå. Vilka yrkesbefattningar som undersökts är varierande i studierna mellan läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, distriktssjuksköterskor, sekreterare eller en kombination av dessa. Studierna skiljer sig något i hur de delat upp arbetsuppgifterna i olika övergripande kategorier vilket gör att de inte är helt jämförbara. Nedan följer en kort redogörelse för resultat och metod i de studier vi tittat på.

Omfattningen av administration inom vården

Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av inriktningen på det administrativa arbetet inom vården. Rapporten som stod klar år 2000 ämnade även omfatta förslag på hur icke-ändamålsenlig administration kunde minskas. Metoden för undersökningen var intervjuer med vårdpersonal om deras uppfattning av administrationsmängden samt ett antal medföljandebesök för att verifiera tidsuppfattningen. Studien genomfördes på cirka 60 kliniker/enheter runt om i Sverige och sammanlagt intervjuades 298 olika befattningshavare inom vård och omsorg. 25 medföljandebesök gjordes även i form av en tidsstudie på undersökningsobjekten. Tidsstudien visade sig stämma bra överens med personalens skattning. Resultatet visade icke nämnvärda skillnader på administrationsmängd mellan stora och små sjukhus. Inte heller mellan olika specialiteter (enheter) var skillnaden betydande (Edhag, O. 2000).

Resultaten för kartläggningen av administrationen i vården visar på att läkare på sjukhus och vårdcentraler lägger i snitt 12,4 respektive 11,2 timmar per vecka på administration. Sjuksköterskorna på sjukhus och vårdcentraler visade sig lägga i snitt 12,9 respektive 10,2 timmar per vecka. För den personal som följdes under en arbetsdag visade sig antalet administrationstimmar vara något lägre för läkare, i snitt 7,7 timmar per vecka medan snittet för sjuksköterskorna då var 11,5 timmar per vecka. Inom ramarna för administration räknades i denna studie dokumentation, annat administrativt arbete för egna patienter, intygsskrivning, kvalitetsarbete och andra interna administrativa insatser. Utöver detta tillkommer tid som läggs på konferenser, undervisning och spilltid. Dock hittades ingen administration som ansågs vara totalt onödig (ibid.).

Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing

Syftet med studien var att undersöka fördelningen av tiden som läggs på behandling av patienter på en medicinsk-kirurgisk avdelning där endast legitimerade sjuksköterskor arbetar. Metoden för studien var en icke-deltagande observation av sammanlagt tio sjuksköterskor som utfördes med tvåårs intervall, där tio sammanhängande vardagar täcktes vid båda dessa tillfällen. Observatören hade till uppgift att följa sjuksköterskorna likt en skugga och kontinuerligt föra anteckningar om aktiviteterna (Lundgren, S. och Segersten, K. 2001).

Aktiviteterna kategoriserades enligt två olika kategoriseringssystem för att med det ena kunna jämföra resultat från andra studier. Det ena kategoriseringssystemet innehöll fyra kategorier: Direkt omvårdnad, Indirekt omvårdnad, Enhetsrelaterade aktiviteter och Personliga aktiviteter. Medan författarnas egna utvecklade system innefattade: Direkt patientomvårdnad, Indirekt omvårdnad, Ronder, Service, Skiftrapportering, Patientadministration och allmän förvaltning samt Personliga aktiviteter (ibid.).

Resultaten visade på att sjuksköterskorna spenderade största delen av sin tid, 37-39 procent beroende på kategoriseringssytem, på direkt omvårdnad av patienten. När den indirekta omvårdnaden inkluderades blev resultatet att 42 procent respektive 60 procent av totala arbetstimmar lades på patienter (ibid.).

Granskning av tidsanvändning i vården

Syftet med studien var delvis att undersöka vårdpersonalens förutsättningar till att ägna sin arbetstid åt direkt patientarbete. Undersökningen utgjordes av en tidsskattning genom intervjuer med chefer på olika nivåer och representanter för olika yrkesgrupper av vårdpersonal. Tiden som skattades var uppdelad på: Direkt patienttid, indirekt patienttid, allmän administration, utbildning och forskning samt övrigt (Lundin, Y., Persson, J., Endrédi, A. 2003).

De undersökta enheterna var dels två infektionskliniker varav den ena belägen i Kronobergs län och den andra i Blekinge län. Kliniken i Kronoberg fungerar som ett kompetenscentrum för infektionssjukdomar i landstinget medan den i Blekinge svarar för både öppen och slutenvård på specialistnivå. Även två vårdcentraler har ingått i kartläggningen. Dessa belägna i Trelleborg och Olofström.

Resultatet i studien är uppdelat så att både möte med patient och patientrelaterad administration ses som patienttid. Författarna konstaterar att de undersökta avdelningarna använder sin tid åt patientarbete i högre grad än vad tidigare studier visat. På infektionskliniken i Kronoberg spenderar läkarna 44 procent av sin arbetstid på direkt patientarbete och på motsvarande klinik i Blekinge uppgår denna siffra till 68 procent. Dock visar resultatet på att undersköterskor på en avdelning ägnar så mycket som 40 procent av sin tid åt administration vilket författarna anser är

ohållbart. Det framkommer även att tiden som läggs på fortbildning är mycket knapp. I studien ges förslag på införandet av riktvärden för tidfördelningen i olika arbetsgrupper. Författarna menar att försök till att spara pengar genom att skära ner på rent administrativ personal gjorts inom vården. Något som lett till att dessa uppgifter läggs på vårdpersonal vilket de anser leder till dålig kvalitet i tjänsten (ibid.).

Effektivare nyttjande av tid och resurser

Denna rapport är resultatet av ett samverkansprojekt med landstingen Blekinge, Jönköping, Västmanland och Gävleborg som genomfördes tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Syftet med projektet var att kartlägga vårdadministrativa processer och arbetsinnehåll för läkarsekreterare och undersköterskor. Komrev inom PricewaterhouseCoopers anlitades som konsult för att genomföra samverkansprojektet då de har tidigare erfarenheter från liknande studier av läkare och sjuksköterskor vilket öppnade möjligheten att koppla samman de fyra yrkesgrupperna; läkarsekreterare, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare (SKL. 2005).

Metoden för studien bygger på ett koncept framtaget av Komrev kallat för “Rätt Tid”. Genom intervjuer, gruppintervjuer och tidmätning kartlade de fördelningen av arbetstid för läkarsekreterare och undersköterskor. Totalt ingick 114 läkarsekreterare och 132 undersköterskor från landstingen i studien. Studien gjordes både på sjukhus och inom primärvården (ibid.).

Det sammantagna resultatet var att läkarsekreterare lägger 100 procent av sin arbetstid på administration som i resultatet delas in i olika kategorier av administrativa arbetsuppgifter och dokumentation. För undersköterskor inom primärvården visar resultatet att 29-60 procent av arbetstiden är direkt patienttid och mellan 0,3-19 procent av arbetstiden är indirekt patienttid. Dokumentation var mellan 12-21 procent och verksamhetsanknuten administration varierade mellan 2-13 procent. 19-27 procent av arbetstiden är “övrig tid” (ibid.). På sjukhusmottagningarna visar resultaten på att den direkta patienttiden var 11-48 procent, den indirekta patienttiden var 2-18 procent, dokumentationen varierade mellan 4-43 procent, den verksamhetsanknutna administrationen var 2-18 procent och den övriga tiden framkom vara mellan 7-46 procent (ibid.).

Resultaten redovisas även för vårdavdelning dagtid respektive nattid. För vårdavdelning på dagtid var den direkta patienttiden 31-49 procent, den indirekta patienttiden 7-16 procent, dokumentationen 2-6 procent, verksamhetsadministrationen 3-5 procent och den övriga tiden representerade 26-41 procent. För vårdavdelning natt var den direkta patienttiden 31-62 procent, den indirekta patienttiden 3-17 procent, dokumentationen 1-7 procent, verksamhetsadministrationen 0-4 procent och 14-54 procent lades på övriga arbetsuppgifter (ibid.). (Fotnot: De procentuella variationerna beror på att studien utfördes på olika sjukhus, mottagningar och avdelningar med varierande antal respondenter inom yrkesgrupperna. Redovisade siffror representerar det sammanslagna resultatet.)

Sammantaget konkluderar författarna att läkarsekreterares och undersköterskors kompetenser inte utnyttjas på ett optimalt sätt och att många aktiviteter som utfördes ofta utfördes dubbelt och krävde mer arbete än nödvändigt. Med studien menar de på att förändringar krävs för en effektivare användning av tiden och den kompetens som finns för att skapa förutsättningar för mer direkt patienttid (ibid.).

Vad gör vi på jobbet?

Eva Anskär genomförde år 2012 en studie med syftet att kartlägga den tid som olika yrkesgrupper på en vårdcentral lade på olika arbetsuppgifter. På den undersökta avdelningen arbetade man med Lean production som arbetssätt. Förutom att mäta den reella tiden undersöktes även de olika yrkesgruppernas uppskattning av hur mycket tid de lade på olika arbetsuppgifter. Den undersökta vårdcentralen tillhörde Östergötlands Landsting och undersökningen omfattade 16 anställda. De yrkeskategorier som var representerade var läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare (Anskär, E. 2012).

Insamling av data till studien skedde via enkäter där personalen först uppskattade tiden de lade på olika arbetsuppgifter inom kategorierna; direkt patientarbete, indirekt patientarbete och övrigt arbete. Sedan registrerade de själva den verkliga tiden de lade på olika arbetsuppgifter som även de var grupperade utefter direkt patientarbete, indirekt patientarbete och övrigt arbete. Den personliga tidsregistreringen genomfördes under en arbetsvecka. Registreringen upprepades sedan under ännu en arbetsvecka vid ett senare tillfälle (ibid.).

Resultatet i studien visade på stora skillnader mellan personalens uppskattning av tidfördelning och den reella tidfördelningen för direkt patientarbete och övrigt arbete. Resultatet presenterades dels för samtliga respondenter sammanslaget, men också för varje enskild yrkeskategori. Totalt uppgick tiden för direkt patientarbete till endast 23 procent medan tiden för övrigt arbete uppgick till 41 procent. För läkare var arbetets fördelning 26 procent på direkt patientarbete, 36 procent på indirekt patientarbete och 38 procent på övrigt arbete. För sjuksköterskor var arbetets fördelning 30 procent på direkt patientarbete, 36 procent på indirekt patientarbete och 35 procent på övrigt arbete. Av den knappa tredjedel av tiden som lades på direkt patientarbete var 46 procent telefonkontakt med patienter. Fördelningen för undersköterskor var 21 procent på direkt patientarbete, 19 procent på indirekt patientarbete och 60 procent på övrigt arbete (ibid.).

Dokumentation och läsning av journal var de arbetsuppgifter som upptog mest tid av det indirekta patientarbetet i den totala sammanslagningen för samtliga yrkeskategorier. Anskär valde även att räkna med rast i den övriga arbetet vilket gjorde att denna post utgjorde en stor andel av övrigt arbete som annars spenderades på skrivarbete/administration, annat och hantering av utrustning och lokaler i huvudsak (ibid.).

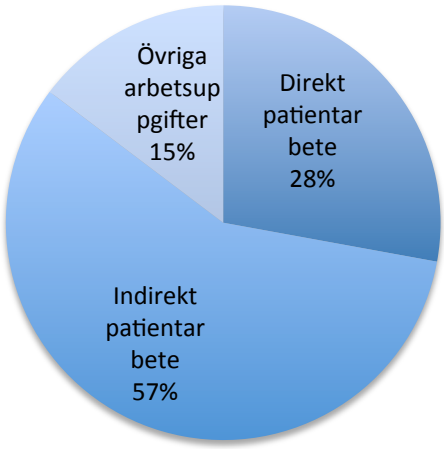
4. Empiri och Analys

I detta kapitel presenteras resultat och analys för tidsstudien och de intervjuer som genomförts. För varje avdelning presenteras hur tidfördelningen ser ut totalt och för olika yrkesgrupper, hur personalresurserna på avdelningen används, samt på vilket sätt de arbetar med patientinvolvering. Resultatet kopplas löpande till teoribildningar vilka presenterats under den teoretiska referensramen.

4.1 Avdelning 1

Tidfördelning

Resultatet av tidsstudien visar att när summering av alla respondenter inom samtliga yrkeskategorier på avdelning 1 görs (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare) spenderar personalen 28 procent på direkt patientarbete, 57 procent på indirekt patientarbete samt 15 procent på övriga arbetsuppgifter, se figur 6. Det framkom under intervjun med respondent 1 att de sekreterare som arbetar på avdelningen inte tillhör avdelningens egen personalstyrka utan att de tillhör en egen grupp. Dock finns i princip alltid två sekreterare utstationerade på avdelningen för att avlasta vårdpersonalens administrativa arbete. Det arbete som sekreterarna utför är alltså administration kopplad till avdelningen som annars skulle skötas av någon annan yrkesgrupp varpå deras resultat blir relevanta att tillräkna helheten.



Figur 6: Total tidfördelning för avdelning 1

Med denna uppdelning av arbetstiden kan en klassificering av avdelning 1 ske. Tidfördelningen kan relateras till den uppdelning av arbetstid som Mersha (1990) gör mellan aktiv- och passiv kundkontakt samt back-officetjänster. Den aktiva kundkontakten på avdelningen blir då 28 procent, den passiva kundkontakten 57 procent och back-officetjänsterna utgör 15 procent av den totala arbetstiden. Detta innebär att de tjänster som utförs inom den passiva kundkontakten, vilka Mersha (1990) förklarar kan utföras utan direktkontakt mellan kund och personal, upptar dubbelt så mycket tid på avdelning 1 som den aktiva kundkontakten gör. Aktiv kundkontakt innebär enligt Mershas (1990) definition att en direktkontakt mellan kund och personal finns när tjänsten utförs. Back-officetjänsterna i sin tur tar endast hälften så mycket tid som den aktiva kundkontakten, vilket innebär att kundkontakten sammanlagt utgör 85 procent av arbetstiden. Enligt den skala för hög- och lågkontaktföretag som Chase och Tansik (1983) upprättat är avdelning 1 ett högkontaktföretag. Även om avdelningen i sig inte utgör ett eget företag utan tillhör sjukhuset i stort ger det en bild av hur avdelning 1 bör styras och organiseras för att uppnå effektivitet. Chase och Tansik (1983) menar att högkontaktföretag i huvudsak bör arbeta för att uppnå en yttre effektivitet vilket enligt Modell och Grönlund (2006) innebär att uppfylla deras intressenters mål. Den yttre effektiviteten kommer att diskuteras närmare under rubriken ”Arbetssätt – patientinvolvering”, men för att uppnå en yttre effektivitet krävs det även att ett företag hushåller med sina resurser oavsett mål (ibid.). Därför diskuteras här i första hand den inre effektiviteten på avdelning 1.

Då resultatet av tidsstudien på avdelning 1 visar att den passiva kundkontakten tar betydligt mycket mer tid än den aktiva kundkontakten blir förhållandet mellan dessa två att avdelning 1 har en hög passiv- men låg aktiv kundkontakt. Om detta resultat placeras i den matris som Mersha (1990) upprättat för klassificering av företag innebär det att avdelning 1, vilken är en slutenvårdsavdelning, inte placerar sig där Mersha (1990) har placerat slutenvården. Han ger nämligen slutenvården som ett exempel på en arbetsplats där både den aktiva och den passiva kundkontakten är hög. Avdelning 1 placerar sig istället där Mersha (1990) valt att placera hotell, kollektivtrafik och resorter, vilka han beskriver ska utföra tjänster som bygger mer på logi där kunden är i kontakt med tjänstesystemet utan att ha direktkontakt med dess personal. Patienterna på avdelning 1 tycks alltså ha mycket mer kontakt med tjänstesystemet inom sjukvården än vårdgivarna som arbetar inom det.

Hur tidfördelningen ser ut påverkar enligt Chase och Tansik (1983) vilken potential avdelningen har att uppnå en inre effektivitet. De menar att den osäkerhet i utformandet av tjänsten som uppkommer när tjänsten utförs i direktkontakt med kunden sänker organisationens förmåga att vara maximalt effektiva. Då deras formel för beräkning av potentiell inre effektivitet kritiserats har istället Mershas (1990) utveckling av densamma använts. Resultatet för avdelning 1 som spenderar mindre än en tredjedel på direkt patientarbete (aktiv kundkontakt) är att effektivitetspotentialen för dem är 72 procent. Siffran i sig säger inte mycket om avdelningens faktiska effektivitet vilken vi ska ta upp under avsnittet ”Användning av personalresurser”, men kan dels ställas i relation till resultatet på de andra två avdelningarna som medverkat i undersökningen, och det kan dels ge en bild av vilka förutsättningar avdelning 1 har. 72 procents potentiell effektivitet tolkas ändå som en relativt hög siffra inom sjukvården sett ur det perspektivet att Mersha (1990) valt att placera sjukvården i gruppen av organisationer med hög aktiv kundkontakt, vilket då innebär en lägre effektivitetspotential. Chase och Tansik (1983) menar även att en uträkning av den potentiella effektiviteten tillsammans med tidfördelningen på olika arbetsuppgifter kan bidra till att företaget kan organisera sig på bästa sätt. Deras uppdelning av låg- och högkontaktföretag har dock fått kritik för att vara oprecis i sin kategorisering av företag. Ändå bedöms deras resonemang kring hur ett låg- respektive högkontakt bör organiseras som rimliga om dessa ses ur ett kritiskt perspektiv och förhålls till den nya kategorisering av företag som görs av Mersha (1990).

Exempelvis utgör administration, vilket innefattar både indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter, hela 72 procent av den totala arbetstiden vilket enligt Chase och Tansik (1983) tyder på att det finns ett stort behov av uppgiftsorienterade människor på avdelningen. De menar även att de uppgifter som bedrivs back-office, vilket för avdelning 1 skulle vara de 15 procent som läggs på övriga arbetsuppgifter, är enklare att standardisera vilket kan stämma in på arbetsuppgifter som ”förrådsbeställning” och ”hantering av utrustning och lokaler”. Dessa skulle kunna utföras enligt en förutbestämd procedur.

Användning av personalresurser

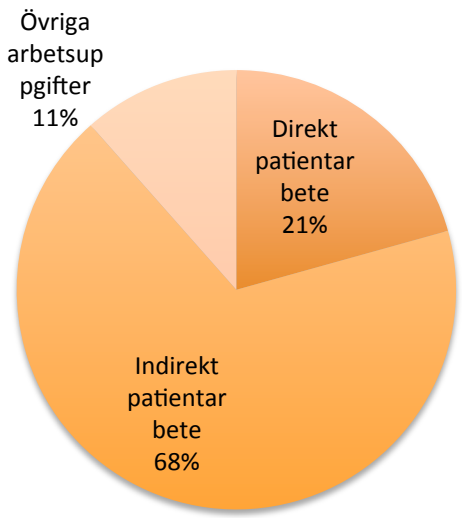
För att kunna bedöma den inre effektiviteten för avdelning 1 används Mershas (1990) förslag om att utgå från den i särklass största kostnaden för tjänsteföretag, nämligen arbetskraftskostnaden.

Därför undersöks vad varje yrkesprofession gör och hur deras kompetens tas till vara på närmare. Mersha (1990) menar att kostnaden för arbetskraft bör tas stor hänsyn till när man väljer utförande av olika tjänster, då varje tjänst kräver sin specifika kunskap och kompetens. Att låta en överkvalificerad yrkesgrupp utföra någonting som en kvalificerad yrkesgrupp skulle kunna utföra till en lägre arbetskraftskostnad menar Mersha (1990) är att använda resurserna fel utifrån sin potentiella effektivitet.

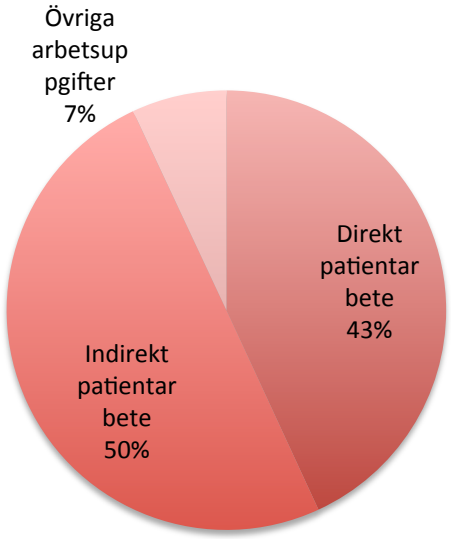
De läkare som arbetar på avdelning 1 spenderar den största delen av sin arbetstid, 67,8 procent, på indirekt patientarbete. Inom denna kategori utförs uppgifter som ”läsning och journal” vilket upptar 25,1 procent, en fjärdedel av läkarnas arbetstid. De spenderar även 16,5 procent av sin arbetstid på ”dokumentation i journal” och 15,3 procent av sin arbetstid på signering. Detta tyder på att stora delar av läkarnas tid går åt till förberedelse och efterarbete för att kunna utföra själva vårdgivandet. Även om det indirekta patientarbetet inte sker i direktkontakt medpatienten är det en följd av det direkta patientarbetet. Det innebär att en individanpassning i viss utsträckning sker vid läsandet och skrivandet av varje journal. Det arbete som inte behöver individanpassas är övriga arbetsuppgifter. Läkarna spenderar dock så lite som 11,5 procent på denna grupp vilket i huvudsak innefattar ”arbetsplatsmöten” och ”utbildning och kompetensutveckling”. Enligt Chase och Tansik (1983) kan denna typ av back-office aktiviteter i högre utsträckning standardiseras, men då dessa arbetsuppgifter i stor utsträckning handlar om informationsutbyte ställer vi oss tveksamma till att en sådan standardisering kan ske. Läkarna skulle ändå i enlighet med Mershas (1990) utveckling av *the Customer Contact Model* kunna vara effektiva på grund av den höga andel administrativa arbetsuppgifter som utförs vilket minskar osäkerheten i utförandet av deras tjänster.

Resultatet tycks även tyda på att läkarna i stor utsträckning spenderar sin arbetstid med sådana arbetsupgifter som motsvaras av deras kompetens vilket inte ger några ökade kostnader för arbetskraft. Vad som dock kan konstateras är att utifrån den studie som Kellog och Chase (1995) gjorde så var tiden för mötet mellan personal och kund otroligt viktig för att kunna uppnå kvalitet i tjänsten. Att läkarna ägnar så pass liten del åt direkt patientarbete skulle kunna tyda på att de har svårare att prestera kvalitet. Även Grönroos (2011) påpekar att interaktionstiden är viktig för

företagets möjlighet att veta vad kunden ser som värde i tjänsten, något som läkarna alltså skulle ha mindre möjlighet till.



Figur 7: Tidfördelning för läkare på avdelning 1

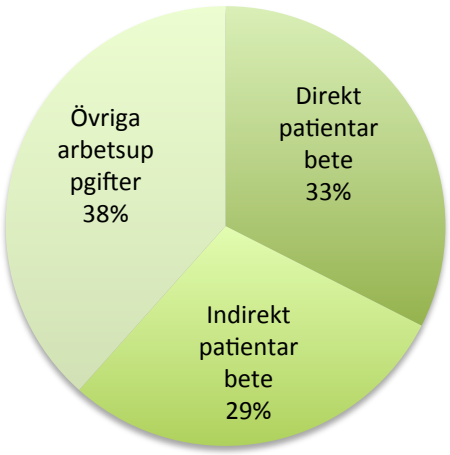


Figur 8: Tidfördelning för sjuksköterskor på avdelning 1

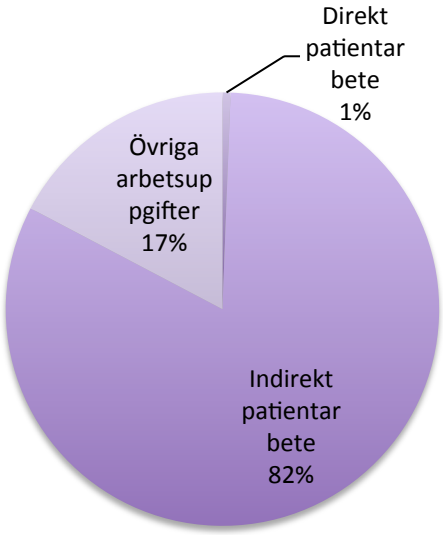
För sjuksköterskorna på avdelning 1 är situationen motsatt läkarnas. De är den yrkesgrupp som spenderar i särklass mest tid tillsammans med patienterna. Deras arbetstid utgörs av 43 procent direkt patientarbete, se figur 8. Om detta ställs i relation till resultatet för hela avdelningen kan urskiljas att sjuksköterskorna även står för 44 procent av all den tid som spenderas tillsammans med patienten på avdelning 1.

Att arbeta med direkt- och indirekt patientarbete, eller aktiv- och passiv kundkontakt som Mersha (1990) benämner det, kräver enligt Chase och Tansik (1983) människoorienterade personer. Då deras uppdelning inte gör skillnad på aktiv- och kundkontakt innebär det i detta fall att även den indirekta patienttiden kräver en människoorienterad personlighetstyp och till viss del krävs en individanpassning även i utförandet av det indirekta patientarbetet. Att sjuksköterskorna dessutom ägnar så lite som 7 procent av sin arbetstid åt övriga arbetsuppgifter tyder på en arbetsfördelning som går i enlighet med vad Chase och Tansik (1983) anser om att

arbetsuppgifter bör utformas efter graden kontakt med kund, och matchas med personlighetstyper. Personlighetstyper skulle här kunna översättas till yrkesgrupper där sjuksköterskor har mest kontakt med patienterna på avdelningen och därför inte bör ägna sin tid åt övriga arbetsuppgifter i någon större utsträckning. Sjuksköterskorna tycks också vara den yrkesgrupp på avdelning 1 som har störst möjlighet att ha kunskap om vad patienterna vill och efterfrågar till stöd av Grönroos (2011) resonemang kring att interaktionstiden ger möjlighet för företaget att förstå dess kunder och därmed kunna bli medproducenter av det värde som kunden upplever i användandet av tjänsten.



Figur 9: Tidfördelning för undersköterskor på avdelning 1



Figur 10: Tidfördelning för sekreterare på avdelning 1

På avdelning 1 utför undersköterskorna i princip alla olika arbetsuppgifter som finns på avdelningen. Deras fördelning mellan de tre kategorierna direkt patientarbete, indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter är närmast jämnfördelad, se figur 9. De arbetar ungefär en tredjedel med aktiv kundkontakt, en tredjedel med passiv kundkontakt och en tredjedel med back-office aktiviteter. Denna fördelning är enligt Chase och Tansik (1983) inte optimal. De för ett resonemang om att arbetsuppgifter bör vara fördelade och utformade så att vissa personer arbetar i kontakt med kunderna och vissa med mer administrativa uppgifter. Bland undersköterskornas arbetsuppgifter finns inga direkt utstickande poster vilket gör att det är svårt att bedöma om effektiviteten skulle öka ifall vissa av arbetsuppgifterna skulle utföras av en

annan yrkesgrupp. De spenderar relativt mycket tid tillsammans med patienterna, 32,5 procent vilket indikerar att de borde ha en bra uppfattning om vad patienterna har för önskemål och förväntningar, något som stöds av Grönroos (2011) teori om att det är under interaktionstiden mellan kund och personal som företaget kan bilda sig en uppfattning om vad kunden vill ha.

Som tidigare nämndes är de sekreterare som finns på avdelningen utstationerade för att avlasta övrig personal från administration. Deras arbetstid utgörs i huvudsak av sådana arbetsuppgifter i olika former och det indirekta patientarbetet upptar 82,1 procent av deras arbetstid. Denna tydliga fördelning av vilka arbetsuppgifter som sekreterarna utför är enligt Chase och Tansik (1983) bra då sättet som arbetsuppgifterna utförs på kan anpassa för att kunna utföras helt utan kontakt med kund och även anpassas för den som utför dem. Inom posten indirekt patientarbete ryms i princip bara ”dokumentation i journal” (80,8 av 82,1 procent). Även om denna arbetsuppgift kräver individanpassning kan sekreterarna med största sannolikhet standardisera processen för själva antecknandet då detta utgör största delen av deras arbetsdag. Den journaldokumentation som sekreterarna utför representerar även 73 procent av den totala dokumentationen i journaler på avdelning 1.

De övriga 27 procenten av journaldokumentation utförs som beskrivits ovan av läkare och sjuksköterskor. Intervjurespondenten menar dock att denna dokumentation i stor utsträckning skulle kunna utföras tillsammans med patienten. Detta skulle dels öka både läkarnas och sjuksköterskornas direkta patienttid, men också sänka respektive professions potentiella inre effektivitet. I förlängningen minskar då även effektivitetspotentialen för avdelning 1. Dock menar Kellogg och Chase (1995) att tiden för möte mellan kund och personal i tjänstesystemet är den mest avgörande faktorn för att uppnå kvalitet i tjänsten. Att utföra journalarbetet i samarbete med kund behöver alltså inte ses som att den inre effektiviteten minskar bara för att potentialen till inre effektivitet minskar. Om resurserna används på ett sådant sätt att personalen interagerar med patienten i ett försök att skapa värde för denne används de enligt Grönroos (2011) på rätt sätt, vilket kan bidra till en ökning av både den inre och yttre effektiviteten.

En överblick av användandet av resurserna på avdelning 1 ger inga direkta indikationer på att resursslöseri skulle förekomma genom att arbetsuppgifter sköts av fel person eller att

kompetenser inte tas till vara på. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har alla en stor del administration i sitt dagliga arbete, men de största posterna inom detta, journalläsning och dokumentering bör till viss del utföras av vårdpersonalen.

Arbetssätt - Patientinvolvering

När det gäller arbetet som personalen på avdelning 1 utför arbetar de aktivt med patientinvolvering genom en rad olika projekt. Bland annat arbetar man med att involvera patienten mer i sin egen vård genom att låta denne vara med mer aktivt än vanligt vid ronden. Om patienten orkar och kan får denne komma ut till expeditionen på avdelningen för att träffa läkare och annan vårdpersonal och diskutera sin vård. Enligt Vargo och Lusch (2004; 2007) är detta sätt att se på kunden en del i deras nya logik på marknaden där tjänsten ses som det dominerande utbytet mellan kund och företag. En del i vad de kallar ”goods dominant logic” handlar nämligen om att företaget skall ha ett kundfokus och fokusera på kundrelationer. Att involvera patienten i vårdplaneringen kring denne kan ses som ett sådant försök att skapa en god relation till kunden. Grönroos (2011) utvecklar detta genom att mena att företagets chans att skapa sig en uppfattning om vad kunden vill ha finns i dessa interaktionstillfällen.

Under ronden får patienten ta del av eventuella provsvar och röntgenbilder som är aktuella för den framtida vården och en omvårdnadsplan samt en medicinsk plan upprättas. Respondent 1 menar att detta informationsutbyte leder till att patienten vet mer om vad som händer kring dennes inläggning, men berättar också att en vårdplan kan sträcka sig över flera dagar om detta sker i samförstånd mellan patient och personal. Detta innebär att patienten inte behöver rondas lika ofta. Om detta kopplas till läkarnas resultat skulle det innebära att denna form av rondering kan ha bidragit till en minskad direkt patienttid. Även om Chase och Kellogg (1995) menar att tiden för möte mellan patient och kund är avgörande för kvaliteten i tjänsten, menar de även att klarheten i informationen som utbyts och intimiteten är andra avgörande faktorer. Att vissa patienter på avdelning 1 då får träffa läkare mer sällan behöver inte i sig vara negativt, utan om tiden och platsen för mötet är tillräckligt för att uppnå en intimitet och vårdpersonalen lyckas förmedla informationen kan detta vara steg i rätt riktning mot en kvalitativ vård. Dock är det viktigt att poängtera vad Grönroos (2011) framhäver om att en förutsättning för att företaget ska kunna vara medskapare av värde för kunden är att personalen interagerar med denne på ett

sådant sätt att företaget kan bilda sig en uppfattning om vad kunden, eller patienten, upplever som värde.

Utöver att personalen på avdelning 1 interagerar med sina patienter under ronden arbetar man med att låta patienten berätta sin historia. Respondent 1 berättar att detta är för att skapa en förståelse kring patientens behov och önskemål. Frågorna man ställer är; "Vill du berätta varför du sökte vård?", "Vill du berätta hur din hälsa eller din sjukdom påverkar ditt daliga liv?" och "Vad har du för önskemål och förväntningar av denna vårdtid?". Vargo och Lusch (2004; 2007) menar att ett företags primära syfte är att skapa tjänster som svarar mot kundernas efterfrågan utifrån den kompetens som finns inom företaget. Att de på avdelning 1 ställer dessa frågor innebär att de, åtminstone försöker, skapa sig en bild av vad patienterna efterfrågar. Utifrån denna berättelse kan sedan rätt kompetens sammanföras för att bilda en individanpassad tjänst för varje patient. Grönroos (2011) menar att företaget inte alltid är delaktig i att skapa det värde som kunden upplever, då detta ofta är någonting som uppkommer i användandet av tjänsten. Dock poängterar han att om företaget involverar kunden när utformandet av tjänsten sker kan detta ske utifrån kundens önskemål och då bli värdefull för kunden.

Respondent 1 berättar även om de rikstäckande patientinvolveringsprojekt som patienterna på avdelningen kan använda sig av. Hon nämner "mina vårdkontakter"[6] och "journal på nätet"[7]. Dessa kan ses som exempel på vad Grönroos (2011) menar när han förklarar att värde uppstår i användandet av tjänsten och att företaget då inte blir medskapande av detta värde. Det är alltså möjligt att patienterna upplever ett värde i den vård de tar del av på avdelning 1 utan att personalen är involverad. Dock menar Vargo och Lusch (2004; 2007) att företagets roll är att skapa vad de kallar "värdeförslag" för kunden och att detta skall ske genom kundrelationer vilket innebär att personalen på avdelning 1 endast har möjlighet att skapa värde för patienten om de interagerar med denne.

[6] Internettjänst för rådgivning eller bokning av möte med vårdgivare

[7] Internettjänst där vårdtagare kan läsa sin egen journal

Ett annat sätt på vilket avdelning 1 arbetar med att involvera patienten i sin egen vård är att fånga upp så kallade ”fokuspatienter”. Om en patient kommer in till avdelning 1 som varit inlagd inom de senaste 30 dagarna eller lider av exempelvis hjärtsvikt bedöms denne som en fokuspatient. Detta innebär att risken för återinläggning är hög. Vårdpersonalens uppgift är då att informera patienten om att denne är en fokuspatient och även tillhandahålla ett så kallat “trygghetskvitto” vid utskrivning innehållande information om patientens vårdtid. Därefter skickas en “fokusremiss” till primärvården dit fokuspatienten kan vända sig efter utskrivning. Detta är någonting som poängteras av Kellogg och Chase (1995) vilka menar att tydlighet och klarhet i informationsutbytet mellan personal och kund är en av de tre viktigaste dimensionerna för en kvalitativ vårdtjänst.

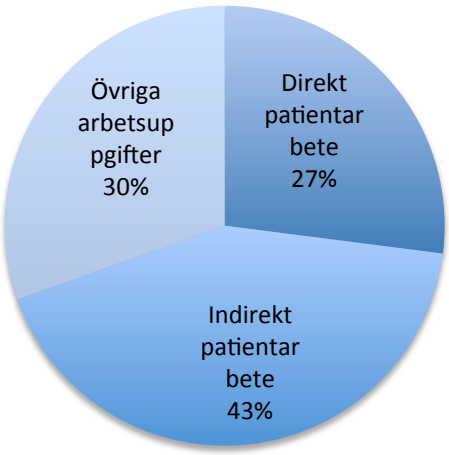
4.2 Avdelning 2

Tidfördelning

På avdelning 2 var fördelningen av arbetstid jämnare mellan de tre övergripande kategorierna. Det direkta patientarbetet utgjorde 27 procent av total arbetstid vilket är väldigt likt de 28 procent som uppmättes på avdelning 1. Det indirekta patientarbetet utgör den mest tidskrävande gruppen av arbetsuppgifter på avdelning 2 och tar upp 43 procent av arbetstiden. Övriga arbetsuppgifter omfattar 30 procent av uppmätt arbetstid. Se figur 11. Dessa grupper kan även uttryckas i de termer Mersha (1990) använder för att klassificera arbetstid (aktiv kundkontakt, passiv kundkontakt och back-office tjänster). Precis som för avdelning 1 kan avdelning 2 ses som ett högkontaktföretag om resultatet kopplas till Chase och Tansik (1983) uppdelning av företag. De bör därför fokusera på analoga system, så som mötet med kund, och satsa på den yttre effektiviteten.

Den relativt jämna fördelningen mellan kategorierna gör att avdelning 2 inte lika enkelt kan placeras i den matris som Mersha (1990) använder för att klassificera företag. Den aktiva- och passiva kundkontakten skiljer sig inte lika mycket som på avdelning 1 och det kan inte lika tydligt fastslås att den ena är hög och den andra låg. Mersha (1990) tydliggör inte heller i sitt resonemang någon gränsdragning mellan vad som är hög- respektive låg aktiv- och passiv kontakttid. En placering av avdelning 2 i matrisen skulle ändå göras i rutan för låg aktiv och hög passiv kundkontakt om än närmare gränsen till hög-aktiv och hög-passiv än avdelning 1. Det

innebär att inte heller denna avdelning helt stämmer överens med var Mersha (1990) har placerat slutenvården i sin matris. Avdelning 2 är åtminstone inte ett tydligt exempel på hur Mersha (1990) vill klassificera slutenvården.



Figur 11: Total tidfördelning för avdelning 2

Då effektivitetspotentialen enligt Mershas (1990) formel beräknas utifrån den aktiva kundkontakten i relation till total arbetstid blir även denna snarlik resultatet för avdelning 1, nämligen 73 procent (jämför med 72 procent på avdelning 1). Avdelningarna kan därför anses påverkas lika mycket av de osäkerhetsfaktorer som Chase och Tansik (1983) menar påverkar effektiviteten inom företag då tjänster levereras i direktkontakt med kund. Anledningen till denna osäkerhet är att tjänsten då måste individanpassas. Sett ur den ursprungliga formeln som Chase och Tansik (1983) utformade utgjordes både aktiv och passiv kundkontakt av den sortens kundkontakt som påverkar effektiviteten inom en organisation. För avdelning 1 och 2 kan denna uppdelning tyckas stämma då stora delar av det indirekta patientarbetet bygger på en individualisering. Rutinerna för hur anteckningen går till kan förmodligen standardiseras, men variationen i kundgruppen gör att varje journal bör vara individuell. Exempelvis kräver läsning och dokumentation i journal en koppling till den enskilde patientens sjukdomsbild och vård.

En effektivitetspotential på 72-73 procent kan ändå inte anses lågt då många av de arbetsuppgifter som utförs under indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter enligt Chase och Tansik (1983) både kan standardiseras i olika grad och även anpassas maximalt efter den som utför dem eftersom ingen kund är inblandad i informationsutbytet. Det finns därför stor potential för båda avdelningarna uppnå en hög inre effektivitet.

Användning av personalresurser

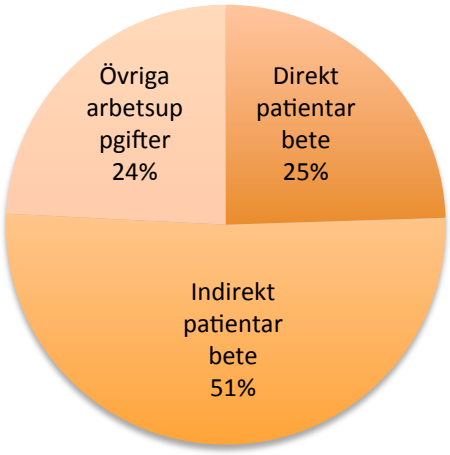
För att kunna diskutera hur effektiviteten faktiskt ser ut på avdelning 2 krävs dock en mer detaljerad granskning av resultatet av varje enskild yrkesgrupp och vad de lägger sin tid på. Respondent 2 förde en diskussion om olika arbetsuppgifter som hade kunnat utföras av en annan yrkeskategori än vad de gör i dagsläget. Enligt Mersha (1990) finns en tydlig risk att slösa med resurserna om en arbetsuppgift utförs av någon som är överkvalificerad för denna då arbetskraftskostnaderna blir högre än de hade kunnat vara. Han menar även att denna kostnad ofta utgör den största kostnaden för tjänsteföretag varpå det är extra viktigt att använda personalresurserna effektivt på ett sådant företag.

Utdragen statistik för löner inom Jönköpings Läns Landsting visar varierande medellön för de olika yrkeskategorierna där läkare har den högsta medellönen. Sjuksköterskors medellön är ungefär hälften av läkares medellön. Undersköterskor och sekreterare är de yrkeskategorier med lägst medellön, skillnaden mellan de två är minimal. Denna information ligger till grund för den diskussion som förs kring utnyttjandet av personalresurserna (Lönestatistik. 2014).

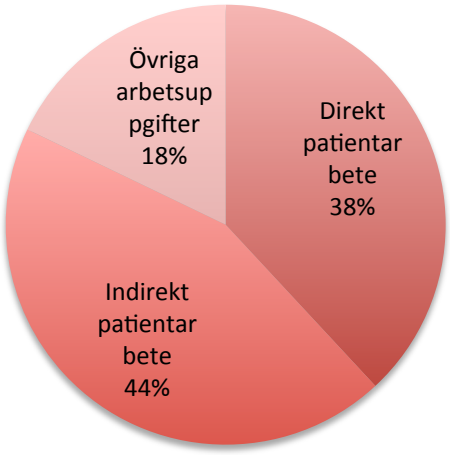
Läkarna på avdelning 2 spenderar ungefär hälften av sin arbetstid på indirekt patientarbete, 51,3 procent. Denna tid utgörs i huvudsak av arbetsuppgifterna läsning av journal, Diktering och ”annat”. Då endast en läkare medverkat från avdelning 2 och denne uppgett ”rond med UL och SSK” under kategorin ”annat” inom indirekt patientarbete tolkas detta som att de 17,1 procent av arbetstiden som läkaren angett i sin tidsdagbok utgör en form av rond där patienten inte är inblandad. Stor skillnad kan ses i en jämförelse mellan läkare på avdelning 1 och 2 då läkaren på avdelning 2 endast spenderar 2,6 procent av sin arbetstid på ”dokumentation i journal”. Antingen utför denna läkare dokumentationen på kortare tid, eller så utförs de sekreterare som finns utstationerade på avdelningen. Läkarnas låga andel direkt parientarbete/aktiv kundkontakt kan

ses som att de arbetsuppgifter de har i stor utsträckning skulle kunna standardiseras och effektiviseras. Chase och Tansik (1983) menar att arbetsuppgifter som inte kräver kontakt till kund är enklare att standardisera, men även bör utföras av uppgiftsorienterade personer. Respondent 2 förklarar journalsystemet som ett av de viktigaste arbetsredskapen för att vårdpersonalen ska kunna sköta vården kring patienten, läsning och dokumentation krävs för att vidarebefordra informationen från en vårdgivare till en annan. Inga direkt avvikande arbetsuppgifter kunde noteras i resultatet från tidsstudien för läkarnas del.

Om man dock ser läkarnas arbetstidfördelning i relation till vad Grönroos (2011) anser om att personalen i serviceföretag under interaktionstiden kan bilda sig en uppfattning om kundens önskemål och behov antas läkarna, som spenderar endast en fjärdedel av sin arbetstid i direktkontakt med kunden, ha dåliga förutsättningar att skapa sig en relation till och interagera med kunden och på så vis utföra en tjänst som blir värdefull för patienten.



Figur 12: Tidfördelning för läkare på avdelning 2



Figur 13: Tidfördelning för sjuksköterskor på avdelning 2

På avdelning 2 spenderar sjuksköterskorna 38 procent av sin arbetstid i direktkontakt med patienten, vilket får anses som en relativ stor del av arbetstiden. Övriga arbetsuppgifter tar dock upp mer än dubbelt så mycket tid för sjuksköterskorna på avdelning 2 som för de på avdelning 1.

Detta är någon som speglar resultatet i tidsstudien överlag då avdelning 2 generellt sett hade mer övriga arbetsuppgifter än avdelning 2. Detta stämmer in på alla yrkesgruppen förutom undersköterskor.

Sjuksköterskornas indirekta patientarbete, vilket utgjorde 44,1 procent av uppmätt arbetstid inkluderade i huvudsak läsning av- och dokumentering i journal, kontakt med annan vårdgivare i patientärende och ”annat”. Under annat inom det indirekta patientarbetet hade sjuksköterskorna antecknat ”omskolning”, ”mina vårdkontakter” och ”administration av läkemedel”.

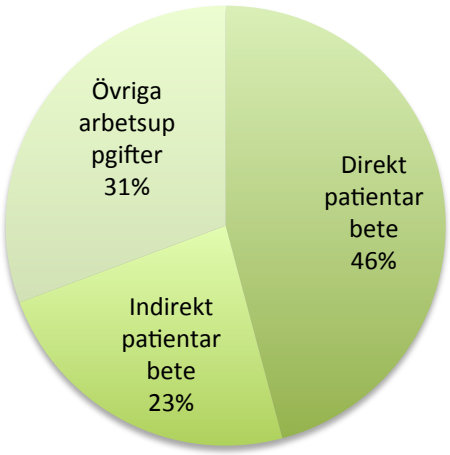
Respondent 2 berättar att sjuksköterskorna på avdelningen har hand om kallelser och brevutskick trots att denna arbetsuppgift egentligen skulle kunna skötas av undersköterskorna. Hon menar att detta sker eftersom det lönar sig i längden att låta sjuksköterskorna ha hand om en sådan uppgift. Då arbetskraftskostnaden enligt lönestatistiken i Jönköpings län är dyrare för en sjuksköterska än för en undersköterska borde denna arbetsuppgift enligt Mershas (1990) tankegångar utföras av en undersköterska istället. Författaren menar att en inte ska låta överkvalificerad personal utföra enklare uppgifter på grund av att detta medför höga kostnader och därmed en dålig inre effektivitet. Även Modell och Grönlund (2006) menar att kravet på de flesta organisationer är att de ska hushålla med tillgängliga resurser oavsett övergripande mål. Dock utgör brevutskick och kallelser endast 2,2 procent av sjuksköterskornas arbetstid, vilket får ses som en så pass liten del att det inte gör nämnvärd skillnad på kostnaden för utförandet av arbetet.

De övriga arbetsuppgifterna som utförs av sjuksköterskor på avdelning 2 utgör 17,9 procent av deras arbetstid. Inom ramen för dessa ryms i huvudsak ”arbetsplatsmöten”, ”arbetsrelaterade möten utanför arbetsplatsen”, ”förrådsbeställning inklusive tvättbeställning”, och ”övrigt skrivarbete/administration”.

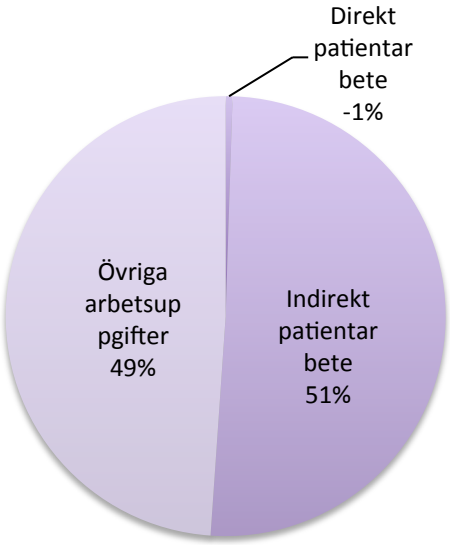
På avdelning 2 är det till skillnad från avdelning 1 undersköterskorna som spenderar mest tid tillsammans med patienterna. Nära hälften av deras arbetstid utgörs av aktiv kundkontakt. De tillhör alltså den yrkesgrupp på avdelningen som i högst grad påverkas av den osäkerhet som Chase och Tansik (1983) menar uppkommer i mötet mellan kund och personal i tjänstesystemet. De tycks utifrån Mershas (1990) sätt att beräkna den potentiella effektiviteten ha en låg sådan.

Både undersköterskor och sjuksköterskor, vilka också spenderade en stor andel av sin arbetstid med patienterna har enligt Chase och Tansik (1983) ett krav på sig att individanpassa tjänsten under utförandet av den. De är även de två yrkesgrupperna som enligt Grönroos sätt att se på interaktion har bäst förståelse för patientens behov och önskemål, samt de som har störst chans och möjlighet att vara medskapare av värde för patienten och därmed uppnå yttre effektivitet. Chase och Tansik (1983) menar även att utförandet av tjänsten som sker i direktkontakt med kund kräver människoorienterade personlighetstyper. Även om sjuksköterskor och undersköterskor spenderar en stor del av sin arbetstid på direkt patientarbete så utgör minst hälften av deras arbetstid av administration, en arbetsuppgift som Chase och Tansik (1983) menar bör utföras av uppgiftsorienterade personer. Att dessa två yrkesgrupper ägnar ungefär lika mycket tid på mötet med patienten som med det administrativa arbetet går emot vad Chase och Tansik (1983) anser om att arbetsuppgifter bör matchas med personlighetstyp och anpassas efter graden av kontakt med kunden.

Respondent 2 ger exempel på arbetsuppgifter som hon tycker utförs av fel yrkesgrupp i dagsläget. Bland dessa återfinns uppgiften ”hantering av utrustning och lokaler” vilken undersköterskorna ägnar 11,8 procent av sin arbetstid åt. Hon ger själv förslag på att dessa skulle kunna utföras av ”någon serviceenhet”. Då tiden för denna arbetsuppgift uppmättes ta totalt cirka 13 timmar på en ungefärlig arbetsvecka för de undersköterskor som medverkade i tidsstudien skulle resultatet om det generaliseras till hela avdelningen vara det tredubbla (då urvalet utgjordes av en tredjedel av samtlig personal på avdelningarna). Detta motsvarar nästan en heltidstjänst vilket skulle kunna motiverar en anställning av servicepersonal om denna är billigare i arbetskraftskostnad än en undersköterska. Detta sett ur Mershas (1990) perspektiv då arbetskraftskostnaderna bör studeras för att uppnå inre effektivitet. Undersköterskorna skulle då få en minskad andel övriga arbetsuppgifter och på så sätt kunna bli mer effektiva i utförandet av arbetsuppgifterna inom de andra två kategorierna, direkt- och indirekt patientarbete.



Figur 14: Tidfördelning för undersköterskor på avdelning 2



Figur 15: Tidfördelning för sekreterare på avdelning 2

Bland sekreterarna på avdelning 2 förekommer i princip inget direkt patientarbete (endast 0,5 procent) vilket stämmer bra överens med hur Chase och Tansik (1983) anser att arbetsuppgifter bör separeras så att vissa utför de tjänster där direktkontakt med kund krävs och vissa utför de uppgifter där ingen kontakt krävs. I princip utgörs sekreterarnas arbetstid av hälften indirekt patientarbete och hälften övriga arbetsuppgifter, se figur 15.

Inom ramen för indirekt patientarbete utför de i första hand dokumentation i journal vilket utgör 46,7 procent av deras totala arbetstid. Inom de övriga arbetsuppgifterna är övrigt ”skrivarbete/administration” den arbetsuppgift som kräver mest tid, 24,6 procent. Därutöver arbetsplatsmöten 7,2 procent och annat 11,4 procent. På raden för ”annat” inom övriga arbetsuppgifter fanns ”posthantering” noterat med tillägget att dessa arbetsuppgifter utförs varannan vecka vilket innebär att de i snitt utgör ungefär hälften av dessa 11,4 procenten.

Arbetssätt - Patientinvolvering

Även på avdelning 2 genomförs rondningen av patienterna i interaktion med dem. Respondent 2 berättar att skillnaden mellan nu och förr är att ronden traditionellt har utförts genom att vårdpersonalen går runt bland sängarna och pratar om varje patient. Hur denna nya form av

rondning går till har beskrivits mer ingående under avdelning 1 som tillhör samma klinik som avdelning 2 varpå det inte kommer redogöras mer djupgående här.

Respondent 2 förklarar dock att inte alla patienter vill och kan involveras i sin egen vård. Hon menar att de ibland istället kan involvera en anhörig, och poängterar vikten av att inte glömma bort de anhöriga. Souteriou och Chase (1998) redogör för hur just mottaglighet är en viktig del för avgörandet huruvida en tjänst kan anses vara kvalitativ. Då det på avdelningen kan finnas begränsningar för särskilda patienter att motta information från vårdgivare, tycks involvering av anhöriga vara ett sätt att öka mottagligheten och därigenom öka förutsättningarna för kvalitet i tjänsten. Rent hypotetiskt kan det vara så att inga anhöriga finns, vilket försvårar möjligheten till en kvalitativ tjänst i den aspekten.

Att involvera patienter som inte kan eller vill ta till sig information om sin egen vård kan också vara ett exempel på vad Grönroos (2011) beskriver som att interaktion med kunden kan vara både värdeökande och värdeminskande. Om patienten i det här fallet inte själv vill vara involverad och inte heller har någon anhörig som vill eller kan ska avdelningen enligt Grönroos (2011) resonemang låta patienten vårdas utan att denne behöver engagera sig i beslutsfattandet.

Även de tre frågorna, vilka beskrevs under avdelning 1, om varför patienten sökt vård framkommer vid intervjun med respondent 2. Hon menar att patienten upprepade gånger ges möjligheten att berätta sin egen historia för att öka personalens vetskap om varför patienten sökt vård och hur dennes förväntningar på vårdtiden ser ut. Detta kan enligt Vargo och Lusch (2004; 2007) stärka företagets förmåga att omvandla kompetensen som finns på avdelningarna till en värdefull tjänst för patienten. De menar att den viktigaste konkurrensfaktorn som finns inom ett företag är just kunskap. Hur denna kunskap utnyttjas är därför av största vikt för hur värdefull tjänsten blir för kunden. När personalen på avdelning 2 låter patienten berätta om sin situation får personalen information kring hur de på bästa sätt skulle kunna skapa värde för patienten genom att använda sin kunskap på bästa sätt.

Detta sätt att kommunicera beskriver intervjurespondent 2 följer patientens hela sjukhusvistelse, från inskrivning till dess utskrivning sker. Då patienten placeras på avdelningen får patienten

återigen berätta sin historia men också vilka förväntningar denne har på vården som kommer erhållas. Det beskrivs också hur patienten hela tiden ska ges möjlighet att uttrycka sin åsikt angående provtagning, undersökning etcetera, det vill säga sådant vårdpersonalen behöver genomföra för att kunna utreda orsaken till patientens inläggning.

Intervjurespondenten beskriver dock hur olika patienter befinner sig i olika tillstånd och därmed har mer eller mindre möjlighet att både ta till sig information och bidra med information vilket kan försvåra kommunikationen, och då även försvåra kunskapsuppbyggnaden, mellan patient och vårdgivare. Vargo och Lusch (2004) förklarar hur relationen mellan företag och kund är den centrala och viktigaste delen för ett tjänsteföretag varpå relationen mellan patient och vårdgivare bör prioriteras i den utsträckning det är möjligt.

4.3 Avdelning 3

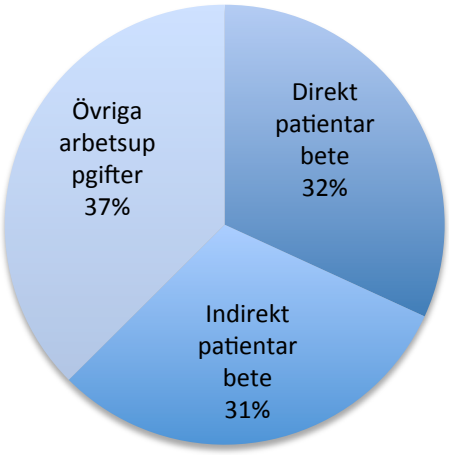
Tidfördelning

Avdelning 3 skiljer sig en del i resultaten från de två föregående avdelningarna. Detta kan delvis bero på att detta är en öppenvårdsavdelning dit patienterna kommer för att genomgå en dialys och sedan kan gå hem igen. Det kan även bero på att denna avdelning är placerad på ett annat sjukhus och därför inte har likadana rutiner och metoder för arbetet. Dessutom arbetar endast en profession på avdelningen, sjuksköterskor.

Det direkta patientarbetet på avdelningen uppgår till 31,8 procent trots det faktum att mycket av personalens arbete är inriktat på att lära patienterna sköta sin egen vård. Därför ter sig arbetet på självdialysen något annorlunda mot en vanlig dialysavdelning. Sjuksköterskornas främsta arbetsuppgift på självdialysen är enligt respondent 3 att fungera handledare medan patienterna får lära sig att själva genomföra sin dialys snarare än att vårda patienterna på avdelningen.

Den troligaste anledningen till att den direkta patienttiden är högre på avdelning 3 är dock att sjuksköterskorna som arbetar på självdialysen har i uppgift att dela ut mat till patienterna. Gemensamt togs därför beslut på avdelningen att anteckna tiden för matservering som direkt patienttid då personalen interagerar och samtalar med patienten vid dessa tillfällen. Matutdelningen utgjorde 6 procent av den totala uppmätta arbetstiden och som vi diskuterar i

avsnittet ”användning av personalresurser” står det inte helt klart vem som borde utföra denna syssla och om den skall räknas som direkt patienttid. Om den skulle räknas bort från den direkta patienttiden blir resultatet för avdelning 3 att andelen direkt patientarbete är 26 procent vilket är mer likt det för avdelning 1 och 2.



Figur 16: Total tidfördelning för avdelning 3

Det indirekta patientarbetet på avdelning 3 var 30,7 procent. Ett procentuellt tal som understiger resultatet på både avdelning 1 och 2. Övriga arbetsuppgifter var den kategori av arbetsuppgifter som upptog den största delen av arbetstiden, 37,5 procent. Trots detta är avdelning 3 att betrakta som ett högkontaktföretag sett ut Chase och Tansiks (1983) uppdelning av företag.

Utifrån den uppdelning av arbetsuppgifter som Mersha (1990) gör ägnas alltså den största delen av arbetstiden åt back-office tjänster medan aktiv- och passiv kundkontakt utgör ungefär en tredjedel vardera. Det är inte helt enkelt att placera avdelningen i den matris som Mersha (1990) upprättat då resultatet är så pass jämt fördelat över samtliga kategorier. Då aktiv- och passiv kundkontakt ligger så nära varandra är alternativen att avdelningen antingen räknas som hög aktiv- och hög passiv kundkontakt eller som låg aktiv- och låg passiv kundkontakt. I relation till övriga avdelningar ligger det direkta patientarbetet på en likvärdig nivå och eftersom dessa värderats som låg aktiv kundkontakt borde även avdelning 3 göra det och således placeras i låg-

låg. Dock är varken den aktiva- eller passiva kundkontakten så pass låg att den kan likställas de företag som räknas inom den gruppen, exempelvis postorderföretag. Därför förefaller placeringen av avdelning 3 någonstans i mitten av matrisen där både aktiv- och passiv kundkontakt ligger på en medelnivå.

Där den aktiva kundkontakten är hög, men den passiva är låg väljer Mersha (1990) att placera vårdcentraler, vilka i sin funktion skulle kunna liknas vid avdelning 3. Dit kommer patienter för att få vård och går sedan hem. Dock är patienterna på avdelning 3 återkommande då de lider av kroniska sjukdomar och antingen inväntar transplantation eller är för sjuka för att genomgå en sådan operation, vilket innebär att det inte är vem som helst kan komma till avdelningen för att få vård, samt att de ägnar än betydligt längre tid på avdelningen än patienter på en vårdcentral gör. Intervjurespondenten beskriver även att patienterna på självdialysen då de är i början av läroprocessen behöver mycket hjälp och med tiden klarar sig mer och mer själva, vilket kan vara anledningen till att resultatet för avdelning 3 hamnar på lägre aktiv kundkontakt än där Mersha (1990) placerat vårdcentraler.

Denna uppdelning av aktiv- och passiv kundkontakt visar att effektivitetspotentialen för avdelning tre, vilken tas fram med hjälp av Mershas (1990) formel, är 68,2 procent. Den skillnad som finns till de föregående avdelningarna är att avdelning 3 har cirka 4-5 procents lägre effektivitetspotential. Som Mersha (1990) antyder uttrycker denna siffra mycket lite om den faktiska effektiviteten som snarare handlar om hur resurserna på företaget utnyttjas. Ett företag kan alltså vara effektivare än ett annat trots att de i grunden har en lägre effektivitetspotential.

Användning av personalresurser

För att kunna bedöma den faktiska effektiviteten på avdelning 3 granskas närmare hur sjuksköterskorna som arbetar på avdelningen spenderar sin arbetstid inom de övergripande kategorierna direkt-, indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter. Tiden som uppmättes för det indirekta patientarbetet var nästintill densamma som för det direkta patientarbetet, 30,7 procent. Av denna tid var ”dokumentation i journal” den i särklass största tidsposten. 12 procent av den totala arbetstiden lades på denna arbetsuppgift. Intervjurespondent 3 berättade även att patienterna till viss del sköter sin egen journal, vilket innebär att tiden för journaldokumentation

går utöver den som registrerats i studien. Att denna dokumentation sköts av patienten själv skulle kunna ses som att patienten själv utför tjänsten samtidigt som den använder sig utav den. Enligt Grönroos (2011) åsikter om att värde kan skapas av kunden i användandet av tjänsten utan att personalen är medverkande skulle denna tid då patienten skriver sin egen journal kunna ses om värdeskapande om det är så att patienten vill ta del av sin egen vårdprocess. Eftersom patienterna själva får välja om de vill gå till självdialysen eller den vanliga dialysen där personalen har en mer omvårdande roll, dras här slutsatsen att de som valt att gå till självdialysen upplever ett större värde av att vara involverade i sin egen vård.

Även ”läsning av journal” och “annat” var bland de större tidsposterna inom kategorin indirekt patientarbete. Posten “annat” innefattade i huvudsak att ”klä” de maskiner som skulle användas av patienterna. Att klä maskiner är ett uttryck för att fästa de slangar och dylikt som behövs för att med maskin kunna genomföra dialysen. Bland de tre övergripande kategorierna var övriga arbetsuppgifter den som ägnades mest tid, 37,5 procent. Denna siffra är både högre än totala övriga arbetsuppgifter på avdelning 1 respektive 2, men den är också betydlig större än vad sjuksköterskorna på avdelning 1 och 2 spenderade på övriga arbetsuppgifter. Det betyder att de arbetsuppgifter som tillskrivs denna kategori är både mer tidskrävande än vad de är på övriga avdelningar, men också att någon annan yrkesgrupp sköter dessa arbetsuppgifter i högre utsträckning på de andra avdelningarna. På avdelning 1 och 2 är det i huvudsak undersköterskor och sekreterare som sköter de arbetsuppgifterna.

Vidare granskning av vad som ryms inom de övriga arbetsuppgifterna visar att bland annat posterna för ”utbildning och kompetensutveckling” utgör en betydligt större andel av arbetstiden än för någon av professionerna på de tidigare avdelningarna, hela 6,6 procent. Även ”arbetsplatsmöten” är en sådan uppgift som upptar sjuksköterskornas tid, 5,9 procent av den uppmätta arbetstiden. Dock är den absolut mest tidskrävande arbetsuppgiften inom övriga arbetsuppgifter ”hantering av utrustning och lokaler”. Sjuksköterskorna spenderar 10 procent av sin arbetstid på arbetsuppgifter som dessa.

Resultatet visar alltså att sjuksköterskorna på avdelning 3 hanterar väldigt mycket olika arbetsuppgifter på avdelningen, något som går emot vad Chase och Tansik (1983) anser om hur

arbetsuppgifter bör anpassas så att uppgiftsorienterade människor sköter mer administrativa arbetsuppgifter vilka då även kan standardiseras till viss grad. Kundkontakten å andra sidan bör enligt författarna skötas av en annan yrkesgrupp som är mer människoorienterade. Om jämförelse görs med avdelning 1 och 2 var det sjuksköterskorna och undersköterskorna som i störst utsträckning spenderade tid tillsammans med patienterna. För att sjuksköterskorna på avdelning 3 skulle kunna ha mer liknande arbetsuppgifter skulle alltså personalstyrkan kunna uppblandas med undersköterskor eller sekreterare, vilka var de med en högre andel indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter. Respondent 3 bekräftar till viss del denna bild av att personalen på avdelning 3 har för spretiga arbetsuppgifter genom att uttrycka en att de ägnar mycket tid åt ”småplock”.

Respondent 3 gav själv exempel på att man i vissa fall behövde en ”köksa” som kunde ansvara för matserveringen och i vissa fall en sekreterare. Dessa skulle i så fall kunna avlasta sjuksköterskorna med de arbetsuppgifter som inte är patientrelaterade, varpå sjuksköterskornas arbetsuppgifter kunde anpassas bättre enligt vad Chase och Tansik (1983) uttrycker om att arbetsuppgifters utformande bör stämma överens med hur mycket kontakt med kund personalen har vid utförandet av dem. Dock är tiden för utdelning av mat relativt liten, endast 6 procent, vilket motsvarar cirka åtta arbetstimmar per vecka, något som bidrar till att en ”köksa” inte skulle vara ekonomiskt fördelaktigt att anställa då arbetet inte utgör en tillräckligt stor del. Utifrån de arbetsuppgifter som utfördes av undersköterskor på avdelning 1 och 2 skulle dock en sådan kunna avlasta med både matservering, ”hantering av utrustning och lokaler”, ”förrådsbeställning inklusive tvättbeställning” samt visst administrativt arbete vilket även skulle leda till en minskad arbetskraftskostnad för avdelningen i stort. Något som Mersha (1990) poängterar är en viktig del vid beaktning av den inre effektiviteten.

Arbetssätt - Patientinvolvering

Vid överblick av Modell och Grönlunds (2006) definition av effektivitet och det de väljer att benämna som yttre effektivitet, nämligen måluppfyllelse, betraktas därför hur arbetet med patientinvolvering på avdelning 3 står i linje med vad teorin uttrycker om ett tjänsteföretags huvudsakliga mål. På avdelningen finns flertalet exempel på hur de arbetar med patientinvolvering som nedan kommer att diskuteras.

Uppkomsten av avdelning 3 grundar sig i en förfrågan från en patient om att få sköta sin egen dialys, varpå respondent 3 började instruera denne om tillvägagångssättet. Intresset för detta växte bland övriga patienter vilket även bidrog till att fler sjuksköterskor involverades. Vargo och Lusch (2007) benämner detta tillvägagångssätt som företagets roll i en ”service dominant logic” där företag levererar tjänster till sina kunder. De menar att alla organisationer existerar för att omvandla sin specialkompetens till komplexa tjänster som efterfrågas på marknaden. När avdelning 3 besvarade patienternas förfrågan att få ta del av sjuksköterskornas kunskap och själva genomföra sin dialys skapades just en sådan komplex tjänst med utgångspunkt i efterfrågan.

Respondent 3 berättar att hon själv tidigare funderat över möjligheten att lära ut dialysprocessen till patienterna, men menar att det var positivt att idén kom från en patient. Vargo och Lusch (2007) förklarar att företag kan komma med värdeförslag till sina kunder vilket innebär att respondent 3 hade kunnat föreslå för patienter att de kunde genomföra sin egen dialys. Vargo och Lusch (2007) menar vidare att sådana värdeförslag bör grunda sig i starka kundrelationer och ett kundorienterat arbetssätt vilket innebär att dessa värdeförslag skall skapas utifrån en god kännedom om kunden. Att personalen då tog tillvara på den efterfrågan som gjordes av patienten tyder på en stark kundrelation där patienten känt sig trygg i att uttrycka sina åsikter. Det tycks även som att de agerat i enlighet med vad Grönroos (2011) säger om att det är under interaktionstiden mellan personal och kund som företaget kan erhålla kunskap om kundens behov och därmed kan använda denna interaktionstid till att bli medproducent av värde för kunden.

Tre år efter att de första patienterna börjat lära sig att genomföra sin egen dialys togs beslutet att starta upp en separat avdelning för ändamålet, det som i dagsläget är avdelning 3. Denna byggdes som en fristående barack med anslutning till den vanliga dialysavdelningen och redan från början involverades de drygt 15 patienter som vid tidpunkten skötte sin egen dialys. Dessa fick fylla i enkäter om vad som var mest betydelsefullt för dem i dialysen. En av patienterna fick följa med på studiebesök på andra dialysavdelningar och även blogga på forumet ”Sveriges dialyspatienter” för att få in information om vad patienter tycker är viktigt. Själva utformandet av avdelningen planerades enligt respondent 3 av sjuksköterskor, patienter och dialysförbundet

tillsammans. Enligt Grönroos (2011) är involvering av kunden vid design och utveckling av en tjänst det enda sätt på vilket företaget kan skapa värde för kunden genom dessa processer. Att designa en tjänst kan enligt honom inte vara värdeskapande i sig utan kan endast bli så om kunden involveras och får vara samproducent.

På avdelning tre tycks de ha agerat i enlighet med Grönroos (2011) på flera sätt vid utformandet av avdelningen. Bland annat berättar respondent 3 att den maskin som skulle användas för dialys på avdelningen valts ut i samförstånd med patienterna. De fick testa ett antal olika maskiner och sedan tillsammans välja vilken de föredrog. Något som skulle kunna bidra till att ett värde upplevs i användandet av tjänsten då maskinen motsvarar patientens önskemål.

Sjuksköterskorna på avdelning 3 arbetar med att lära ut processen för dialys till patienterna och respondent 3 berättar att det tar olika lång tid för olika patienter. Hon menar att lärandeprocessen tar cirka åtta veckor, men att alla patienter har olika sätt att lära sig på vilket gör att de måste anpassa utlärningen efter varje individ. Vidare berättar hon att eftersom de flesta patienterna efter en tid får genomgå transplantation och då inte behöver genomgå dialys längre kommer nya patienter till avdelningen. Därför har det inte varit möjligt att upprätta någon form av mall för utlärningen. Detta är ett exempel på den osäkerhet i utformandet av tjänster som uppkommer när den utförs i direktkontakt med kunden enligt Chase och Tansik (1983). De menar att denna typ av arbetsuppgifter är svårare att standardisera och därför sänker effektivitetspotentialen på avdelningen.

Då personalens främsta uppgift enligt respondent 3 är att coacha och stötta patienterna snarare än att vårda händer det ibland att personalen sitter hos patienterna för umgänges skull och därigenom kan samtala om hur patienten känner angående dialysen även om patienten inte direkt behöver någon hjälp. Detta sätt att arbeta stärks både av Grönroos (2011) idé om att ta tillvara på tiden tillsammans med kunden, men även av Kellogg och Chase (1995; 1998) som menar att kontakttiden är en av de mest avgörande faktorerna för att uppnå en kvalitativ tjänst.

Då arbetet på avdelning 3 går ut på att patienterna skall vårda sig själva menar respondent 3 att patienterna ibland vill klara sig själva och inte önskar att personalen är närvarande vilket kan kopplas samman med vad Grönroos (2011) anser om att interaktionstid mellan kund och personal kan vara så väl värdeskapande som värdeminskande. Respondent 3 menar att det är

viktigt att respektera när patienterna vill klara sig själva och inte vara med och pilla för att man själv skulle gjort på ett annat sätt. Att göra det skulle kunna innebära att personalens direkta patientarbete då blir värdeminskande. Dock menar Grönroos (2011) att en viss interaktion måste finnas för att personalen skall unna ta till sig informationen om hur kunden vill ha det och kunna agera därefter.

En annan viktig aspekt med att låta patienten vara ensam när denne önskar är vad Grönroos (2011) förklarar som att värde kan uppstå under användandet av tjänsten och kunden själv kan då vara skapare av detta värde. Respondent 3 berättar att många av patienterna pratar och lär av varandra vilket skulle kunna tyda på att avdelning 3 ibland kan fungera som en fysisk plats där patienterna själva kan skapa värde i användandet av tjänsten utan att interagera med personalen. Denna sorts värdeskapande kan så klart även ske för varje enskild patient och kräver inte att de samtalar med varandra.

5. Slutdiskussion

Nedan följer en genomgång av på vilket sätt resultatet besvarar frågeställningarna i bakgrundskapitlet. Effektivitet diskuteras både i termer av den inre- och den yttre effektiviteten. Resursutnyttjande och effektivitetspotential behandlas, samt om arbetssätten som används ger möjlighet för olika professioner och hela avdelningar att uppnå värde och kvalitet i tjänsten. Slutligen tydliggörs besvarandet av syftet och förslag till fortsatt forskning ges.

5.1 Besvarande av frågeställningar

Hur ser tidfördelningen mellan olika arbetsuppgifter ut på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering?

Det visar sig att resultatet för de tre undersökta avdelningarna är relativt lika vad gäller tiden som spenderas på det direkta patientarbetet. Ingen av avdelningarna spenderar mer än en tredjedel av arbetstiden på patienterna. Den avdelning som ligger närmast en tredjedel, vilken är avdelning 3 på 32 procent, har även inkluderat matutdelning som en av arbetsuppgifterna under direkt patientarbete vilket påverkar resultatet för denna avdelning. I övrigt skiljer sig avdelning 1 från de andra avdelningarna genom de 57 procent som spenderas på indirekt patientarbete vilket innefattar administrativa arbetsuppgifter som direkt kan kopplas till en specifik patient. Avdelning 2 och 3 har en relativt jämn fördelning över samtliga tre kategorier; direkt patientarbete, indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter. På samtliga avdelningar är ”journaldokumentation” den absolut största tidsposten inom det indirekta patientarbetet, medan de övriga arbetsuppgifterna varierar mellan de olika avdelningarna. På avdelning 1 innefattar denna kategori i huvudsak ”arbetsplatsmöten” och ”utbildning/kompetensutveckling”, medan den på avdelning 2 innefattar ”arbetsplatsmöten” och ”hantering av utrustning och lokaler” och på avdelning 3 ”arbetsplatsmöten”, ”utbildning/kompetensutveckling” och ”hantering av utrustning och lokaler”. Att avdelning 1 spenderar förhållandevis lite tid på ”hantering av utrustning och lokaler” skulle kunna vara anledningen till att de har en mindre andel övriga arbetsuppgifter över lag.

Detta resultat har kunnat kopplas samman till teorin om the Customer Contact Model som först utvecklades av Chase och Tansik (1983) och sedan vidareutvecklades av Mersha (1990) och visar på att samtliga avdelningar har en liknande effektivitetspotential och att denna är relativt

hög. Detta kan konstateras då samtliga avdelningar hade en lägre andel aktiv kundkontakt (direkt patientarbete) än vad slutenvården har enligt Mersha (1990). Sett ur den ursprungliga uppdelningen av företag som Chase och Tansik (1983) utvecklade är även samtliga tre avdelningar att klassas som högkontaktföretag. De menar att den typen av företag bör fokusera på analoga system, alltså möte öga mot öga, och att uppnå yttre effektivitet snarare än inre effektivitet. Även Vargo och Lusch (2004; 2007) menar att företags huvudsakliga syfte är att skapa värde för kunden något som har stark koppling till den yttre effektiviteten genom att uppfyllelsen av kundens övergripande mål för organisationen kan ses som värde för denne.

Hur ser denna tidfördelning ut för olika yrkesgrupper inom vårdavdelningarna?

Läkarna är den yrkesgrupp som både på avdelning 1 och 2 spenderar minst tid tillsammans med patienterna om man bortser från sekreterarna vars huvudsakliga uppgift är att utföra administrativt arbete. Läkarna kan därför anses ha störst möjlighet att vara effektiva i sitt arbete och tillsammans med sekreterarna kan de i störst utsträckning utföra standardiserade arbetsuppgifter. Den låga andel de lägger på direkt patientarbete kan dock påverka deras uppfattning om vad patienten har för önskemål och behov på den tjänst som läkarna utför enligt Grönroos (2011) resonemang.

På avdelning 1 har sjuksköterskorna i huvudsak patientrelaterade arbetsuppgifter då dessa har en mycket låg andel övriga arbetsuppgifter, endast 7 procent. De spenderar mycket tid tillsammans med patienterna, men också en stor del på läsning av- och dokumentation i journal. Enligt Chase och Tansik (1983) förbättras chansen att vara effektiv om arbetsuppgifterna anpassas efter person och grad av kundkontakt i varje enskilt fall vilket tyder på att det skulle vara bra att sjuksköterskorna här spenderar sin tid på i huvudsak patientrelaterade arbetsuppgifter.

Sjuksköterskorna på avdelning 2 och 3 har däremot mycket mer varierade arbetsuppgifter och uppger att de ägnar sin arbetstid åt en mängd olika arbetsuppgifter inom kategorin för övriga arbetsuppgifter så som ”förrådsbeställning”, ”övrigt skrivarbete/administration”, skriva och svara på e-post och så vidare.

På avdelning 2 var det istället undersköterskorna som ägnade mest tid tillsammans med patienten, men undersköterskorna på både avdelning 1 och 2 hade stora delar indirekt patientarbete och övriga arbetsuppgifter. Det tycks som att detta är den yrkesgrupp som har mest varierade arbetsuppgifter och därför enligt Chase och Tansik (1983) borde ha svårast att anpassa sina arbetsuppgifter för att både kunna vara effektiva vid administrativt arbete och samtidigt individanpassande vid möte med patient.

”Hantering av utrustning och lokaler” är en relativt stor post på både avdelning 2 och 3 med den skillnaden att denna uppgift sköts av sjuksköterskorna på avdelning 3 då detta är den enda profession som arbetar där. Mersha (1990) menar att arbetsuppgifter alltid bör skötas av den billigaste arbetskraften då det enligt honom kan ses som ineffektivt att låta en överkvalificerad yrkeskategori sköta en arbetsuppgift om detta ökar kostnaderna för utförandet av den. Samtidigt stärks detta resonemang av Vargo och Lusch (2004; 2007) vilka menar att kunskapen är ett företags viktigaste konkurrensfaktor och att låta en överkvalificerad yrkeskategori utföra en arbetsuppgift skulle kunna ses som att kunskap går till spillo.

Sekreterarna hade en väldigt tydlig uppdelning av arbetsuppgifter på både avdelning 1 och 2 och de hade mindre än 1 procents tid tillsammans med patienterna. Deras arbetsuppgifter var nästan uteslutande läsning av- och dokumentation i journal inom det indirekta patientarbetet och ”övrigt skrivarbete/administration” inom kategorin för övriga arbetsuppgifter. Denna uppdelning borde ur Chase och Tansiks (1983) resonemang anses vara bra och arbetsuppgifterna skulle till stor del kunna standardiseras. Vad som talar emot att de spenderar så lite tid med patienterna är uppkomsten av internettjänsten ”journal på nätet” vilket bidrar till att patienter kan börja ta del av sin egen journal. Enligt Grönroos (2011) teori om att företaget endast kan vara medproducent av värde om denne interagerar med kunden skulle sekreterarna kunna påverka värdet i tjänsten genom att interagera med de som använder sig utav den.

Hur arbetar de på vårdavdelningarna för att involvera sina patienter?

På avdelning 1 och 2 arbetar man i princip med samma typ av patientinvolveringsprojekt även om respondent 1 och 2 tar upp lite olika aspekter på dem. I huvudsak är det ronden, vilken syftar till att låta patienten vara en del av planerandet av sin egen vård. Med rätt utformande kan

personalen uppnå både en intimitet och en tydlighet i informationsutbytet mellan patient och vårdgivare vilket enligt Kellogg och Chase (1995) kan leda till kvalitet i tjänsten. Även arbetet med fokuspatient är ett sådant sätt att öka tydligheten i informationen vilket kan öka kvalitén i tjänsten.

På avdelning 1 och 2 arbetade man även med att låta patienten berätta sin historia, varför denne sökt vård och vad denne har för förväntningar av vårdtiden. Ett sätt att arbeta som kan kopplas samman med Grönroos (2011) resonemang kring att företaget har möjlighet att skapa sig en bild av kundens behov genom att interagera med denne, vilket i sin tur ger en förutsättning för att företaget skall kunna vara medproducent av värde för kunden, och i förlängningen även kunna uppnå en yttre effektivitet.

På avdelning 3 hade inte involveringen samma struktur i namngivna projekt som ”ronden” och ”fokuspatient”. De arbetade istället mer med involvering av patienten i det dagliga arbetet vilket kan förklaras med att målet för avdelningen är att patienten ska kunna genomföra sin egen dialys. Involvering blir då ett måste eftersom patienten både behöver erhålla kunskap om sin egen vård och kunna hantera maskiner etcetera. Respondent 3 menar att en individanpassning av den här lärandeprocessen sker då ingen patient är den andre lik. Även detta sätt att arbeta på kan kopplas samman med vad Grönroos (2011) anser om personalens möjlighet att få förståelse för kundens behov. På avdelning 3 hade även patienterna varit en med i designandet och utvecklandet av avdelningen vilket Grönroos (2011) förklarar är det enda sättet som just design och utveckling kan bli värdeskapande för kunden.

Att kunden involveras och får vara samproducent av sin egen vård är någonting som beskrivs som viktigt inom teorin för att företaget ska ha möjlighet att vara medproducent av värde för kunden. Det är alltså möjligt att kunden upplever ett värde i vårdtjänsten utan att denne involveras, men Grönroos (2011) menar att i interaktionen mellan personal och kund skapas förutsättningar för företaget att göra rätt saker utifrån vad kunden har för önskemål och behov. Att involvera patienten på de olika sätt som avdelningarna gör behöver alltså inte vara värdeskapande, men att interagera med patienterna borde kunna bidra med en tydlig bild av vad som skapar värde, vilket är ett steg mot att uppnå yttre effektivitet.

5.2 Slutsats

Syftet med denna studie har varit att diskutera effektiviteten på tre vårdavdelningar inom svensk statligt ägd sjukvård som arbetar med patientinvolvering. Resultatet visar att effektiviteten påverkas av många olika faktorer, exempelvis avdelningarnas potential att uppnå inre effektivitet. En avvägning mellan att å ena sidan utföra uppgifter så tidseffektivt som möjligt och att å andra sidan utföra dem i samråd med patienten för att uppnå en yttre effektivitet måste ständigt göras.

Det visar sig att effektivitetspotentialen på de undersökta avdelningarna är hög vilket innebär att det finns stor potential att uppnå en hög, men inte fullständig, inre effektivitet på avdelningarna. Detta är någonting som bör betonas, att total optimering av bemanning och användning av resurser inte är möjlig på dessa avdelningar enligt bildade teorier. Det visade sig även att samtliga avdelningar enligt teorierna är att klassa som högkontaktföretag och därmed bör fokusera på den yttre effektiviteten. Graden av tid som personalen spenderar i direktkontakt med patienten gör dock att avdelningarna mer liknar ett företag som arbetar med att endast erbjuda logi än så som slutenvården och primärvården har klassificerats av Mersha (1990).

I bakgrundskapitlet presenterades en rapport under namnet ”Ur led är tiden” i vilken det konstaterats att var och en borde göra vad den är utbildad till inom svensk sjukvård. Ser man på de avdelningar som undersökts i denna studie är resurserna väl använda inom respektive avdelning, men det finns utrymme för viss effektivisering både för att uppnå en högre inre- och en yttre effektivitet. Bland annat sköter sjuksköterskorna på avdelning 3 vissa arbetsuppgifter som skulle vara billigare i arbetskraftskostnad om de istället hanterades av en undersköterska, vilket påverkar den inre effektiviteten.

I rapporten framkom även att det var i huvudsak mellan läkare och patient som tiden för mötet uppfattades som knapp. Denna studie visar att läkarna spenderar minst tid tillsammans med patienterna och har därför enligt teorin även lägst förutsättning för att uppnå kvalitet och skapa värde för kunden. Läkare på avdelning 1 och 2 skulle kunna utföra viss journalanteckning tillsammans med patienten för att öka andelen tid med patienten och därmed få bättre kunskap

om dennes önskemål och behov vilket kan påverka den yttre effektiviteten i och med ett möjligt värdeskapande.

Det framkom även att sjuksköterskor på samtliga avdelningar och även undersköterskor på avdelning 2 spenderar mest tid tillsammans med patienterna vilket gör att de är avdelningarnas främsta källa till information om hur tjänsten skall utformas för att vara värdefull för kunden. Därmed har de även lägst förutsättning för att vara effektiva i sitt arbete på grund av osäkerheten i utformandet av tjänsten då den måste individanpassas. Det tycks extra viktigt att dessa har väl avgränsade arbetsuppgifter och inte ägnar sin tid åt arbetsuppgifter som kan utföras av någon annan.

I bakgrundskapitlet beskrivs även den satsning inom Svensk sjukvård som görs på patientinvolvering för att skapa en bättre vårdtjänst och effektivare sjukvård. Resultatet visar att alla tre avdelningar arbetar med patientinvolvering på flera sätt som alla enligt teorin skulle kunna skapa värde för kunden och därmed bidra till den yttre effektiviteten. Dock finns en diskrepans mellan den satsning inom sjukvården på att involvera patienten för att skapa värde och var teorier menar om att interaktionstiden ger förutsättning för att företaget skall kunna vara medproducent av värde. Teorin ger en entydig bild om att tiden som spenderas med patienten är viktig för att uppnå kvalitet och skapa kunskap om vad patienten upplever som värde i tjänsten. Teoretiskt sett är det alltså viktigare att personalen interagerar med patienterna för att erhålla kunskap om vad de upplever som värde snarare än att involvera dem i sin egen vård, även om involvering säkerligen upplevs som värde av vissa. Detta bekräftas även inom de undersökta avdelningarna då det poängteras att inte alla kan och vill vara involverade i sin egen vård.

5.3 Förslag till fortsatt forskning

Denna studie har självklart sina begränsningar. Då den gjorts på ett relativt outforskat område beslutades att göra en beskrivande studie och resultatet kan därför bara anses gälla för de vårdavdelningar som omfattas av studien. För att få en mer generell bild av effektivitet på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering bör därför liknande undersökningar genomföras med ett slumpmässigt urval och fler intervjurespondenter. Det finns även utrymme

för att utvidga effektivitetsbegreppet och undersöka fler variabler som påverkar detta, exempelvis ekonomisk effektivitet.

Patientinvolvering bör även undersökas från ett patientperspektiv för att ge en bild av vad som uppfattas av värde för patienten och hur personalen bör arbeta för att uppnå detta. Denna studie har helt uteslutit patientperspektivet på grund av att det hade blivit en för bred undersökning som inte var möjlig att genomföra, men patientens perspektiv bör undersökas för att kunna fastslå den yttre effektiviteten på vårdavdelningar som arbetar med patientinvolvering.

5.4 Validitet och reliabilitet i studien

Validitet

Grønsmo (2006) beskriver att bedömningen av en studies validitet handlar om att bedöma datas giltighet i förhållande till de frågeställningar/problemformuleringar som ställts. Resultatet som presenteras bör motsvara forskarens intentioner. Han menar att validiteten kan stärkas genom att populationer av enheter och begrepp definieras systematiskt och att detta sker både teoretiskt och operationellt. För att data skall svara till studiens frågeställning menar Grønsmo (2006) även att förberedelser av datainsamling är av stor vikt. För att uppnå en god validitet har vi i studien strävat efter att ständigt göra kopplingar mellan å ena sidan syfte och frågeställningar och å andra sidan metod, teori och analys för att tydliggöra kopplingen som finns mellan vad vi ämnar undersöka och på vilket sätt detta åstadkoms.

Tidsdagbokens Validitet och reliabilitet

Den enkät för skattning av arbetstid samt formuläret för tidsregistrering som användes i Anskärs studie ”Vad gör vi på jobbet? En deskriptiv studie om arbetstidens innehåll på en vårdcentral” togs fram av projektledare och handledare i studien. Validiteten testades genom face validity, även kallat ytvaliditet, för att säkerställa att det som angavs mätas också var det som mättes. Bryman (2011) beskriver ytvaliditet som uppenbarheten hos ett test, att testet är uppenbart för de som tar det samt att det verifierats av en professionell inom området. Ett pilottest genomfördes även av projektledaren och en distriktsläkare. Reliabiliteten i Anskärs studie beskrivs inte kunna bedömas (Anskär, E. 2012).

Reliabilitet

Holme och Solvang (2010) definierar reliabiliteten i en studie som ett mått på om data som genererats är tillförlitlig och därmed kan anses representativ. De menar dock att reliabilitet inte har samma vikt vid en kvalitativ studie då dessa ämnar studera vissa faktorer i syfte att skapa en förståelse kring dem. Vad som dock är viktigt för att resultatet i en kvalitativ studie skall anses reliabelt är att det ger en nyanserad bild av det som studeras.

Reliabiliteten för tidsdagboken skulle kunna, som beskrivits i metodavsnittet, ha utsatts för mätfel (Stolzenberg. 2003) då respondenternas uppfattning av tid är en subjektiv upplevelse. Att resultatet ligger i linje med vad tidigare studier kommit fram till kan dock ses som en indikation på att resultatet i denna studie är tillförlitligt.

Referenser

Agerberg, Miki. 2012. Svårt att befria läkarna från administrationsbördan. *Läkartidningen.* 13 november. http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=18882 (Hämtad: 2014-03-19)

Almqvist, Roland. 2006. *New public management*. 1. uppl. Malmö: Liber AB.

Anskär, Eva. 2012. *Vad gör vi på jobbet? - en deskriptiv studie om arbetstidens innehåll på en vårdcentral.* Rapport/FoUrnalen: 2012:1. Linköping: FoUrnalen. ISSN 1102-3805. http://www2.lio.se/pages/10481/2012_1_Vad_gor_vi_pa_jobbet_visningsex.pdf (Hämtad: 2014-04-24)

Boyatzis, Richard E. 1998. *Transforming Qualitative Information - Thematic Analysis and Code Development.* 1 edi. Sage Publication, Inc: California

Bryman, Alan. 2008. *Samhällsvetenskapliga forskningsmetoder.* 2 uppl. Malmö: Liber AB

Bryman, Alan. 2011. *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2 uppl. Malmö: Liber AB

Bryman, Alan och Bell, Emma. 2013. *Företagsekonomiska forskningsmetoder.* 2 uppl. Malmö: Liber AB

Chase, Richard B. och Tansik, David A. 1983. The Customer Contact Model for Organization Design, *Management science* 29 (9): s. 1039-1045

Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. och Røvik, K. 2005. *Organisationsteori för Offentlig Sektor.* 1. uppl. Malmö: Liber AB.

Echeverri, Per. 2013. *Patient involvement for service innovation*. Rapport/Service research center. Karlstad: Service research center.

Edhag, Olof. 2000. *Omfattningen av administration inom vården.* Rapport/Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen

Esaiasson, Peter., Gilljam, Mikael., Oscarsson, Henrik., Wängnerud, Lena. 2007. *Metodpraktikan.* 3. uppl. Stockholm: Nordsteds Juridik AB.

Esaiasson, Peter., Gilljam, Mikael., Oscarsson, Henrik., Wängnerud, Lena. 2012. *Metodpraktikan.* 4. uppl. Stockholm: Nordsteds Juridik AB.

Freire, Karine. och Sangiorgi, Daniela. 2010. *SERVICE DESIGN & HEALTHCARE INNOVATION: from consumption to co-production and co-creation.* Universidado do Vale dos Sinos och Lancaster University. http://www.academia.edu/628119/SERVICE_DESIGN_and_HEALTHCARE_INNOVATION_from_consumption_to_coproduction_and_co-creation (Hämtad: 2014-04-01)

Grönroos, Christan. 2000. Service Marketing and Management: A Customer Relationship Management Approach. *European Business Review*, vol. 20(4), s. 298-314.

Grönroos, Christian. 2011. Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing Theory*, vol. 11. s. 279-301

Grønsmo, Sigmund. 2006. *Metoder i samhällsvetenskap*. 1 uppl. Malmö: Liber AB

Gummesson, Evert. 1994. Broadening and Specifying Relationship Marketing. *Asia-Australia Marketing Journal*, vol. 2(1), s. 31-43 DOI: 10.1016/S1320-1646(94)70276-8

Hammersley, Martyn. (1996). *The Relationship Between Qualitative and Quantitative Research: Paradigm Loyalty versus Methodological Eclecticism* ur J.T.E. Richardson (red.), *Handbook of Research Methods for Psychology and the Social Sciences.* 1. Edition. Leicester: British Psychological Society Books.

Hasenfeld, Yeheskel. 1992. *Human Servieces as Complex Organizations.* 2. edition. Newbury

Park, California: SAGE Publications Inc.

Holman, Halsted. och Lorig, Kate. 2004. Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. *Public Health Reports: Volume 119.* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497631/pdf/15158102.pdf (Hämtad: 2014-04-15)

Holme, Idar Magne. och Solvang, Bernt Krohn. 2010. *Forskningsmetodik - om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB

Jacobsen, Dag I. och Thorsvik, Jan. Hur moderna organisationer fungerar. 2008. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB

Jansson, Bo., Nitz, Lena. och Wedin, Marie. 2013. "Våra yrken har kidnappats av ekonomernas modeller". *Dagens Nyheter.* 24 juni. http://www.dn.se/debatt/vara-yrken-har-kidnappats-av-ekonomernas-modeller/ (Hämtad: 2014-03-19)

Kask, Ann-Charlotte. 2014. *Medicinkliniken Höglandssjukhuset Eksjö*. Landstinget i Jönköpings län http://www.lj.se/Verksamhet/Sjukhus-och-specialistvard/Hoglandssjukhuset/Kliniker-och-enheter/Medicinkliniken-Hoglandssjukhuset-Eksjo/ (Hämtad: 2014-04-25)

Kellogg, Deborah L. 1999. A customer contact measurement model: an extenstion. *International Journal of Service Industry Management,* vol. 11(1). s. 26-44.

Lantz, Annika. 2007. *Intervjumetodik*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur AB

Lundgren, S. och Segersten, K. 2001. Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. *Journal of Nursing Management: 9*. Blackwell Science Ltd.

Lundin, Yvonne., Persson, Johan., Endrédi, Andreas. 2003. *Granskning av tidsanvändning i*

vården. Revisionsrapport/Landstingen i Blekinge och Kronoberg

Mellgren, Fredrik. 2013. Tidsbrist för svenska läkare en gåta. *Svenska Dagbladet.* 4 december. http://www.svd.se/nyheter/inrikes/gata-att-svenska-lakare-har-lite-tid-for-patienter_8787978.svd (Hämtad: 2014-03-19)

Mersha, Tigineh. 1990. Enhancing the Customer Contact Model. *Journal of Operations Management,* vol. 9(3). s. 391-405

Modell, Sven. och Grönlund, Anders. 2006. *Effektivitet och styrning i statliga myndigheter*. 1. uppl. Lund: Författarna och Studentlitteratur AB.

Myndigheten för vårdanalys. 2013. *Ur led är tiden.* Rapport/Myndigheten för vårdanalys: 2013:9. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys

Nessen, Asbjørn Johan. och Tufte, Per Arne. 2003. *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. 1:3 uppl. Malmö: Liber AB

Nordmark, Eva. 2005. "Läkarna träffar patienter en tredjedel av arbetstiden". *Dagens Nyheter.* 26 maj. http://www.dn.se/debatt/lakarna-traffar-patienter-en-tredjedel-av-arbetstiden/ (Hämtad: 2014-04-01)

Olsson, Henny och Sörensen, Stefan. 2011. *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv.* 3 uppl. Stockholm: Liber AB

Prahalad, C.K. och Venkatram Ramaswamy. 2000. Co-opting Customer Competence. *Harvard Business Review,* vol. 78(1). ISSN: 0017-8012

Rosengren, Karl-Erik och Arvidson, Peter. 2002. *Sociologisk metodik*. 5 uppl. Malmö: Liber AB

Røvik, Kjell Arne. 2008. *Managementsamhället – trender och idéer på 2000-talet*. 1. uppl. Malmö: Liber AB. s. 184

Schmenner, R. W. 1986. How Can Service Businesses Survive and Prosper? *Sloan management review*, vol. 27(3), s. 21-32.

SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem.* Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsens termbank. 2014. Sökord: Primärvård; Slutenvård; Öppenvård. http://socialstyrelsen.iterm.se (Hämtad: 2014-08-19)

Staake, Britta. 2014. Alltmer administrativt arbete för vårdpersonal. *Värmlands Folkblad*. 3 januari. http://www.vf.se/nyheter/karlstad/alltmer-administrativt-arbete-vardpersonal/ (Hämtad: 2014-04-01)

Starrin, Bengt och Svensson, Per-Gunnar. 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* 1. Uppl. Lund: Studentlitteratur AB

Stolzenberg, Ross M. 2003. *Sociological Methodology*. Basil Blackwell for the American Sociological Association: Oxford

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 2005. *Effektivare nyttjande av tid och resurser? Kartläggning av de administrativa processerna samt undersköterskors och läkarsekreterares uppgifter*. Rapport/SKL. Stockholm: SKL. http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-042-8.pdf (Hämtad: 2014-04-24)

Söderström, Jonas. 2013. "IT och administration har perverterat vården". *Dagens Nyheter.* 7 juli. http://www.dn.se/debatt/it-och-administration-har-perverterat-varden/ (Hämtad: 2014-03-19)

Thylefors, Ingela. 2007. *Ledarskap i human service-organisationer.* 1. uppl. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Trost, Jan. 2005. *Kvalitativa intervjuer.* 3 uppl. Lund: Studentlitteratur AB

Vargo, Stephen L. och Lusch, Robert F. 2004. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing: Vol. 68*. http://web.b.ebscohost.com.till.biblextern.sh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f10d30f5-8fec-48d6-94b3-41d4d1d58859%40sessionmgr114&vid=2&hid=122 (Hämtad: 2014-04-23)

Vargo, Stephen L. och Lusch, Robert F. 2007. Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Acad. Mark. Sci: 36:1-10*. http://moodle.univ-lille2.fr/pluginfile.php/22686/mod_resource/content/0/VARGO%20ET%20LUSCH%202008%20JAMS.pdf (Hämtad: 2014-04-23)

Vinnova. 2013. Patientinvolvering för tjänsteinnovation. http://www.vinnova.se/sv/Var-verksamhet/Gransoverskridande-samverkan/Samverkansprogram/Strategiska-innovationsomraden/Strategiska-innovationsagendor/Forteckning-agendor-2013/Patientinvolvering-i-halso--och-sjukvarden/ (Hämtad: 2014-04-01)

Bilaga 1 – Loggbok för självregistrering av tid för olika arbetsuppgifter

Min profession är: [ ] Läkare [ ] Ssk [ ] Usk [ ]Sekr Veckordag:

Hur många procent av heltid arbetar du? _____ %

	Timme 1	Timme 2	Timme 3	Timme 4	Timme 5	Timme 6	Timme 7	Timme 8	Övertid
Direkt patientarbete									
Direkt möte med patient öga mot öga	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Telefonkontakt med patient	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Telefonkontakt med anhörig/närstående	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Annat:	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Indirekt patientarbete									
läsning av journal	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Diktering	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Dokumentation i journal	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Signering	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Brevutskick	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Receptförskrivning	min	min	min	min	min	min	min	min	min
kallelser	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Patientrelaterade resor	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Kontakt med annan vårdgivare i patientärende	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Kontakt med myndigheter	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Inmatning av data i medicinska register	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Annat:	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Övriga arbetsuppgifter									
Arbetsplatsmöten	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Arbetsrelaterade möten utanför arbetsplatsen	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Utbildning/kompetensutveckling	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Förrådsbeställning inklusive tvättbeställning	min	min	min	min	min	min	min	min	min
icke patientrelaterade telefonsamtal	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Icke patientrelaterade resor	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Väntan	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Hantering av utrustning och lokaler	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Skriva och svara på epost	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Handledning av studenter/ST-läkare	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Schemaläggning	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Övrigt skrivarbete/administration	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Rast/paus	min	min	min	min	min	min	min	min	min
Annat:	min	min	min	min	min	min	min	min	min
TOTALT	60min	60min	60min	60min	60min	60min	60min	60min	60min

Bilaga 2 – Intervjumall

Intervjufrågor

Speciellt till Eksjö: Hur många arbetar på avdelningen? Hur många av varje profession?

Organisation

1. Hur startade arbetet med en patientinvolverad/orienterad vård?
2. Vilka olika parter var involverade?
3. Hur påverkar arbetet med patientinvolvering involverade parter?
4. Vilken var drivkraften till arbetet med patientinvolvering?
5. Hur ser samarbetet mellan er, ledning, andra avdelningar och övriga ut?
6. Har ni stöd från ledningen i arbetet med patientinvolvering?
7. På vilka nivåer är arbetet med patientinvolvering integrerat?
8. På vilket sätt förhåller sig läkarna till arbetet med patientinvolvering?

Patienten

9. Hur arbetar ni med patientinvolvering/orientering? Ge några exempel på detta. Anpassas arbetet efter enskilda patienter eller en grupp patienter?
10. Har det resulterat i några skillnader för patienten och i så fall vilka?

Arbetsuppgifter

11. Vilka av arbetsuppgifterna i tidsregistreringsformuläret ni fått ta del av anser ni är viktigast för att kunna erbjuda en bra vård?
12. Anser du att några av arbetsuppgifterna skulle kunna utföras av en annan yrkeskategori?
13. Från vilka olika håll ställs det krav på och sätts upp mål för er avdelning?
14. Vad för krav/mål har dessa?
15. Vad tycker du är de viktigaste målen på er avdelning?