

# **Jourpatientens flöde utgående från ett LEAN perspektiv**

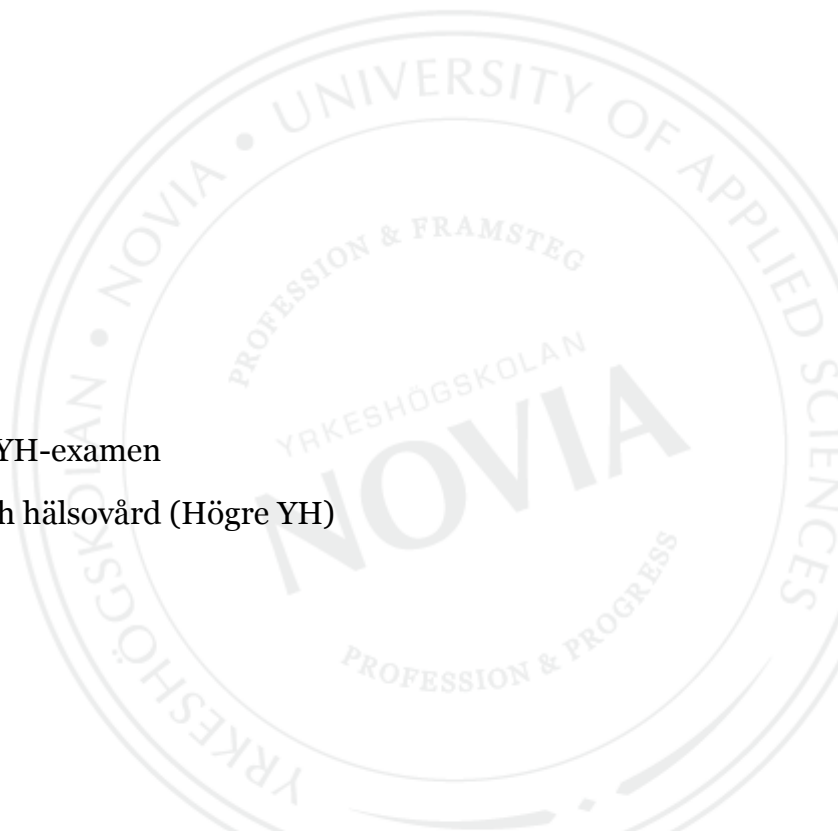
Marina Valkeapää

Ann-Charlott Welanders

Examensarbete för Högre YH-examen

Utbildning inom social- och hälsovård (Högre YH)

Åbo 2017



## EXAMENSARBETE

Författare: Marina Valkeapää och Ann-Charlott Welander

Utbildning och ort: Utbildning inom social och hälsovård (Högre YH), Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap

Handledare: Tua Weckström-Lundell och Pia Liljeroth

Titel: Jourpatientens flöde utgående från ett LEAN perspektiv

---

Datum 24.09.2017 Sidantal 71 Bilagor 23

---

### Abstrakt

Detta examensarbete är ett beställningsarbete som baserar sig på ett specifikt problem. Det har gjorts enligt en aktionsforskning och enligt Lean PDCA-princip. Här kombineras skribenternas teoretiska kunskap med Raseborgs sjukhus praktiska kunskap.

Syftet med examensarbetet är att på uppdrag av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Raseborgs sjukhus, göra flödet för jourpatienten, som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen, effektivare och smidigare utgående från ett Lean perspektiv. Önskan var även att få ett bättre samarbete, kommunikation och förståelse för varandras arbete avdelningarna emellan.

Aktionsforskningen har gjorts som en kritisk reflektion där använd evident empiri har lett till ny kunskap. Personalen på jourpolikliniken och jour och uppföljningsavdelningen har involverats, i ett praktiskt förändringsarbete genom bland annat workshops och enkäter. På workshopen har bland annat diskuterats det nuvarande flödet är nu för jourpatienten som ska skrivas in till avdelningen, hur det borde vara och vad som behöver och kan göras för att jourpatientens flöde till avdelningen ska bli smidigare.

Resultatet av detta examensarbete är ett standardiserat arbetssätt, en checklista för jourpatienter som skrivs in på jour- och uppföljningsavdelningen och Isbar rapporteringssystem har implementerats på samjouren och jour- och uppföljningsavdelningen som gjorde flödet för samjournpatienten effektivare och smidigare till jour- och uppföljningsavdelningen. Detta samarbete resulterade även i en bättre kommunikation avdelningarna emellan samt en bättre förståelse och respekt för varandras arbete. Checklistan och Isbar rapporteringsmodellen är gjorda som scheman och finns i fickformat. Examensarbetet resulterade även i en modell, en PDCA spiral för förbättringsarbete utgående från ett Lean perspektiv.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: väntetid, Lean, flödeseffektivitet, förändringsarbete, coachande och transformativt ledarskap, patienttillfredsställelse, patientsäkerhet, flödesschema, magnetsjukhus, Isbar.

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Marina Valkeapää ja Ann-Charlott Welander

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveystieteiden Ylempi AMK koulutus, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Kehittäminen ja johtaminen

Ohjaajat: Tua Weckström-Lundell ja Pia Liljeroth

Nimike: Päivystys potilaan virtaus Lean näkökulmasta

---

Päivämäärä 24.09.2017 Sivumäärä 71 Liitteet 23

---

### Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on tilaustyö ja perustuu tiettyyn ongelmaan. Opinnäytetyö on tehty toimintatutkimuksen ja Leanin Pdca-periaatteen mukaan. Tässä yhdistyy kirjoittajien teoreettinen tieto Raaseporin sairaalan käytännön tietoon.

Opinnäytetyön tarkoitus on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Raaseporin sairaalan tilauksesta tehdä päivystyspotilaan virtaus, joka otetaan päivystys ja seurantaosastolle, joustavammaksi Lean periaatetta käyttäen

Toimintatutkimus on tehty kriittisen harkinnan kautta, jossa näyttöön perustuva empirismi on johtanut uuteen tietoon. Sekä päivystyspoliklinikan että päivystys- ja seuranta osaston henkilökunnan osallistumisella, käytännön muutostyöhön muun muassa työpajojen ja kyselyjen avulla. Työpajoilla on keskusteltu, millainen osastolle siirtymässä olevan päivystys potilaan virtaus on nyt, millainen se pitäisi olla ja mitä voidaan tehdä, jotta päivystyspotilaan virtaus osastolle tulisi joustavammaksi.

Tämän opinnäytetyön kautta on käyttöön otettu ja sovellettu, päivystys ja seurantaosastolle siirrettävälle päivystyspotilaalle standardoitu työmenetelmä, muistilista ja ISBAR raportointimalli jotka ovat tehneet yhteispäivystyspotilaan virtauksen tehokkaammaksi sekä osastolle siirtymisen joustavammaksi. Tämä projekti sai myös osastojen henkilökuntaa kommunikoimaan paremmin, ymmärtämään sekä arvostamaan toisen työtä. Muistilista ja Isbar raportointimalli on tehty taskukokoisena mallina. Tämän opinnäytetyön tuloksena on malli, Pdca kierre Lean näkökulmasta katsottuna.

---

Kieli: Ruotsi Avainsanat: odotusaika, Lean, virtaustehokkuus, muutostyö, valmentava ja transformatiivinen johtajuus, potilastyytyväisyys, potilasturvallisuus, virtausjärjestelmä, magneettisairaala ja Isbar.

---

## **MASTERS'S THESIS**

Author: Marina Valkeapää and Ann-Charlott Welander

Degree Programme: Master's Degree Programme in Social and Health Care, Turku

Specialization: Development and Leadership

Supervisors: Tua Weckström-Lundell and Pia Liljeroth

Title: Emergency patient flow based on a Lean perspective

---

Date 24 September 2017

Number of pages 71

Appendices 23

---

### **Summary**

This thesis is a commission work and is based on a specific problem and is based on the writers' theoretical knowledge combined with the Raaseporin hospital's practical knowledge. This has been done as an action research and per the Lean Pdca principle.

The purpose of this thesis is to make the flow for the patient, taken into the emergency and follow-up ward, more flexible based on a Lean perspective on behalf of the Helsinki and Uusimaan healthcare district, Raasepori Hospital.

Action research has been done using a critical reflection where used evident empiricism has led to new knowledge. Also through the involvement of the staff at the emergency clinic and the emergency and follow-up ward, in a practical change work using, among other things, workshops and questionnaires. At the workshops, has been discussed, among other things, how the flow is now for the emergency patient who's going to be registered on the ward, how it should be and what needs and can be done to make the patient's flow to the ward smoother.

Through this thesis, a standardized approach, a checklist and Isbar reporting system, for emergency patients taken to the emergency and follow-up ward, have been introduced and implemented which has done the flow more effective for the patient. This project has also made an better understanding, communication and respect for each others work. Checklist and Isbar reporting model as pocket-sized schedules. This thesis resulted in a Pdca spiral a model for improvement work based on a Lean perspective.

---

Language: Swedish    Key words: waiting time, Lean, flow efficiency, change work, coaching and transformational leadership, patient satisfaction, patient safety, flow chart, magnitude hospital, Isbar.

---

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte .....	2
3	Bakgrund .....	3
3.1	Samjourens karaktär .....	5
3.2	LEAN .....	8
3.2.1	Slöseri.....	9
3.2.2	Ständig förbättring.....	10
3.2.3	5S.....	10
3.2.4	Lean ledarskap och medarbetarskap.....	11
3.3	Erfarenheter av Lean filosofin i vården.....	13
3.4	Magnetsjukhusmodellen och Lean filosofin .....	15
3.5	ISBAR .....	17
4	Utvecklingsmetod.....	18
4.1	Aktionsforskning teori .....	19
4.2	Aktionsforskning i praktiken.....	20
4.3	Insamling av data .....	20
4.4	Dataanalys.....	22
5	Förändringsprocessen.....	22
5.1	"Plan"-skede.....	25
5.1.1	Första kontakten med arbetslivet.....	27
5.1.2	Implementering av Lean filosofin .....	28
5.1.3	Kontakt med samarbetsparter .....	30
5.1.4	Bilda en Lean-projektgrupp.....	31
5.1.5	Workshop 1-Identifiera problemet .....	32
5.1.6	Resultat av workshop 1.....	34
5.1.7	Värdeflödeskartläggning, nuläge-önskat läge .....	34

5.1.8	Workshop 2.....	35
5.1.9	Fiskbensdiagram, rotorsak.....	36
5.1.10	Frågeformulär till samjourens personal.....	38
5.1.11	Resultat av frågeformulär.....	38
5.1.12	Workshop 3.....	39
5.1.13	A3 för problemlösning.....	40
5.1.14	Resultat av workshop 3.....	42
5.1.15	Effektiverad patientrespons.....	42
5.1.16	Mätningar innan förändring.....	45
5.1.17	Workshop 4.....	46
5.1.18	Checklista till avdelningen.....	46
5.1.19	ISBAR rapportering.....	47
5.1.20	Resultat av workshop 4.....	48
5.1.21	Ett nytt arbetssätt.....	48
5.2	"Do"-skede.....	49
5.3	"Check"-skede.....	53
5.3.1	Resultat av frågeformulär till samjourens personal efter testning av Lean arbetssätt, checklista och ISBAR rapportering.....	55
5.3.2	Resultat av frågeformulär för personalen på jour- och uppföljningsavdelningen efter testning av Lean arbetssätt, checklista och ISBAR rapportering.....	57
5.3.3	Resultat av effektiverad patientrespons.....	59
5.3.4	Ny mätning av medelvårdtider.....	61
5.4	Resultat i "Act"-skedet för utvecklingsarbetet.....	61
5.4.1	Standardisering av arbetssätt enligt Lean.....	62
5.4.2	Standardisering av checklistan.....	63
5.4.3	Standardisering av ISBAR rapportering.....	64
5.4.4	Visualisering.....	64
5.4.5	Ständig förbättring.....	64
5.4.6	PDCA-spiralen för förbättringsarbete.....	65
6	Kritisk granskning.....	67

7	Etiskt övervägande .....	68
8	Diskussion .....	69
	Källförteckning .....	72
	Bilaga 1 Triagens arbetsbeskrivning.....	1
	Bilaga 2 Schema över triageprocessen.....	3
	Bilaga 3 Arbetsbeskrivning för egenskötare.....	4
	Bilaga 4 Information om samjouren för patienter.....	7
	Bilaga 5 Tabell över valda artiklar .....	8
	Bilaga 6 Värdeflödeskarta över patientflödet nuläge .....	12
	Bilaga 7 Värdeflödeskarta över patientflödet önskat läge.....	13
	Bilaga 8 Fiskbensdiagram.....	14
	Bilaga 9 Frågeformuläret till samjourens personal om väntetider och förslag på åtgärder .....	15
	Bilaga 10 A3 för problemlösning.....	16
	Bilaga 11 Information åt personalen inför den effektiverade patient responsen. ....	17
	Bilaga 12 Följebrev till patienten angående den effektiverade patientresponsen i "plan" skedet.....	18
	Bilaga 13 Patientrespons blanketten .....	19
	Bilaga 14 Sammanställda svaren från effektiverade patient responsen.....	21
	Bilaga 15 Checklista. ....	23
	Bilaga 16 Den givna informationen åt skötarna inför testningen.....	24
	Bilaga 17 Den givna informationen åt läkaren angående Lean projektet. ....	27
	Bilaga 18 Använda frågeformulär för samjouren till "check" skedet. ....	29
	Bilaga 19 Använda frågeformulär för jour- och uppföljningsavdelningen till "check" skedet. ....	31
	Bilaga 20 Sammanställning av svaren på den effektiverade patient responsen i "check" skedet .....	32
	Bilaga 21 Smidigare flöde för samjournspatienten till jour- och uppföljningsavdelningen, enligt Lean arbetssätt .....	34
	Bilaga 22 Fickformat checklista och ISBAR rapporteringsmodell.....	35
	Bilaga 23 PDCA spiral modell.....	36

# 1 Inledning

Ofta hör man kommentarer om hur länge man måste vänta på jourpolikliniken och att man inte får någon information om någonting. Med jämna mellanrum kan man läsa om hur längden på väntetiderna ventileras i de sociala medierna. Alltid finns det inte enkel förklaring till långa väntetider som personalen kan påverka. Även om sjukskötaren är effektiv i vårdprocessen så kan det vara andra faktorer som stannar upp processen såsom att vänta på läkare samt undersökningar. Samtidigt finns det ett ökat fokus på att minska kostnaderna inom vården idag. Vården ska vara effektiv, verksamheten utvecklas ständigt och vården ska vara patientsäker utan att öka kostnaderna. Som ett led i att effektivera och utveckla verksamheten samt öka patientsäkerheten har allt flera inhemska och utländska sjukhus börjat arbeta med Leanfilosofin. Genom att tillämpa Leanfilosofin kan man göra mycket för att minska på väntetider, missnöje bland patienter och brist på information. (Dellve, Eriksson, Fredman & Engström, 2013, s. 142)

Målet för detta arbete är att göra flödet effektivare och smidigare med kortare genomgångstider för jourpatienten på samjouren och till avdelningen ur ett Leanperspektiv genom flödeseffektivitet, att skapa största möjliga värde för patienten, att minska slöseri till exempel väntetid och göra ständiga förbättringar i verksamhetens processer.

Leanfilosofin har till en början använts inom biltillverkningsindustrin men har på senare tid även blivit ett arbetssätt som används inom hälso- och sjukvården. Leanfilosofin har visat sig vara ett bra arbetssätt att använda sig av då det har visat sig skapa en mer effektiv och säker vård med mindre kostnader. Målet med Leanfilosofin är patientsäkerhet, effektivt patientflöde, kvalitativ vård och verksamhet samt personalens välbefinnande. Då arbetet löper och patienterna är nöjda så mår också personalen bra. (Mazzocato, Holden, Brommells, Aronsson, Bäckman, Elg & Thor, 2012, s. 9–12; Dellve, Eriksson, Fredman & Engström, 2013, s. 142; Lehvonen, 2016, s. 2). Detta är också orsaken till att vi vill använda Leanfilosofin i vårt utvecklingsarbete förutom att man fått goda resultat på olika sjukhus inom HNS där ena skribenten arbetar.

Examensarbetet är arbetslivsförankrat och som uppdragsgivare för detta arbete är HNS, Raseborgs sjukhus. Raseborgs sjukhus beställning var att få patientflödet effektivare från samjouren till jour- och uppföljningsavdelningen genom att utnyttja ett arbetssätt enligt



Leanfilosofin. Detta skall sen resultera i en Leanmodell, som kan användas t.ex. för de övriga avdelningarna på sjukhuset. Önskan var även att få ett bättre samarbete, kommunikation och förståelse för varandras arbete avdelningarna emellan. Utvecklingsarbetet har utförts tillsammans med en Lean-projektgrupp som bestod av sjukskötare från samjouren och jour- och uppföljningsavdelningen. Även samjourens avdelningsläkare involverades men kunde inte delta i projektet i den utsträckning skribenterna önskade pga minskad arbetstid. Den ena av skribenterna arbetar på samjouren och deltar 100% i utvecklingsarbetet i praktiken. Den andra skribenten som inte arbetar på samjouren får information om vad som pågår under hela processen på distans och handhar dokumenteringen av processen. Utvecklingsarbetet avgränsades att gälla jour- och uppföljningsavdelningen eftersom de får nästan 100% av sina patienter via samjouren.

HNS strategi innefattar bl.a. kvalitet, patientsäkerhet och att patienten är nöjd vilket även är en del av Lean. Enligt Mäkijärvi (2010, s. 32) skall organisationens vision, strategi, mål och Leankulturen stöda varandra. Vårdarbetet inom HNS styrs av magnetsjukhusmodellen. Det centrala inom magnetsjukhusprincipen är resultaten av patientens goda vård. För att uppnå dessa goda resultat behövs en skicklig och kompetent personal vars arbete stöds av ett gott ledarskap i fungerande strukturer. För att öka kvalitet och patientsäkerheten har man i detta examensarbete utvecklat ett standardiserat arbetssätt på jourpolikliniken för att förkorta väntetid samt göra flödet effektivare och smidigare till jour- och uppföljningsavdelningen, en checklista för patienten som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen samt ett nytt strukturerat rapporteringssystem, enligt Isbar modellen. För att uppnå målet har personalens erfarenhet och åsikter använts. (HUS 2015, s. 3; Vehviläinen-Julkunen, Miettinen & Haatainen, 2010)

I detta examensarbete är huvudmetoden aktionsforskning. Aktionsforskning utmärks av ett nära samspel mellan olika områden i en förändringsprocess. Dessa är bland annat handling - forskning eller praktik – teori. (Sandberg 1982, s. 81)

## **2 Syfte**

Syftet med detta examensarbete är att göra flödet för samjournspatienten, som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen, effektivare och smidigare utgående från ett Lean perspektiv. Även en Lean modell som kan användas inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt utarbetades. Att få ett bättre samarbete, kommunikation och förståelse för varandras arbete avdelningarna emellan genom detta utvecklingsarbete.

Frågeställningarna i detta arbete är: Hur gå till väga för att göra flödet för samjournspatienten smidigare? Hur skulle en modell för förändringsarbete enligt Lean filosofin se ut? Vilka faktorer påverkar att väntetiden är lång på samjouren? På vilket sätt kan väntetiden förkortas för jourpatienten och göras smidigare vid intagning till jour- och uppföljningsavdelningen? Kan en bättre kommunikation avdelningarna emellan och en bättre förståelse och respekt för varandras arbete uppnås genom att arbeta enligt Lean filosofin?

### **3 Bakgrund**

Patientflödet har alltid diskuterats och varit föremål för forskning på olika sjukhus. Speciellt har man poängterat längden på patientväntetiden. Hur länge patienterna får vänta för att få förflyttning från den ena avdelningen till den andra. (Ekelund, Kurland, Eklund, Torkki, Letterstål, Lindmarker & Castrén 2011, s. 9; Farrokhnia & Göransson 2011, s. 4; Considine, Martin, Smit, Winter & Jenkins 2006, s. 389)

Patienterna önskar få information om ungefärliga väntetider, vad de väntar på och varför. En väntetid på 30 minuter upplevs acceptabel men kan sällan förverkligas. En väntetid på 3 timmar förorsakar missnöje. En acceptabel väntetid på en jourpoliklinik är 2 timmar 30 minuter (Saarinen, 2007, s. 30). Att informera en gång i timmen om hur patientens ärende framskrider skulle vara idealet. Information under vistelsen på jourpolikliniken är viktig för patienttillfredsställelsen samt patienttryggheten. Om man med jämna mellanrum håller patienten uppdaterad kan det hända att hen förhåller sig mer positiv till väntetiden och inte känner sig bortglömd. Detta ger en känsla av trygghet. Patienten önskar information om sin vård och hur ärendet framskrider, skyndsamhetsordning, ungefärlig väntetid, om undersökningar som ska göras, diagnoser, sitt eget tillstånd och åtgärder. Informationen skall vara lättförståelig och på patientens eget modersmål. (Kiura & Mäkelä, 2012, s. 7–9; Romppainen, s. 7–9)

I det dagliga arbetet är det bra att komma ihåg att patienten har rätt till information om sitt tillstånd och sin vård. Tillräcklig information ökar patienttillfredsställelsen. I Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785 i 5§ Patientens rätt till information så har en patient rätt till att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingars betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och behandlingen och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten skall vårdas. En yrkesutbildad person inom hälso- och

sjukvården skall ge upplysningar på ett sådant sätt att patienten i tillräcklig utsträckning förstår innebörden av dem. Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av hörsel-, syn- eller talskada inte kan göra sig förstådd, skall tolk anlitas i mån av möjlighet. (Finlex 17.8.1992/785).

Annat som påverkar t.ex. patienttillfredsställelsen på en jourpoliklinik är patientens egen upplevelse om väntetiden, informationen, bemötande och miljön. Undersökningar visar att om informationen är tillräcklig, bemötandet gott och miljön trevlig så känns väntetiden inte så lång. Att ha en anhörig med sig gör också väntetiden mer acceptabel. (Kiura & Mäkelä, 2012, s. 9). Målet är en jourpatient som är nöjd med sin vård. Genom att utveckla processerna på jourpolikliniken kan man minska onödigt väntande, få genomgångstider kortare och på det sättet få patientens vård att löpa smidigare. Många gånger bedömer patienten sitt tillstånd mer skyndsamt än det verkligen är. Patienten förstår inte heller triagesystemet och kan uppleva alla akuta patienter som sköts före, som orättvist och uppleva väntetiden lång. Det är därför viktigt att patienten får tillräcklig information om tillvägagångssättet på en jourpoliklinik. Oro och osäkerhet gör att väntetiden känns lång. (Husari 2016, s. 30–31)

I en rapport av Socialstyrelsen i Sverige ökar väntetiderna årligen på jourpoliklinikerna. Detta beror enligt undersökningar på ökande och ojämna dygnsflöden, arbetssätt, bemanning och överbeläggning på avdelningar. År 2017 i februari, rapporteras en medelväntetid på 3 timmar 18 minuter och var tionde patient väntar 6 timmar 57 minuter eller längre på en jourpoliklinik. (Socialstyrelsen, 2017). Liknande rapporter och statistik på väntetider i Finland hittades inte i litteratursökningen skribenterna gjorde.

Det görs förändringar inom sjukhus för att förkorta väntetiden. Metoder som har framkommit i litteraturen är bland annat ”fast track”, involverande av läkare i triageteamet och fördelning av patienternas flöde beroende på deras behov samt uppgifter som specificeras för sjukskötare såsom t.ex. laboratorieprov osv. (Oredsson, Jonsson, Rognes, Lind, Göransson, Ehrenberg, Asplund, Castrén & Farrohknia, 2011, s. 7; Ruben & Widgren 2011, s. 342)

Muntlin Athlin, von Thiele Schwarz och Farrohknia (2013, s. 8) tar i sin forskning upp betydelsen av att använda sig av ett mångprofessionellt team på juren gör att patientsäkerheten ökar och det bidrar även till att även patientflödet blir mera flytande och

väntetiderna kortare. En annan lösning för att förkorta väntetider kunde vara att styra patientflöden så att man endast sköter patienter med jourmässigt vårdbehov på jourpoliklinikerna. (Saarinen, 2007, s. 30).

Inom HNS följer man upp strategiska nyckelmål och indikatorer för dem. Ett nyckelmål är att jourprocessen är effektiv, där det månatligen mäts patienternas genomgångstider på samjouren, både för de patienter som åker hem och de som skrivs in på avdelning. Målet är att 90% av patienterna som åker hem har en genomgångstid inom 4 timmar och för dem som tas in på avdelning är målet att 90% sköts inom 8 timmar. På Raseborgs sjukhus sköts 87,7% av dem som åker hem inom 4 timmar. Av de patienter som tas in på avdelning sköts 98,9% inom 8 timmar, vilket är över målet på 90% (HUSTOTAL 2017).

På Raseborgs sjukhus är medelvårdtiden för samjourpatienten som skall tas in på jour- och uppföljningsavdelningen 4 timmar 20 minuter enligt uppföljning under en 2 veckors period under hösten 2016. En orsak till detta kan t.ex. vara att en patient som ska tas in på jour- och uppföljningsavdelningen är klassificerad i triagen (mottagande skötare som gör bedömning av vårdbehov och skyndsamhetsordning) som en D-klass patient (ABCDE-klassificeringssystem beskrivs i kap 3.1) alltså patienten bör undersökas inom 2 timmar och är inte så akut sjuk utan man bedömer att patienten kan vänta. Alla akuta fall går före en D-klassificerad patient. Dessa faktorer är en delorsak till att väntetiden till avdelningen blir lång men knappast den avgörande orsaken. Andra åtgärder kan vidtas för att göra väntetiden till avdelningen drägligare. Och det är just det detta arbete ska behandla. Enligt (Social- och hälsovårdsministeriet 2014, s. 39) ska patienter som läkaren bedömt att ska tas in på avdelningen på eget sjukhus, komma till avdelningen inom 1 timme. De patienter som får fortsatt vård annanstans, ska komma dit inom 2 timmar, från det att beslut om den fortsatta vården gjorts samt rapport till vårdande instansen givits.

### **3.1 Samjourens karaktär**

Samjouren fungerar enligt en dörrs princip. Samjouren, som är i HNS, Raseborgs sjukhus regi, innebär att både primärvårdens och specialsjukvårdens akut sjuka patienter sköts på ett och samma ställe. Alla jourpatienter, kommer in genom samma dörr, både gående och med ambulans, alltså en dörrs princip.

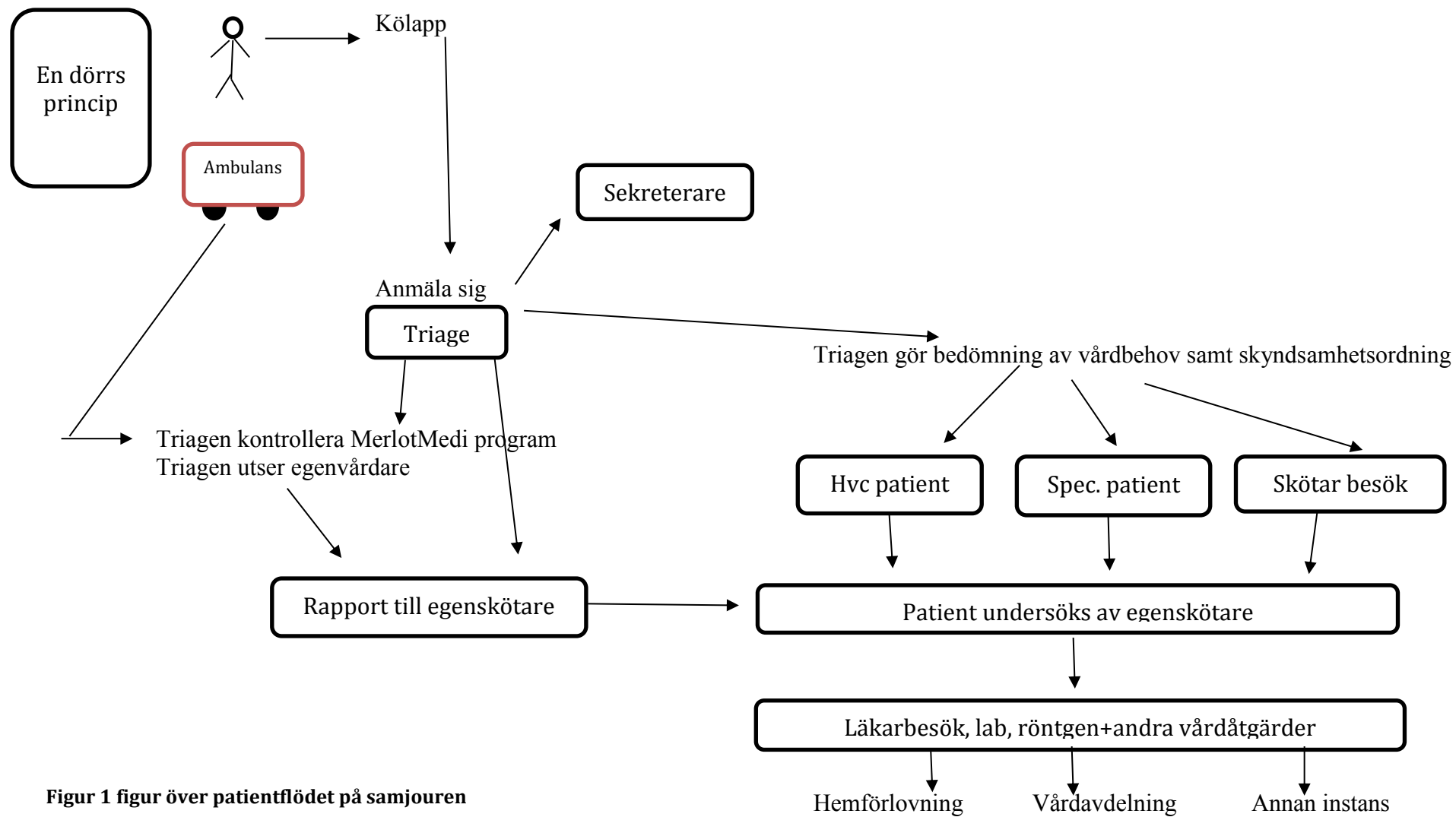
Gående patienter tar en kölapp till triageskötaren (mottagande sjukskötare som gör bedömning av vårdbehov och skyndsamhetsordning) för att anmäla sig och sekreteraren

som sitter i luckan bredvid kontrollerar patientens personuppgifter. Primärvårdens patienter har oftast en bokad besökstid efter att de ringt till samjourens telefonrådgivning. Triageskötaren gör en bedömning av vårdbehov samt skyndsamhetsordning; är patienten i behov av vård just nu, är hen primärvårdens patient eller specialistsjukvårdspatient, kan patienten vänta eller behöver egenskötaren ta emot patienten genast? Skyndsamhetsordningen bestäms utifrån ABCDE klassificering där A innebär att patienten genast sköts, B inom 10 minuter, C inom 1 timme, D inom 2 timmar och E betyder inte jour. Triageskötaren hänvisar patienten till rätt vårdställe, till primärhälsovården, specialistsjukvården eller till sjukskötaren och om triageskötaren bedömer att patienten inte är i behov av akut vård så ordnas det en tid inom 1–3 dagar till primärhälsovården. (Triageskötarens arbetsbeskrivning finns i bilaga 1)

Triageskötaren skriver in patienten på triagetavlan där det framkommer klassificering och skyndsamhetsordning, ankomsttid, specialitet, symtom och vem som är egenskötare. På tavlan dokumenteras dessutom undersökningar som görs samt patientens fortsatta vård. Alla ser triagetavlan och den uppdateras av egenskötare och vårdande läkaren. Då triageskötaren skrivit in patienten på tavlan rapporterar hen direkt till egenskötaren.

Då en ambulans kommer tar egenvårdaren, som triagen utsett, direkt rapport av ambulanspersonalen tillsammans med triageskötaren för att undvika dubbelrapportering, att ambulanspersonalen inte ska behöva ge rapport åt både triagesköterskan och sedan åt egenskötaren. En arbetsbeskrivning finns för triageskötaren samt schema för själva triageprocessen. (Bilaga 2)

Patienten tas emot så gott som genast, undersöks och sköts av egenskötaren (se arbetsbeskrivning för egenskötare, bilaga 3) och läkaren. Laboratorieprov och röntgenundersökningar beställs i samråd med läkare och behövliga vårdåtgärder görs under vistelsen på samjouren. Väntan blir oftast lång eftersom man behöver vänta på undersökningssvar och på beslut angående fortsatt vård. Från samjouren åker man hem, till vårdavdelning eller för fortsatt vård på annan instans. I triageväntsalen finns information för patienterna hur samjouren fungerar. (Bilaga 4)



Figur 1 figur över patientflödet på samjouren

## 3.2 LEAN

Lean är en heltäckande filosofi hur produktion av varor eller tjänster skall bedrivas på bästa möjliga sätt. Genom Toyotas framgångar har Lean fått en stor spridning och under de senaste åren har det väckt intresse inom vården. (Rognes & Svarts, 2015, s. 20).

Lean filosofin har till en början använts inom biltillverkningsindustrin men har på senare tid även blivit ett arbetssätt som används inom hälso- och sjukvården. Lean filosofin har visat sig vara ett bra arbetssätt att använda sig av då det har visat sig skapa en mer effektiv och säker vård med mindre kostnader. Målet med Lean filosofin är patientsäkerhet, effektivt patientflöde, kvalitativ vård och verksamhet samt personalens välbefinnande. Då arbetet löper och patienterna är nöjda så mår också personalen bra. (Mazzocato, Holden, Brommells, Aronsson, Bäckman, Elg & Thor, 2012, s. 9–12; Dellve, Eriksson, Fredman & Engström, 2013, s. 142; Lehvonen, 2016, s. 2)

Inom Lean är teamarbete viktigt och det är personalen som kommer med idéer och förslag och förverkligar arbetet. Ledaren sätter ramar, visar vägen, möjliggör utveckling och ger utrymme för personalen. Viktigt är också att få bort inrutade rutiner. Ledarskapet i Leanfilosofin är coachande. Viktigt inom Lean är också att alla förbinder sig till det. En nöjd personal producerar nöjda patienter och tvärtom. I dagens sjukvård är hela personalens mål att ge patienten bästa möjliga vård med de resurser som finns att tillgå. Lean ger olika verktyg för att arbeta strukturerat och nå dessa mål. (Rognes & Svarts, 2015, s. 21)

Att implementera lean är inte att införa enstaka principer och verktyg för förbättring utan man måste se det som ett förhållningssätt där införande av en grundläggande strategi och värderingar där patientvärde och flödeseffektivitet är centrala begrepp. (Rognes & Svarts, 2015, s. 20)

Lean är inget verktyg, utan en filosofi som i grund och botten handlar om att tänka på ett visst sätt för att uppnå hög kvalitet till minsta möjliga kostnad. Som hjälp till det tankesättet finns ett antal verktyg som hjälper till att visualisera hur man ligger till i produktionen. (Larsson & Korjonen, 2013, s. 19)

### 3.2.1 Slöseri

Lean strävar mot korta ledtider och hög produktivitet. Lean är inte en metod som man kan tillämpa för att sedan vara klar utan det handlar om ett sätt att förhålla sig till sin verksamhet. Förhållningssättet har sin bas i strävan att eliminera slöseri i alla dess former. Slöseri innebär allt som inte ger mervärde för patienten. Inom Lean är patienten i centrum och i fokus för allt förändringsarbete. (Braun & Kessiakoff, 2012, s. 21; Liker, 2011, s. 28–29; Powell, Ruschmer, & Davies, .2009, s. 271)

Inom Lean beskriver man 8 former av slöseri 1) Överproduktion: utreda fler patienter än vad man kan ta hand om och behandla, att utföra fler uppgifter, producera mer eller tidigare än vad det behövs, ta onödiga laboratorieprov, ha sängar lediga för säkerhets skull. 2) Väntan: vänta på prover, material och personal, att vänta på att något ska hända. 3) Transport: transport av patienter och prover, onödiga transporter av material. 4) Överarbete: dubbeldokumentation, att lägga ner mer arbete än patienten kräver, att fråga patienten om samma information flera gånger. 5) Lager: material som väntar på att bli använt, vårdköer, att lagra eller spara mer än nödvändigt. 6) Rörelse: långt mellan avdelningar, leta efter material, onödiga förflyttningar och rörelser vid utförandet av sina arbetsuppgifter. 7) Omarbete: Produktion av defekta produkter: felregistrering, felbehandling, att korrigera fel, omarbeta eller komplettera ofullständigt material. 8) Outnyttjad kompetens: beslutsrätt baserad på hierarki istället för enbart kompetens, att inte fullt ut ta tillvara den kunskap, kreativitet, erfarenhet som personalen i organisationen har., att inte tillvarata kunskap om hur arbetsuppgifter kan utföras på ett smartare och bättre sätt (Petersson et al. 2012, s. 25; Braun & Kessiakoff 2012, s. 21; Liker, 2011, s. 28–29; Powell, Ruschmer, & Davies, 2009, s. 271)

Utöver de ovannämnda 8 typerna slöseri, beskriver Braun & Kessiakoff (2012, s. 23) i sin bok, *Introduktion till Lean- grundläggande tanke- och arbetsätt*, ännu specifikt ledarens uppgift i att eliminera slöseri:

9) Variation i efterfrågan, för att undvika ett ojämnt kapacitetsbehov. Att minimera stress i verksamheten bland annat genom att försöka se till att svängningar som ger onödiga arbetstoppar minimeras, alltså skapa förutsättningar för ett jämnare flöde. Detta innebär att en person i gruppen inte ska vara överbelastad med jobb och de andra ha lättare jobb 10) Fel resurs på fel plats, ledaren behöver se till att verksamheten har rätt mängd resurser och med rätt kompetens, alltså rätt man på rätt plats. (Braun & Kessiakoff, 2012, s. 23)



### 3.2.2 Ständig förbättring

Ständiga förbättringar innebär att allting alltid kan bli lite bättre, en strävan om att bli bättre, att utvecklas. Allt ska fungera och det skall finnas rätt kompetens på rätt plats som gör saker i rätt tid. Det handlar om att ha en välfungerande flödeskedja. Man strävar efter noll fel i utförda tjänster och produktion. Detta är kvalitetsarbete, hög kvalitet ger bättre lönsamhet. Till denna princip finns ett antal verktyg som man kan använda för att upptäcka fel och brister i tid. Att eliminera slöseri är ett sådant verktyg. I alla processer finns det sådant som är onödigt t.ex. förrådet är stökigt, man utför onödiga kontroller eller blanketterna man använder är otydliga. Många sådana saker tar onödig tid och kan sänka kvaliteten i tjänsten. Inom Lean filosofin är det viktigt att ledaren går ut på avdelningen och se med egna ögon hur arbetet löper, att träna aktivt i att skapa förståelse för hur slöserier ser ut samt införa metoder som löser själva orsaken till problemet, inte bara symtomen. Att ta itu med problem genast de uppstår och lösa dem är viktigt. Teamarbete principen innebär att ha en riktning och gemensamma mål att sträva efter samt förstå hur hela processen ser ut. För att det ska fungera krävs respekt för människan. Vi ska respektera alla människor omkring oss, medarbetare, ledning, kunder, samarbetspartners och förstås oss själva. Om vi förstår och respekterar varandra så klarar vi av att arbeta i team. Genom ett genuint intresse för varandra uppstår det ömsesidiga lärandet. (Larsson & Korjonen, 2013, s. 13–16)

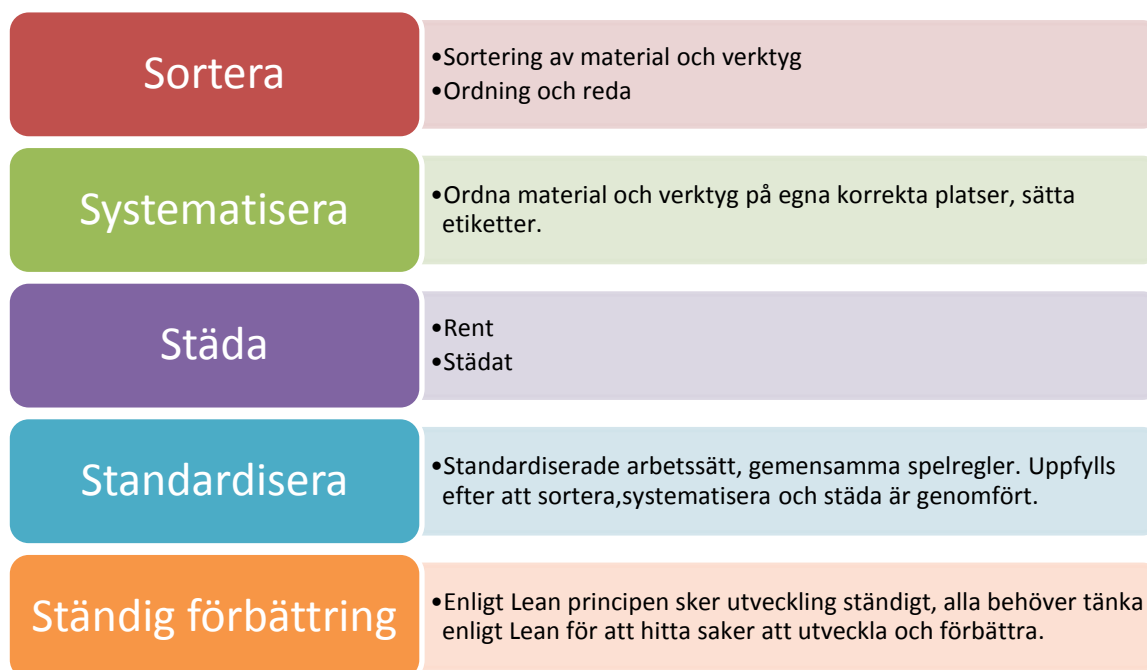
Ständiga förbättringar inom Lean innebär att man hela tiden strävar efter att förbättra verksamheten ur patienternas perspektiv genom att ifrågasätta aktiviteter och arbetsmoment i en verksamhet. Målet är att fokusera på aktiviteter som är värdeskapande och att identifiera och ta bort olika typer av slöseri. (Runebjörk & Wendelby, 2013, s. 32)

### 3.2.3 5S

5S är ett verktyg för ständig förbättring. Ett lean verktyg som går ut på att skapa en välorganiserad arbetsplats där var sak har sin plats som alla känner till och alla vet vad föremålen används till. *Sortera* handlar om att allt material och alla verktyg på arbetsplatsen, stället sorteras för att skapa en överskådlighet över vilka föremål som finns samt för att se vilka som används ofta och mer sällan. Det som inte används kastas eller sätts undan så att det vid behov sedan hittas. *Systematisera* innebär att föremålen placeras på sin korrekta plats så att de är lätta att hitta och är placerade i anslutning till arbetet. Hyllor, lådor osv förses med etiketter så man snabbt ser vad som finns där. *Städa* innebär

att hålla ordning på sakerna så att det ser rent och städat ut. *Standardisera* innebär att arbetssättet standardiseras för att kunna ha ett kontinuerligt förbättringsarbete med sortering, strukturering och städning, gemensamma spelregler. Standardiseringen uppfylls då de 3 första S:n är genomförda. *Ständig förbättring* innebär att hela arbetsgruppen ska arbeta tillsammans enligt det nya arbetssättet. Alla behöver tänka enligt lean för att lyckas med detta och att man hela tiden försöker hitta saker att utveckla och förbättra. Alla 5S syftar till att organisera arbetsplatsen för att minska den tid som inte ger något värde för patienten (Lehvonen, 2016)

Ordning och reda gör det lättare att synliggöra flödena. Med metoden 5S är var sak på sin plats, lätt att hitta och verksamheten är lätt att överblicka. 5S används också på många sjukhus och avdelningar även om man inte implementerat Leanfilosofin, t.ex. förråd, åtgärdsåtgärder planeras enligt 5S metoden (Braun & Kessiakoff, 2012, s. 33)



Figur 2 5 s:n. enligt Lehvonen 2016

### 3.2.4 Lean ledarskap och medarbetarskap

Inom Lean är det fem grundprinciper som behövs för att lyckas; medarbetarnas engagemang, standarder, inbyggd kvalitet, korta ledtider och kontinuerliga förbättringar. Medarbetarnas engagemang är mycket viktigt. Medarbetarna är experter och de kan och skall ta initiativ till förändring och utveckling av verksamheten. Cheferna har en coachande

roll och skall genom att ställa frågor uppmuntra dem. Genom att komma överens om standarder kommer alla att göra arbetet på samma sätt och detta kommer att resultera i samma resultat. Detta innebär att kollegerna när som helst kan hoppa in i varandras arbete och alla vet vad alla gör. Det blir nästan omöjligt att göra fel om man har rutiner, processer och produkter. Minskning av ledtiderna blir det då medarbetarna blir medvetna om hur arbetsprocessen går till. Samtidigt framkommer de aktuella problemen och de åtgärder som är tidskrävande och vilka förändringar som behöver göras för att effektivisera arbetsprocessen. Syftet med Lean filosofin är att vara konkurrenskraftig. Man skall klara uppdraget och bli bäst på det. Det behövs ett kontinuerligt arbete med förbättringar för att kunna hålla en stark position och vara effektiv. (Braun & Kessiankoff, 2012, s. 42–43)

Grundläggande principer inom Lean filosofin är respekt för människan, att man respekterar patienter, medarbetare, samarbetspartners och andra människor. Denna princip kräver att alla medarbetare är involverade, engagerade, hörda och lyhörda och att alla försöker hitta nya sätt att skapa värde för patienten. Alla jobbar med att utveckla verksamheten, att minska slöseri och ojämn belastning. Viktigt är att lyssna på personalen eftersom de är experter på sitt arbete. Förbättringsförslag ska komma från dem som jobbar med patienten. (Runebjörk & Wendelby, 2013, s. 28–29)

I Lean filosofin finns inga syndabockar utan man lär sig av misstag och att se misstagen som en möjlighet att lära sig mer. Skapa en trygg och öppen miljö vilken skapar minskade problem, färre fel, ökad produktivitet och högre engagemang. När personalen känner sig trygg, att deras kunskaper, erfarenheter och idéer värdesätts vågar de ta ansvar. I Leanfilosofin är ledaren mera en coach (Braun & Kessiakoff, 2012, s. 35)

Ledarskapet är en mycket central del i hur väl Lean produktion lyckas. Ledarskapet måste skapa en kultur med värderingar såsom öppenhet, ömsesidigt förtroende, lagarbete, kundfokus och utbildning. Ledaren måste finnas till hands, vara synlig. Genom att delta i det dagliga arbetet och ställa frågor, lyssna och framför allt agera på det man får reda på, uppnås ett förtroende. En viktig princip i Lean och i förbättringsarbete är att betona allas ansvar för sitt eget arbete, alla är involverade och ansvariga för resultatet av sitt eget arbete. För ledaren innebär det att genom delegering av ansvar och befogenheter, involvera alla medarbetare. Viktigt är också att arbeta med system för förbättringar och att skapa fokus genom lokal mätning, uppföljning och återkoppling. (Rognes & Svarts, 2015, s. 20)

### 3.3 Erfarenheter av Lean filosofin i vården

Inom HNS har man börjat med Lean år 2009 och varit en föregångare inom Lean-utveckling. Först implementerade man Lean på HNS röntgen och -laboratorieavdelningar och så småningom också i det kliniska arbetet främst i Helsingforsområdet såsom jourpolikliniker, medicinska avdelningar samt ortopediska avdelningar. De senaste Leanprojekten har förverkligats på ögonkliniken och på det nya barnsjukhuset. I samband med att jourpolikliniken vid Jorvs sjukhus flyttade till nya utrymmen i januari i år 2016 har man implementerat Lean filosofin i verksamheten. Även i andra länder har Lean filosofin provats ut och visat sig vara effektiv. (King, Ben-Tovim & Bassham, 2006, s. 397; Fairbanks, 2007, s. 81; Mäkijärvi, 2010, 71–73; Jonsson, 2010, s. 144–145; Mazzocato, Holden, Brommels, Aronsson, Bäckman, Elg & Thor, 2012, s. 10-12; Bendel 2015, s. 112-113)

På Jorvs sjukhus, som sköter 140 jourpatienter per dygn, observerade man oklara processer, långa väntetider, brist på personal och missnöjda patienter. Patienten kunde vänta upp till en timme på att få träffa triageskötaren, akuta patienter kunde missas i kön. År 2012 började man tillsammans med en mentor samt personalen på juren att, bit för bit, med hjälp av Lean filosofin, bena ut hur man kunde göra patientflödet till triageskötaren effektivare. I värdeflödesanalysen man gjorde märkte man att det går mycket tid till anmälningen, då både skötaren och sekreteraren sitter vid samma lucka. Efter testning av önskat läge där sekreteraren satt vid en skild mottagningslucka, så att skötaren kunde ta följande patient i kön så länge sekreteraren kontrollerade patientuppgifter, minskade väntetiden till triageskötaren märkbart. Från att i medeltal varit 10 minuter 29 sekunder så minskade den till 1 minut 35 sekunder. Den längsta tiden på 30 minuter minskade till 5 minuter och 13 sekunder. Efter detta kom 70% av patienterna till triageskötaren på mindre än 10 minuter. Målet är 95%. (Mäkijärvi, 2010, s. 70–73) Att göra vården smidigare till medicinska avdelningen har också utvecklats på Jorvs sjukhus enligt Lean filosofin. Jorv hade samma problem som Raseborgs sjukhus samjour, att flödet avstannade på grund av att patienterna var tvungna att vänta på att tas in på avdelningen. På jourpolikliniken blev väntetiden lång, man väntade på undersökningssvar, skötaren hade hand om många sjuka patienter på en gång och kanske inte hann föra patienten till avdelningen. På avdelningen hade man inga platser, personalen hade skiftbyte eller rapport så att de inte hann ta emot patienten. Målet för förbättringsarbetet var att patienterna borde få komma till avdelningen inom 30 minuter efter att man ringt rapport. Patienter som hemförlovas från avdelningen borde skrivas ut före klockan 13, vilket inte förverkligas eftersom primärhälsovårdens

bäddavdelningar inte tar emot patienter eller på grund av att anhöriga hämtar hem sina patienter sent på eftermiddagen. Projektet pågår ännu och man är aktiv på Jorvs sjukhus med att kontinuerligt förbättra processer också på andra avdelningar. (Lehvonon, 2016, s. 20)

Ett Leanprojekt på Peijas sjukhus förverkligades 2013, på en avdelning med 35 platser där patienterna huvudsakligen kom från jourpolikliniken och intensifierade övervakningen. Utmaningen var ständigt nya läkare, ett icke fungerande teamarbete, otillräcklig kommunikation samt långa ronder så hemförlovingen skedde sent. Peijas sjukhus Leanprojekt gick ut på att hemförlova patienterna tidigare, för att lätta på trycket på jouren, så att man får in patienter och för att minska avdelningens arbetsbörda. Då projektet började hemförlovades 50% av patienterna efter klockan 15 och bara 10% före klockan 13. Genom 5S inom Lean filosofin- rätt saker på rätt ställe och ordning så har skötarna mer tid för patienterna. Ständiga förbättringar togs i bruk och man ändrade på rondsystemet. Det togs i bruk läkar-skötare team, ronderna gjordes i 2 skift, först rondade man de patienter som eventuellt ska hemförlovas och då kunde man börja förbereda, t.ex. laboratorieprov och andra undersökningar som jourprov så att de var snabbt klara. Det gjordes mätningar av utskrivningstider. Lean filosofi arbetet resulterade i att 30% hemförlovades före klockan 13 och bara 20% efter klockan 15. (Mäkijärvi, 2010, s. 73–74)

Enligt studier (Högfelt, Sjögren & Weimarsson, 2011) är Sverige långt före Finland med Lean utveckling inom hälso- och sjukvården. I studien undersökte man hur utbrett Lean filosofin är inom svensk sjukvård och i vilken omfattning sjukhus i offentlig regi arbetar med metoden. Resultatet visar att 90 % av svenska sjukhus i offentlig regi arbetar med Lean filosofin i någon omfattning och på de sjukhus som arbetar med Lean filosofin använder 47% av sjukhusets avdelningar metoden (Högfelt, Sjögren & Weimarsson, 2011) Trots att Sverige är före Finland inom Lean utvecklingen så börjar nog Lean filosofin sprida sig i rask takt även här i Finland.

På Catio S:t Görans sjukhus i Stockholm, Sverige hade de sitt första Leanprojekt år 2005. Sjukhusets grundläggande verksamhetsfilosofi grundar sig på Lean och omfattar hela verksamheten. Väntetiden för patienterna på dag- och kvällstid hade minskat med 33% och 50% och patienter som behandlades inom fyra timmar ökade till 90% från tidigare 50%. Förändringen började med ett krisläge år 2004 då akutmottagningen fick ta emot dubbelt så många patienter som den hade kapacitet för. Personalen granskade då patientflödet och såg att stoppet fanns i inledningen av processen då patienter väntade på att få träffa läkare och

vid utflödet hem eller till vårdavdelning. Man beslöt att testa ett sätt som kallas streaming idag, ett team med en senior läkare för initial bedömning av patienten (triage). Fokus var framförallt på att identifiera slöseri och eliminera arbetsmoment som inte skapar värde för patienten. På S:t Görans har man anpassat bemanningen för att matcha inflödet, färre vårdteam på förmiddagen, flera vårdteam mitt på dagen och sen igen trappas bemanningen ner mot kvällen. (Rognes & Svarts, 2015, s. 27)

På Danderyds sjukhus i Stockholm, Sverige, implementerade man Lean 2009. Där pågick sedan året innan ett förändringsarbete för att nå målet om att handläggningstiden från dörr till dörr skulle vara under fyra timmar. Den första förändringen var att tillsätta ett team som innefattade en specialläkare för initial bedömning av patienter. Arbetet utvidgades sen till att omfatta Lean filosofin med fokus på ständiga förbättringar. (Rognes & Svarts, 2015, s. 28)

På Astrid Lindgrens sjukhus i Sverige som är ett barnsjukhus undersöktes Lean inventioner på jourpolikliniken, hur man hade implementerat Lean och hur det hade lyckats. Resultatet av undersökningen visade att förbättring av väntetider och ledtider uppnåddes under den två-åriga uppföljningen genom att göra ändringar i medarbetarnas roller, personalresurser och tidtabeller, kommunikation och koordinering, arbetsutrymmen och problemlösning. Dessa ledde till standardiserade arbetssätt, bättre samarbete, ett flöde som inte avstannar och man tog tag i problem genast då de uppkom. Slutsatsen var att med Lean interventioner kan förbättringar göras i hälso- och sjukvården. (Mazzocato et al, 2012, s. 4–12)

Lean sjukhusens vision är spännande. Hälften mindre fel dvs; färre komplikationer och sjukhusinfektioner, kortare väntan och vistelse på sjukhus, färre personalbyten, mindre kostnader, bättre utrymmen och färre klagomål från patienter och personal. Målet är att vara perfekt och att hela organisationen omfattar Leanfilosofin. (Mäkijärvi, 2010, s. 92)

### **3.4 Magnetsjukhusmodellen och Lean filosofin**

Inom HNS arbetar man enligt magnetsjukhusmodellen. Magnetsjukhusmodellen och Lean filosofin har en del samma tankegångar men avvikelser finns. Magnetsjukhus kräver ett förändringsledarskap vilket kräver en närvarande ledare som involverar och inspirerar andra såsom i Lean filosofin. Både inom Lean filosofin och magnetsjukhusmodellen skall ledaren kunna identifiera förändringsbehovet och kunna skapa en vision för att kunna

genomföra förändringen med hjälp av inspiration. Ledaren skall kunna genomföra förändringen med hjälp av personalens engagemang. Magnetsjukhusestsmodell och Lean filosofin betonar betydelsen av personalens ansvar och involverande och att alla ansvarar för arbetsresultatet. Den största skillnaden mellan metoderna är att med magnetsjukhusmodellen tänker man i större vidare banor och gör gemensamma värdegrunder och planer på ledarnivå och lyfter fram trivseln på arbetsplatsen och en fungerande arbetsplats och på det sättet ökar patientsäkerheten och nöjdheten. Medan inom Lean filosofin sätter man upp mål och förändringarna sker på en lägre nivå. Förändringarna ska minska på slöseriet och ge mervärde för patienten. (Magnetsjukhusföreläsning 12.5.2017; Andersson & Joseffson, 2012; Rognes & Svarts, 2015, s. 20)

Begreppet magnet syftar på faktorer som drar till sig vårdare som gör ett gott vårdarbete och som i sin tur drar till sig patienter. Inom magnetsjukhusmodellen är principen resultaten av patientens goda vård. Inom magnetsjukhuset finns det fem centrala kriterier. Dessa är 1) fungerande ledarskap, 2) funktionell struktur, 3) kvalitativ yrkesmässighet, 4) ny kunskap innovationer och förbättringar och 5) goda resultat. Det transformativa ledarskapet är inspirerade, ger rum och tid för dem som bäst kan utveckla, förbättra och förändra. Den funktionella strukturen gör att alla vårdare kan påverka sin vardag. För att vården skall vara kvalitativ krävs en professionell verksamhet, bland annat utbildad, kompetent och professionell personal och ändamålsenliga utrymmen. För att få ny kunskap och kunna använda den, vara innovativ och genomföra förbättringar krävs ett ”out-of-the-box-tänkande”, ett tänkande över gränserna. Och den sista men inte minsta kriterien är ett gott resultat, nöjda patienter och vårdare. (HUS 2015 s. 3; Junntila 2015, s. 7–8; Magnetsjukhusmöte 10.5.2017; Mäenpää, Renholm & Simonen, 2014, s. 3).

Magnetsjukhusmodellen använder sig av evidensbaserad kunskap och i och med detta har det enligt forskning visat sig att patientsäkerheten har ökat, vårdkvaliteten har blivit bättre och byte av personal har minskat. (Magnetsjukhusföreläsning 12.5.2017)

Ledaren ska enligt magnetsjukhusmodellen planera strategiskt. Planera vårdens utveckling och dess påverkan. Ledaren ska vara synlig, kontaktbar och ledaren ska hålla kontakten. De får självständigt leda sin enhet och de får stöd från den högre ledningen men ska ändå vara disciplinerad då fastslagna beslut skall hållas. Ledarskapet ska baseras på kunskap och ledaren ska ha som målsättning att utveckla vården, metoderna ska motsvara organisationens behov. Det transformativa ledarskapet kan även vara ett delat ledarskap. En bra ledare inom magnetsjukhuset får personalen engagerad i utvecklingen och ledarens

roll är synlig vid utvärdering och mätning av resultat. Ledarskapet skall vara involverande och stödjande. (Mäenpää et al. 2014, s. 4–5)

Enligt det transformativa ledarskapet i magnetsjukhusmodellen är patienten och personalen i centrum. Ledaren ska stöda, kunna lyssna, kommunicera, utmana och påverka. Ledaren har en central roll för att föra ideologin för magnetsjukhuset vidare. Målen ska framkomma och metoderna för hur dessa ska uppnås. (Mäenpää et al. 2014, s. 6)

### 3.5 ISBAR

Social- och hälsovårdsministeriet (2014, s. 57) rekommenderar användning av ISBAR rapporteringssystem vid akuta och stressiga situationer, som vid rapporteringar inom prehospital akutsjukvård och inom jourverksamhet (bilaga 22)

Rapporteringssättet avdelningarna emellan, ISBAR, valdes att användas även hos oss, då några enheter inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt började använda det med goda resultat såsom strukturerad, enhetlig och patientsäker rapport då alla rapporterade på samma sätt. Rapporteringen används som grund då patienten tas in på avdelning. Man började systemet för att det fanns ett missnöje med otillräcklig rapportering till avdelningen. Isbar ger en enhetlig och patientsäker rapport om patienten till avdelningen (bilaga 22)

ISBAR står för I- *identify*, identifiering, man berättar vem man är och varifrån man ringer, patientens efternamn, kön och ålder. S-*situation* vad är problemet, B-*background* bakgrund står för grundsjukdomar, medicinering, allergier, klarar patienten sig självständig eller inte, ankomstorsak och patientens upplevelse av symtomen. A-*assessment*, nuläge står för beskrivning av vitala funktioner, vård och respons på vården. R-*recommendation*, rekommendation står för egen arbetsdiagnos och förslag till lösning på problemet utifrån de uppgifter man gett. Innan kommunikationen avslutas bör man ännu kontrollera om frågor finns och om mottagaren uppfattat allt och att man är överens. ISBAR kommunikationen är avslutad först när både sändare och mottagare har bekräftat åtgärden. (Rika, & Mustonen, 2014, s. 2–4)

ISBAR rapporteringssystemet är utarbetat inom flottan i USA under 1990-talet. ISBAR styr den som ger rapporten att samla informationen om patienten klart och koncist. Meningen är att man vid alla rapporteringstillfällen går kort och systematiskt igenom alla punkter. För lyssnaren underlättar Isbar mottagandet av rapporteringen och hen kan i slutet



fråga om något är oklart. (Gröndahl, Kauhanen, Soini-Koskinen, Koskinen, Karineva & Leonard, 2014, s. 3) Den som rapporterar enligt ISBAR ska tänka på att prata tydligt, ge lyssnaren en möjlighet att ställa frågor och kontrollera att hen blivit förstådd. Mottagaren skall lyssna aktivt, inte avbryta och frågor ställs vid slutet om någonting missats. (Kupari, 2012, s. 9)

En av de vanligaste bakomliggande orsakerna till tillbud och händelser inom vården är att det på ett eller annat sätt brustit i kommunikationen mellan personer eller olika verksamheter. God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. För att både avsändare och mottagare ska kunna skapa en gemensam förståelse av situationen ska kommunikationen vara fullständig, korrekt, avgränsad och komma i rätt tid. Med en fastställd struktur för hur kommunikationen och informationsöverföringen ska gå till, minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missförstås. En sådan struktur för kommunikation är Isbar. Enligt undersökningar har användningen av Isbar rapportering minskat avvikelserapporter och överflyttningen av patienterna har blivit mer effektiv och smidig (Kupari, Törmänen, Jantunen & Lunden, 2012; Rika & Mustonen, 2014, s. 5–6; Isotalo 2013, s. 22–24)

Inom HNS arbetar man aktivt med att ha enhetliga arbetssätt, att man jobbar på samma sätt och har samma direktiv på jourpoliklinikerna. ISBAR rapporteringssystem används på Jorvs och Mejlans sjukhus. Isbar har också länge använts inom ambulanssjukvården som ett konsultations- och rapporteringssystem.

Orsaken att vi i detta utvecklingsarbete tog i bruk ISBAR var att avdelningarna upplevde att rapporterna vid inskrivning av patienten var bristfälliga och på så sätt sänkte patientsäkerheten. Hur vi gått till väga framkommer i kapitel 5.1.14 och 5.1.19.

## **4 Utvecklingsmetod**

I detta lärdomsprov har huvudmetoden varit aktionsforskning. Aktionsforskning utmärks av ett nära samspel mellan olika områden i en förändringsprocess. Dessa är bland annat handling - forskning eller praktik – teori. (Sandberg, 1982, s. 81)

I och med att detta var ett beställningsarbete och har gjorts enligt aktionsforskningens principer och på ett sjukhus med involverande av personal har en stor del av informationen som använts kommit genom indirekt och direkt kommunikation med personal, ledare och

handledande lärare. Information och åsikter har fått bland annat genom direkt muntlig kontakt men även per epost.

#### **4.1 Aktionsforskning teori**

Speciellt inom vården används aktionsforskning som metod då aktionsforskning innebär en kombination av teoretisk kunskap och praktisk kunskap och detta leder till ett resultat, en handling. Som kännetecken inom aktionsforskning är att under arbetet förs ett samarbete mellan skribenterna och de verksamma inom organisationen. En aktionsforskning baserar sig på en specifik situation eller ett problem. (Holter & Schwartz-Barcott, 1992, s. 303)

Inom aktionsforskning används olika verktyg såsom dagboksskrivande, observationer osv. En aktionsforskning görs stegvis. Först börjar en förändring planeras utgående från ett specifikt problem eller tillfälle. Någon förändring planeras utgående från erfarenheter och tankar. Då planerna är gjorda utförs aktionen. Dessa handlingar observeras och data samlas in. Det resultat man får ses över och reflekteras över och fortsatta planeringar och förändringar görs. (Rönnerman, s. 6; Dychawy Rosner 2012, s. 27–28)

Inom aktionsforskning är förändring i fokus. Förändringen går ut på att både lösa ett problem men även att skapa kunskap om processer. Aktionsforskningen fortlöper enligt en cyklisk spiral där det resultat som utvärderas leder till fortsättning för vidare studier. Inom aktionsforskningen är personalens involverande av betydelse och deras deltagande baseras på samarbete och det leder till kompetensutveckling och gemensamt lärande. Aktionsforskning är ett försök att tillika skapa praktisk problemlösning och utveckling av teori. Inom aktionsforskning sker inte reflektionerna enbart på resultatet i största allmänhet utan dess målsättning är att skapa verkligheter. (Amundsdotter, 2010, s. 240–242)

Skribenternas roll/delaktighet som forskare inom aktionsforskningen är annorlunda än inom andra forskningsmetoder. Forskarens delaktighet inom aktionsforskningen innebär att denne är en förändringsagent. Forskaren har speciellt två roller inom aktionsforskning, forskaren ska komma med ny kunskap och tillika tillfredsställa övriga deltagares önskningar/mål. Aktionsforskningen ska resultera i en ny kunskap/nytt resultat som av andra öppet kan reflekteras, diskuteras och kritiseras. (Amundsdotter, 2010, s. 247)

Inom aktionsforskningen kan forskarna ha olika relation till de berörda (beställaren). Det finns fyra grundrelationer, mellan forskare och berörda. Dessa är att forska på, att forska för, att forska åt och att forska med. Gemensamt för alla är att de strävar till förändring.

D.v.s. forskningen skall bidra till en utveckling eller en problemlösning. Inom aktionsforskningen skall de positiva effekterna för de berörda betonas och även lärandets betydelse skall betonas. Aktionsforskarna ses som de mest aktiva och som åstadkommer ny vetenskaplig kunskap. Medan deltagandet från berörda oftast är mera begränsat, deras kunskap nås genom information, insyn, dialog, medarbete eller involvering. De räknas sällan som jämlikar i form av överenskommelser eller ett partnerskap. (Svensson, 2002, s. 9–10)

## **4.2 Aktionsforskning i praktiken**

Detta examensarbete är ett beställningsarbete och baserar sig på ett specifikt problem som här kommer att kombinera skribenternas teoretiska kunskap med Raseborgs sjukhus praktiska kunskap.

I förändringsarbetet som skedde praktiskt på Raseborgs sjukhus har skribenterna samarbetat med personalen. Aktionsforskning går ut på att koppla samman den teoretiska kunskapen med den praktiska kunskapen och det leder till en aktion som sedan reflekteras och utvärderas. Den teoretiska kunskapen har skribenterna erhållit genom benchmarking och genom att ordna föreläsningar och genom att vara involverad i alla skeden i detta förändringsarbete. Personalen har den praktiska kunskapen, om vilka arbetssätt och processer som används och vilken problematik som uppstår. Utgående från personalens erfarenheter och tankar, som samlades in genom enkäter, muntlig kommunikation, workshoppar och avdelningstimmar planerades ett nytt arbetssätt på samjouren Under en specifik tid används den nya checklistan och rapportering enligt Isbar varefter det utvärderades och reflekterades. Resultaten gick man igenom med personalen och fortsatt planering gjordes

## **4.3 Insamling av data**

Bakgrundsmaterialet för detta examensarbete har sökts i vetenskaplig litteratur, såsom olika elektroniska databaser, tidningar och böcker om Lean, ISBAR och Magnetsjukhus. Även HNS eget material har använts. Data om den evidensbaserade baskunskapen har samlats in genom enkel litteratursökning, sökningen har dokumenterats. Som sökord har använts, patient väntetider, patient flow, waiting time, emergency department, väntetid, Lean, patient flow emergency department och Lean patient flow. Elektroniska databaser som användes vid sökning av litteratur var Swemed+, Medic och Cinahl with full text

(Ebsco). Inklusionskriterierna var att allt material som valdes skulle vara i fulltext och kostnadsfritt och på sådant språk som skribenterna behärskar. Som exklusionskriterier var material publicerade innan 2006 och sekundära källor och material som inte direkt berörde vården. (Axelsson 2012, s. 203; Bell 2009, s. 83–88) Valet av artiklarna har gjorts genom genomgång av materialet och den data som ansågs var mest relevant valdes. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 30–32; Willman, Stolz & Bahtsevani, 2011, s. 39–40)

Artiklarna som valdes att inkluderas i examensarbetet presenteras i korthet, i artikeltabell i bilaga 5. Artiklarnas utvärderades kvalitetsmässigt enligt kriterier för evidens. Utgångspunkten var att randomiserade studier har högt bevisvärde, observationsstudier lågt och andra studier mycket lågt. Stark vetenskaplig evidens har evidens från metaanalys, systematisk översikt eller välgjorda och stora randomiserade kontrollerade studier. Måttlig evidens har evidens från små eller icke optimalt utförda randomiserade studier eller från studier utan randomisering såsom kohortstudier, fall/kontrollstudier och tvärsnittsstudier. Svag evidens har expertutlåtanden, konsensusrapporter, fallbeskrivningar och andra deskriptiva studier (Liljeroth, P, 2016, föreläsning 21.2.2016).

Indirekt och direkt data av personal har erhållits under avdelningstimmar, genom muntlig kontakt, i elektronisk form och under workshoppar och av samarbetsgrupper. Genom detta har fått information om hur gå till väga för att göra patientflödet smidigare och fått personalens åsikt om vilka faktorer som påverkar väntetiden och hur den eventuellt skulle kunna förkortas. Från samjouren och jour- och uppföljningsavdelningen har frivilliga engagerats och bildat en grupp som tillsammans arbetat och kommit fram med material om jourpatientens flöde till avdelningen. Data om medelvårdtiderna har erhållits från Raseborgs sjukhus, specialplanerare som tagit det från Cressida, ett uppföljningsprogram av nyckeltal inom HNS.

För att få både personalens och patienternas åsikter vilka faktorer som påverkar patientflödet och vadd som skulle kunna göras för att förkorta väntetiden användes i utgångsläge och läget efter förändringen frågeformulär. För personalen har det använts öppna frågor och för patienterna alternativfrågor. Till patienternas frågeformulär användes HNS eget patientresponsfrågeformulär. För att få så utförligt och mångsidigt resultat på personalens enkät valdes att användas öppna frågor. Frågeformulären har till patienterna delats ut för hand och de har fått lämna in dem anonymt i ett slutet kuvert. (Bell, 2016, s. 172)

Under hela lärdomsprovets gång har skribenterna fört dagbok och gjort observationer på sjukhuset. Det har även förts samtal med bland annat ledande inom sjukhuset och personal.Handledning har fått av både handledande lärare och andra med specialkunskap

#### **4.4 Dataanalys**

Litteraturen som valdes att använda till baskunskap, analyserades genom en allmän litteraturöversikt. Skribenterna beskrev och analyserade ett antal artiklar utan någon tydlig systematik i hur dessa hittades eller varför de inkluderas. Därför finns ingen kritisk granskning presenterad av de ingående artiklar. (Axelsson 2012, s. 203)

Den insamlade data av patientrespons blanketterna, med alternativfrågor, som delades ut till jourpatienten ( N=13) som skulle skrivas in på jour- och uppföljningsavdelningen, sammanfattades genom sammanställning enligt antalet per svarsalternativen. Genom denna sammanställning kunde skribenterna få fram det alternativ som hade valts mest och genom detta fått fram patienternas åsikt. Enkätresultaten av personalen analyserades i form av en innehållsanalys bland annat; genom att hitta likheter, skillnader och olika grupperingar. (Bell, 2016, s. 145–146, 244–246)

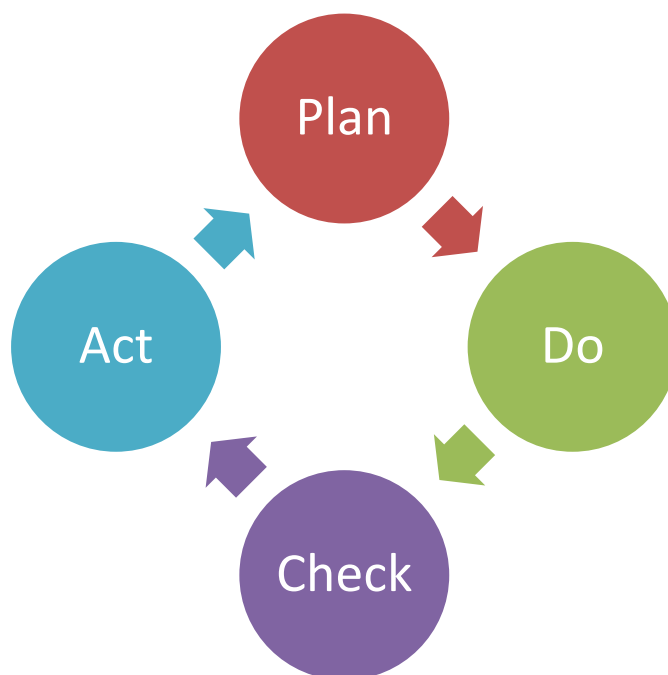
Data från samarbetsmöten och workshopar analyserades enligt kvalitativ analys, närmare bestämt innehållsanalys. Vad ville jour- och uppföljningsavdelningen skulle vara klart då patienten kommer till avdelningen, vad ansåg jourpoliklinikens personal (N=10) att skulle vara klart, vad kunde man göra för att minska väntetiden för patienten på jourpolikliniken, varför måste de vänta så länge, vad kan man göra för att få jourpatientens flöde till avdelningen smidigare.

### **5 Förändringsprocessen**

Detta lärdomsprov har gjorts enligt en aktionsforskning och Lean filosofins PDCA-modell för förändringsarbete. En aktionsforskning går enligt en spiral där först problematiken utreds. Då problematiken är klar sätter man upp mål och efter det görs en förändring som utvärderas. Resultatet av denna förändring leder till en ny utredning och problematik. Inom Lean görs först upp en plan där problematiken utreds och mål definieras. Därefter planeras en förändring som utvärderas och reflekteras denna kan även leda till utredning av ny problematik.

Enligt aktionsforskningen börjar en förändring planeras utgående från ett specifikt problem eller tillfälle. En eller flera förändringar planeras utgående från erfarenheter och tankar. Då planerna är gjorda utförs aktionen. Dessa handlingar observeras och data samlas in. De resultat man får ses över och evalueras och fortsatta planeringar och förändringar görs. (Rönnerman, s. 6; Dychawy Rosner 2012, s. 27–28)

PDCA-cirkeln för ständig förbättring i Lean filosofin består av Plan-Do-Check-Act och används som ett verktyg för att förbättra kvaliteten på vården. Under Plan-skedet planeras den förändring som ska göras och slutmål och delmål sätts upp för att tydligt kunna följa processen. Även en plan för åtgärder görs och planen utförs och en datainsamling görs som sedan används under hela processen. Under Do-skedet sker själva testningen på förändringen. Check består av att utvärdera resultatet av förbättringsarbetet och insamlade data. Act-skedet innebär utvärderingar av resultaten, standardiseras effektiva motargument, sprids goda arbetssätt, reflektioner om vilka förändringar som behöver göras innan arbetet på nästa cykel börjar (Lehvonon, 2016).

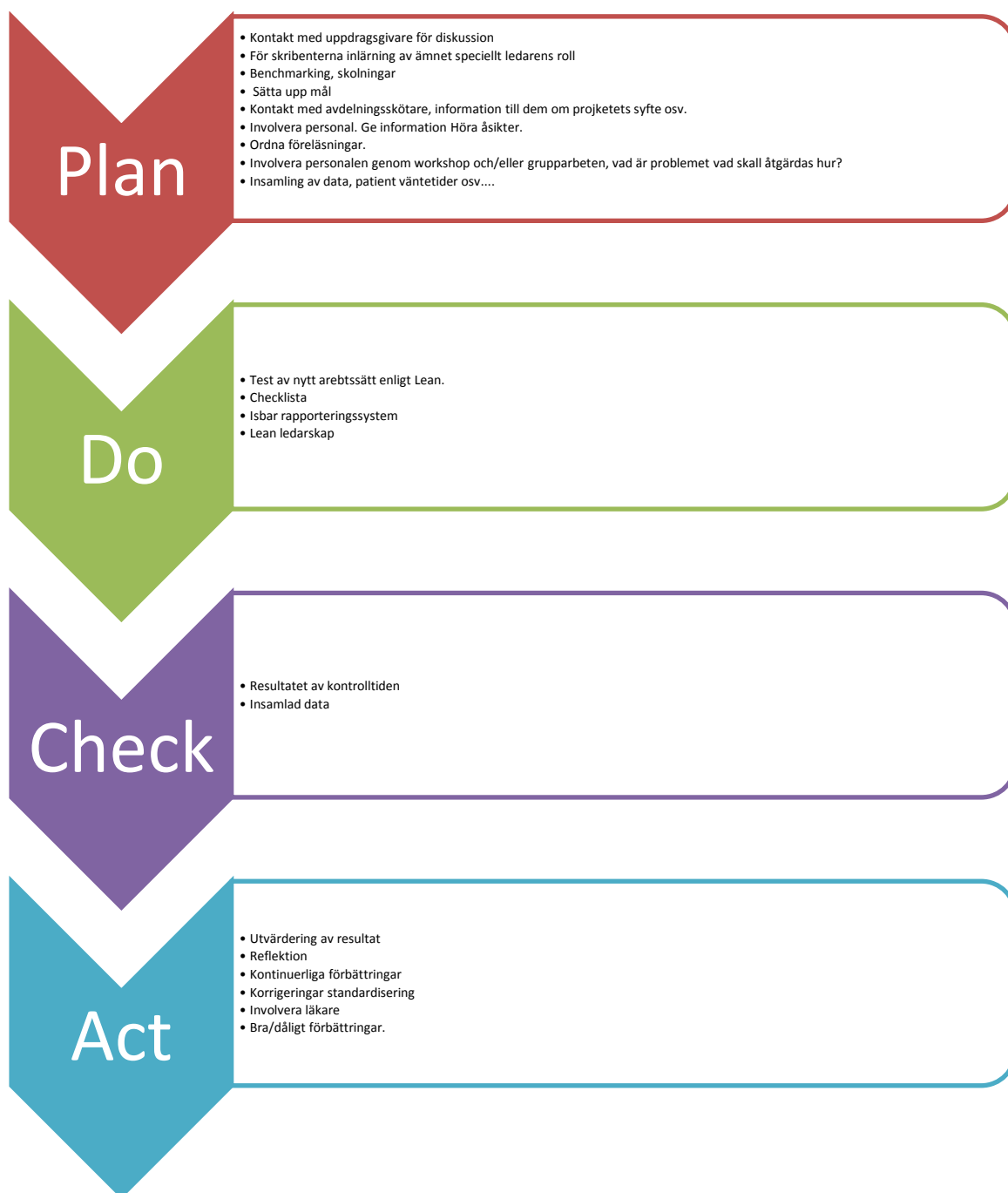


**Figur 3 PDCA-cirkel (Graban, 2012, s. 25-26)**

PDCA är en välkänd och generell förbättringsmetod som går att tillämpa i all förbättringsverksamhet oavsett om det gäller att förbättra processer, flöden eller ledarskap. Metoden utgör en cirkel som ger struktur åt förbättringsarbetet. PDCA-cirkeln utgår från en kontinuerlig utveckling och förbättring av verksamheten. Faserna kan genomföras som en stegvis framskridande process eller samtidigt överlappande så att man återgår till

föregående fas. Utveckling och kvalitetsförbättring är en cirkel som upprepas, vilket innebär att en ny planeringsfas följer i PDCA cirkeln och cirkeln fortsätter. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2014, s. 9) Ett förbättringsförslag kan gå flera varv i PDCA cirkeln och standarder kan avlösa varandra innan det känns klart. (Braun & Kessiakoff, 2012, s. 28–29; Peterson et al. 2012, s. 59)

I PDCA skedena syns aktionsforskningen tydligt. Aktionsforskningen baserar sig på att kombinera teoretisk kunskap med praktisk kunskap för att tillsammans uppnå en förändring. I plan skedet kombineras den teori som läses om Leanfilosofin, Magnetsjukhus och Isbar med den erfarenhet som skribenterna har tillsammans med personalen som i en aktionsforskning alltid ska involveras. Ett mål sätts, syfte med examensarbetet och detta leder som en spiral vidare till do skedet. I Do skedet kommer skribenternas Lean ledarskap fram, den involverande närvarande ledaren som både kan vara styrande och feedback givande, men den coachande ledare som får fram den kunskap som personalen har och kan använda den. På basen av insamlat resultat och personalens erfarenhet tillsammans komma fram till vilket problemet är. Detta leder till en gemensam förändring som förverkligas. Under förändringens testningstid använde skribenterna sig av sin teoretiska kunskap om Lean-ledarskap i praktiken. Skribenten leder och motiverar personalen till förändringen och ger feedback. I check skedet görs nya mätningar där skribenternas kunskap i analys av material kommer fram. Resultatet av detta utvärderas och jämförs med utgångsläget i act skedet där ny kunskap bearbetas och denna kan leda till nya målsättningar och förbättringar.



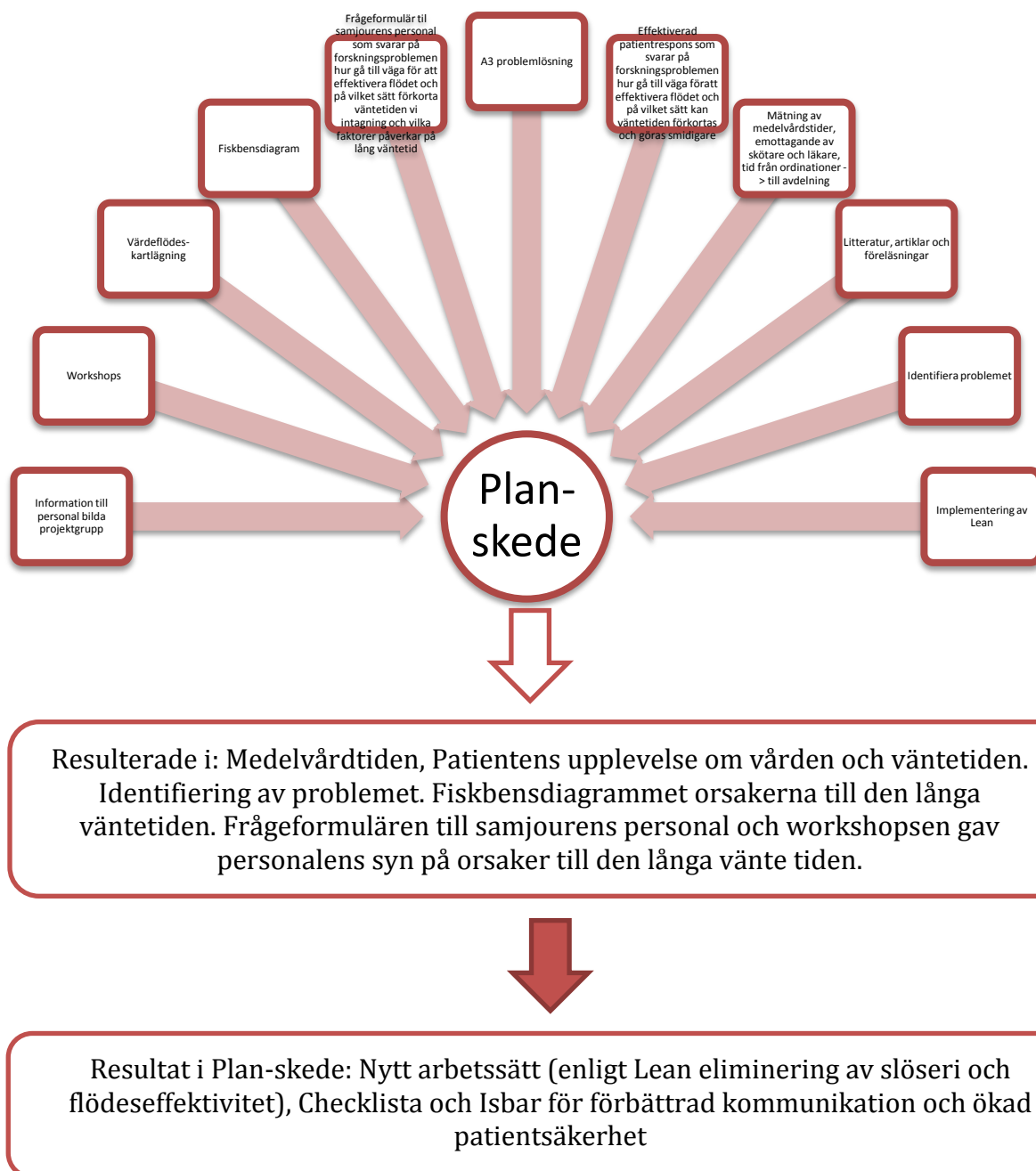
Figur 4 schema över aktionsforskningsprocessen.

## 5.1 ”Plan”-skede

Under Plan-skedet planeras den förändring som ska göras och slutmål och delmål sätts upp för att tydligt kunna följa processen. Under Plan skedet funderade skribenterna över vad man vill göra, vad man vill förbättra. Hur ser verksamheten ut just nu, varför är det som det är? Man söker de verkliga orsakerna till att problem uppstår. Leanfilosofin bygger på sunt förnuft och enkel logik. Inom Leanfilosofin är allas engagemang och delaktighet viktig. Det är personalen som skall komma med utvecklingsidéer och de skall vara med och



utveckla eftersom de är experter på sitt eget arbete. (Lehvonen, 2016) Vad fungerar inte, vad vill vi förbättra. Inom aktionsforskning börjar man även med att kontrollera vad är det specifika problemet eller situationen i samarbete med personalen. Inom aktionsforskning är den ständiga kontakten i praktiken av stor betydelse. (Holter & Schwartz-Barcott 1992, s. 303).



**Figur 5** Figur över hur plan-skedet påverkar utvecklingsprocessen.

Målet för detta arbete är att göra flödet effektivare och smidigare med kortare genomgångstider för jourpatienten på samjouren samt till jour- och uppföljningsavdelningen ur ett Lean-perspektiv genom flödeseffektivitet, att skapa största

möjliga värde för patienten, att minska slöseri till exempel väntetid och göra ständiga förbättringar i verksamhetens processer. Under plan skedet planeras vilka förändringar som skall ske och vilka målen är. Metoderna för hur dessa mål skall uppnås kommer att presenteras i Do skedet.

Arbetet i Plan skedet innehåller mera än att bara planera vad som ska göras. Det omfattar även att definiera behov, samla in data, urskilja och analysera nuläge, problem och att identifiera rotorsaken, genom att använda fiskbensdiagrammet, till problem (fiskbensdiagrammet beskrivs i kap 5.1.7). Rotorsaken är den egentliga orsaken till ett problem och för att identifiera det kan t.ex. metoden 5xvarför användas (fiskbensdiagrammet, beskrivs i kap 5.1.7). I planeringsfasen ska också målen ställas upp och en plan för aktiviteten bestämmas (A3 blankett beskrivs i kap 5.1.8). Vidare är kommunikation en viktig del av planeringsfasen, eftersom alla berörda behöver få information och möjlighet att påverka för att uppnå ett bra resultat. Om planeringsfasen är grundligt utförd är genomförandefasen lätt att förverkliga. Problemet är tydligt definierat, rotorsaken är känd och alla är väl medvetna om vad som ska göras. Det handlar alltså om att genomföra de aktiviteter som planen anger. (Petersson et al. 2012, s. 142)

### **5.1.1 Första kontakten med arbetslivet**

Väntetiden på jourpolikliniken har alltid varit ett problem som sänker patienttillfredsställelsen, kvaliteten och patienttryggheten. Patienterna väntar också alldeles för länge på att komma in på avdelningen från jourpolikliniken, alltså flödet avstannar och patienter väntar vilket inte ger mervärde för patienterna. Ofta är också patienterna missnöjda med att de inte får tillräckligt med information om vad som händer och hur deras ärende framskrider. Överflyttning till avdelning går inte heller alltid så smidigt. (Lehvonon, 2016; Romppainen, 2016; Kiura & Mäkelä, 2012, s.7-9; Ekelund, Kurland, Eklund, Torkki, Letterstål, Lindmarker & Castrén 2011, s. 9; Farrokhnia & Göransson 2011, s. 4; Saarinen, 2007, s 30; Considine, Martin, Smit, Winter & Jenkins 2006, s. 389)

I samband med andra projekt som just då pågick på samjouren föddes idén om att utveckla sjukhusets verksamhet att bli ännu bättre, kvalitativt, patientsäkert och att patienterna är nöjda och förstås också personalen, utgående från Leanfilosofin.

Skribenterna hade kontaktat ledningen inom Raseborgs i ett tidigare skede angående denna idé och de visste alltså om intresset för Leanfilosofin hos skribenterna då första mötet för planering av Lean utvecklingsarbetet ägde rum.

Raseborgs sjukhus önskade en kritisk granskning av processer och patientflödet från samjouren till avdelningen samt att ett samarbete med avdelningen kunde förbättra kommunikation avdelningarna emellan, förståelsen och respekten för varandras arbete. Raseborgs sjukhus önskade jour- och uppföljningsavdelningen som samarbetspartner eftersom de får så gott som nästan alla sina patienter via samjouren. Under denna första kontakt med arbetslivet kom vi fram till en arbetsrubrik; Att göra jourpatientens flöde till jour- och uppföljningsavdelningen smidigare utgående från ett Leanperspektiv. Ledningen önskade också att man reflekterar över hur magnetssjukhusmodellen för vårdarbetet, som är högaktuell inom HNS, tangerar vårt arbete och hur vi kan integrera den i vårt Lean utvecklingsarbete.

Inom HNS har s.k. Leancoachar utbildats i ca 3 år och skribenterna ansåg att det skulle vara viktigt för examensarbetet att ha möjlighet att få stöd i processen. Kontakt med två Leancoachar togs som hjälpte till att komma igång så att det blev rätt från början. Leancoacharna fanns sedan till hands under hela processen. Dessutom bekantade vi oss med Leanfilosofin genom litteratur, föreläsningar och skolningar och ena skribenten hade benchmarkat en jourpoliklinik på ett annat sjukhus inom HNS där man är föregångare inom Leanutveckling och har fått goda resultat.

### **5.1.2 Implementering av Lean filosofin**

Det första och viktigaste steget i ett Lean förbättringsarbete är att få personalen motiverad och att informera om vad som ska hända och på ett trovärdigt sätt förklara varför en förbättring behöver göras. Man bör förklara förbättringsbehovet så tydligt som möjligt till personalen. Hur man lyckas med att informera har stor betydelse för hur bra förbättringsarbetet lyckas. Hellre informerar man för mycket än för lite. Muntlig information är viktig så att personalen har möjlighet att ställa frågor. Viktigt är att man förbereder sig ordentligt för informationsmötena. Om man inte verkar helt säker på vad man pratar om så kan det i värsta fall sänka motivationen hos personalen, sänka personalens engagemang och skapa motstånd. För att skapa förtroende bör man snabbt kunna svara på frågor och inte verka osäker för då är förbättringsarbetet i risk att misslyckas (Pettersson, et al, 2012, s 138).

Det är viktigt att vid informationstillfället också diskutera igenom organisationens strategi, värderingar och mål eftersom Leanutveckling ska gå hand i hand med organisations strategi, värderingar och mål. Leanledaren bör föregå med gott exempel, ge stöd, fördela

ansvar och erbjuda någon form av belöning för ett gott utvecklingsarbete (Petersson et al. 2012, s. 149; Pöri, 2016, s. 49–50)

Grundläggande principer inom Leanfilosofin är respekt för människan, att man respekterar patienter, medarbetare, samarbetspartners och andra människor. Denna princip kräver att alla medarbetare är involverade, engagerade, hörda och lyhörda och att alla försöker hitta nya sätt att skapa värde för patienten. Detta är även ett syfte i detta utvecklingsarbete, en bättre kommunikation, förståelse och respekt för varandras arbete avdelningarna emellan. Alla jobbar med att utveckla verksamheten, att minska slöseri och ojämn belastning. Viktigt är att lyssna på personalen eftersom de är experter på sitt arbete. Förbättringsförslag ska komma från dem som jobbar med patienten. (Runebjörk & Wendelby, 2013, s. 28–29)

Medarbetarna är de som skall ta initiativ till förändringar och kontinuerliga förbättringar, de är experter på sitt jobb, berätta inte heller för dina medarbetare exakt vad de ska göra för då tar man ansvaret ifrån dem. Ordna möten med jämna mellanrum om eventuella ändringar i standarder t.ex. veckomöten. (Braun & Kessiakoff, 2012, s. 33)

I Leantänkandet och arbetssättet finns inga syndabocker utan man lär sig av misstag och att se misstagen som en möjlighet att lära sig mer. Skapa en trygg och öppen miljö vilken skapar minskade problem, färre fel, ökad produktivitet och högre engagemang. När personalen känner sig trygg, att deras kunskaper, erfarenheter och idéer värdesätts vågar de ta ansvar. (Braun & Kessiakoff, 2012, s. 35)

Då Lean är introducerat i en verksamhet påverkar och förändrar det organisationens verksamhet. Man går från att vara målresultatorienterat till process- och kundorientering. Man tänker inte mera på arbetsprocesserna som egna uppgifter utan som organisationens uppdrag. Detta innebär att man som ledare måste kunna se kopplingen mellan sin egen verksamhet till andras verksamheter och kunna se hur samarbete mellan olika verksamheter kommer att kunna tjäna patienten. (Runebjörk & Wendelby, 2013, s. 124–125)

I ett tidigt skede, då det blev bestämt att skribenterna skulle göra detta utvecklingsarbete inom ramen för sina studier så läste vi litteratur, forskning och erfarenheter av Lean inom hälso- och sjukvården för att på ett korrekt sätt kunna vidarebefordra kunskapen till samjourens och jour- och uppföljningsavdelningen. En avdelningstimme gick av stapeln i april 2016 i samjourens personalrum dit personalen hade kallats per e-post. I e-posten

framkom syftet, tidpunkt och plats. Skribenterna som var mötesledare berättade om de grundläggande principerna i Leanfilosofin och hur man praktiskt arbetar enligt Lean. Informationen gavs muntligt men också skriftligt, Det uppgjorda kompendiet om Lean lämnades på kaffebordet till påseende för personalen och efter avdelningstimmen skickades det också per e-post till hela personalen. Intresset var stort då hela 14 personer av samjourens personal (N=30) deltog. Många frågor ställdes om hur Lean fungerar i praktiken, en del hade hört ordet Lean men visste inte desto mer om det och andra hade aldrig hört om Lean. Skribenterna berättade också om planen, att göra ett utvecklingsarbete enligt Lean på samjouren men att det inte var klart ännu vad i vårdprocessen som skulle förbättras, dock fanns idén om väntetider redan då.

Personalen blev informerad om en föreläsning om Lean i maj 2016 där en av HNS Lean-coachar skulle föreläsa om hur man praktiskt arbetar enligt Leanfilosofin. Skribenterna informerade också om att en ny avdelningstimme om Leanfilosofin kommer att ordnas så fort man har utvecklingsobjektet klart.

Då skribenterna hade sin plan för utvecklingsarbetet klart hölls en avdelningstimme på nytt i maj 2016. Personalen kallades till avdelningstimme per e-post där det framkom syftet med avdelningstimmen, tidpunkt och plats samt material om Leanfilosofin skickades som bilaga. På avdelningstimmen deltog 8 av samjourens sjukskötare. Skribenterna introducerade planen för utvecklingsarbetet; att göra flödet smidigare för jourpatienten till jour- och uppföljningsavdelningen. Väntetiden på samjouren och samjourens processer skulle ses över och man skulle fundera på vad man kan göra för att minska väntetiden för patienten. Intresse för att delta i samjourens Leangrupp undersöktes och 5 sjukskötare var intresserade och anmälde sig genast till gruppen. Eftersom alla i personalen inte har möjlighet att delta i avdelningstimmar så skickades ännu en förfrågan om intresse att delta i Leangruppen men inga nya sjukskötare anmälde sig så det slutliga antalet i samjourens Leangrupp blev 5 sjukskötare. Material om Lean filosofin lämnades till påseende för personalen, bland annat planen för utvecklingsarbetet.

### **5.1.3 Kontakt med samarbetsparter**

Jour- och uppföljningsavdelningens avdelningsskötare kontaktades per e-post i augusti 2016. En plan för utvecklingsarbetet, material om Leanfilosofi och en förfrågan om intresse att delta i detta projekt ställdes till avdelningsskötaren. Eftersom avdelningen hade sommarstängt kom det positiva svaret ganska sent i augusti och vi kom igång med

samarbetet först i september. Avdelningsskötaren ansåg projektet vara ypperligt för samarbetet avdelningarna emellan eftersom jour- och uppföljningsavdelningen får så gott som 100% av sina patienter från samjouren. Skribenterna blev inbjudna till en avdelningstimme som hölls i slutet av september på jour- och uppföljningsavdelningen där Lean-utvecklingsarbetet och planen delgavs och personalens intresse att delta i samarbetsmöten och workshops kartlades. Syftet, tillvägagångssättet samt de förväntade resultaten av utvecklingsarbetet presenterades muntligt och skriftligt. På avdelningstimmen deltog förutom skribenterna, 4 sjukskötare från jour- och uppföljningsavdelningen, avdelningsskötaren samt överskötaren för Raseborgs sjukhus. Material om Lean utvecklingsarbetet lämnades till påseende på avdelningen. Avdelningens roll i projektet samt tidsramar för projektet presenterades. Skribenterna informerade också om Lean föreläsningen som var påkommande i oktober. Jour- och uppföljningsavdelningens avdelningsskötare fick till uppgift att kartlägga intresset hos personalen för projektet och sedan meddela skribenterna om det.

#### **5.1.4 Bilda en Lean-projektgrupp**

Under introduktionen av Leanprojektet på samjouren tillfrågades personalen om intresse att delta i Leangruppen och som är med i utvecklingsarbetet under hela processen. Redan före första avdelningstimmen om vad Lean innebär hade frågan ställts i samband med kallelsen till avdelningstimmen som skickats per e-post. Fem sjukskötare i personalen anmälde sig genast, vilket var positivt. De informerades om hur vi tänkte förverkliga samarbetsmöten. Först skulle samjourens personal träffas och fundera på problem som gäller samjourens verksamhet och sen tas jour- och uppföljningspersonalen med i samarbetsmöten för att få synpunkter på problem vad gäller överflyttning till avdelningen. Första mötet med samjouren bestämdes till oktober 2016. Medlemmarna i samjoursgruppen fick utsatt på arbetslistan projektdagar, då de inte deltog i jourarbetet, för att bekanta sig med litteratur om Leanfilosofin. Föreläsningar om Lean för gruppmedlemmarna, men också för övrig personal, ordnades både på våren och hösten 2016 för att få mera kunskap om Leanfilosofin.

Avdelningsskötaren på jour- och uppföljningsavdelningen meddelade sina frivilliga deltagare till Leanprojektet. Lean projektgruppen bestod nu av 5 sjukskötare från jourpolikliniken och 4 sjukskötare från jour- och uppföljningsavdelningen. Jour- och uppföljningsavdelningen deltog tillsammans med samjourens personal i en Lean-

föreläsning i oktober 2016, för att få förståelse för vad Leanfilosofin innebär och vad det betyder att jobba enligt Leanfilosofin.

### **5.1.5 Workshop 1-Identifiera problemet**

Workshop används för olika former av möten som har ett syfte och där det finns förväntningar på att något ska åstadkommas, det finns någon som leder och har en tydlig struktur. Workshop innebär möten där en workshopledare leder mötesdeltagarna genom mötesprocessen mot förväntat resultat. En workshopledare kan också kallas facilitator vilket innebär att man leder genom att ställa frågor, lyssna aktivt, vara lyhörd, skapa engagemang men inte styra, ha en positiv människosyn, tillämpa metoder och tekniker, bygga konsensus kring resultaten och att använda blädderblock, post-it lappar och andra verktyg (Forsberg, 2013, s. 16–17). I workshoppen lyssnar man på alla idéer och förslag och gör gemensamma beslut som alla står bakom. Ett möte som har en tydlig struktur och ett tydligt syfte känns meningsfullt. Ett tydligt syfte skapar en bättre förståelse och delaktighet för mötesdeltagaren. (Forsberg, 2013, s. 25)

Workshops används då det är viktigt med full acceptans kring ett beslut för att säkerställa att mötesdeltagarna tar ansvar för resultatet. Det är viktigt att personer med rätt kunskaper och erfarenheter deltar för att kunna ta rätt beslut. Syftet med workshop är att man genom diskussion och problemlösning kommer fram till gemensamma beslut. Antalet deltagare bör inte överstiga 10 deltagare för att säkerställa att alla blir hörda. En struktur och tidsschema samt frågeställningar för workshoppen behövs. Alla idéer bör lyftas upp och de viktigaste reflektionerna beskrivas så att alla kan ta del av dem. Dokumentationen under workshoppen är viktig för att sen delge deltagarna en sammanfattning av workshoppen (Forsberg, 2013, s. 9–13)

Datinsamling har gjorts i detta utvecklingsarbete genom workshops. I den första workshoppen som ägde rum i början av oktober deltog 5 sjukskötare från samjouren, alltså samjourens Leangrupp. Tanken var att den första workshoppen skulle behandla de problem samjouren har i sitt patientflöde och därför deltog inte jour- och uppföljningsavdelningen i denna. Deltagarna fick en kallelse per e-post som innehöll syftet med mötet, förväntade resultat, start- och sluttid samt plats. För workshoppen hade reserverats 2 timmar. Som plats valdes ett mötesrum med ett långt ovallt bord med stolar, en blädderblockstavla och färgpennor fanns samt en whiteboardtavla. Post-it lappar i olika färger hade skribenterna med sig där man kunde skriva ner sina idéer till problemlösningen som man sen limmade

upp på tavlan. Alla workshoppar framöver följer samma mönster angående kallelse, plats, tid och metod och beskrivs inte skilt för sig.

Den första workshopen inleddes med att presentera syftet, förväntat resultat och tidsramar för utvecklingsarbetet. Skribenten som ledde workshopen berättade om Leanfilosofins principer muntligt men också skriftligt material fanns till påseende. Mötesledaren presenterade också erfarenheter av Lean utveckling från andra sjukhus i Finland och i Norden. Workshopens nyckelfråga för dagen var att tillsammans i gruppen fundera på vad det beror på att väntetiden är lång på samjouren och vid inskrivning till avdelning samt vad man kunde göra för att göra flödet smidigare för jourpatienten.

Brainstorming användes som metod. Brainstorming används för att identifiera många förslag eller idéer som till exempel orsaker till problem, lösningar till problem och åtgärder. Vid brainstorming får idéer och förslag flyta fritt, deltagarna skriver ner sina förslag på post-it lappar och man går igenom alla förslag som man limmat upp på whiteboardtavlan. I Brainstormingen är det inte meningen att värdera varandras idéer utan bygga på, gå vidare på idén, respektera varandras idéer, låta alla vara delaktiga och vara öppna för nya förslag (Forsberg, 2013, s. 127)

Mötesledaren förklarade tillvägagångssättet, att idéer och förslag får flöda fritt och man skriver ner dem på en post-it lapp som en mening. Post-it lapparna samlades in när alla var klara och limmades upp på whiteboardtavlan varefter gruppen gick igenom alla förslag och diskuterade dem en i gången. När man gått igenom förslagen bestämmer man tillsammans vilka förslag man jobbar vidare med. En sammanfattning av workshopen görs också före man slutar. Alla förslag samt händelser under workshopen dokumenterades för att sen skickas till alla gruppmedlemmar. Man kunde också ha fotograferat tavlan med post-it lapparna för att visuellt belysa våra skeden i workshopen men det tänkte inte mötesledaren på just då.

En annan frågeställning på workshopen var att utreda väntetider på samjouren och medelvårdtid för patienter som tas in till jour- och uppföljningsavdelningen. Likaså behövde vi veta patienters och personalens åsikter om väntetid och vad man kunde göra för att flödet på samjouren inte avstannar. På nästa workshop ska vi tillsammans fundera på datainsamlingsmetoder för att få veta patienternas syn på väntetid, samjourpersonalens syn på varför patienter väntar så länge på jouren och vad man kan göra åt det. Vi behöver också veta uppmätta medelvårdtider för patienter som skrivs in på jour- och



uppföljningsavdelningen. Nästa workshop planerades om ett par veckor efter den första, möteskallelse skickas igen per e-post. Den andra workshopen deltagare är Leangruppen på samjouren men till den tredje workshopen kommer jour- och uppföljningsavdelningens Leangrupp med.

### **5.1.6 Resultat av workshop 1**

Resultatet av workshopen sammanställdes av skribenten som verkat som workshopledare. Idéer och förslag hade dokumenterats under workshopens gång och skickades till workshopsdeltagarna per e-post (sammanställt i bilaga 6,7 och 8)

I Brainstormingen lyftes följande problem i flödet på samjouren upp; flödet stannar upp efter att egenskötaren tagit emot före det fungerar det smidigt. Patienterna får vänta länge på läkare och patienterna väntar länge på undersökningssvar. Det finns många andra akut sjuka patienter så skötaren hinner inte vara överallt eller akut sjuka patienter går för. Det är brist på personal och skötaren hinner inte föra patienten till avdelningen. Avdelningen hinner inte ta emot patienten på grund av rapport eller att avdelningen är full. Läkaren meddelar inte att patienten är klar för att flyttas till avdelningen och ordinationer av läkaren är inte insatta i patientprogrammet. Köer till röntgen, laboratoriesvaren tar tid, vårdkärror är inte påfyllda och skötaren springer efter material. Patienterna är missnöjda då de får vänta länge, de får ingen mat och de är hungriga. Patienterna upplever att ingen information ges om någonting och dokumentering tar tid.

I början av workshopen och i det skedet då vi funderade på var i processen problemet ligger, så gjorde vi en flödeskartläggning som vi beskriver här nedan.

### **5.1.7 Värdeflödeskartläggning, nuläge-önskat läge**

I ett förbättringsarbete bör man i detalj analysera hur det som ska förbättras ser ut idag, nuläget. Här behöver mätningar göras för att kunna jämföra förbättringsarbetets framsteg (Petersson et al, 2012, s. 139). Mätningar görs både före och efter förändringen i detta utvecklingsarbete såsom frågeformulär till samjourens personal om vad det beror på att patienten hamnar att vänta länge på samjouren för att komma till avdelningen och vad man kan göra åt det (bilaga 9), den effektiviserade patientresponserna för att få patienternas syn på vården och väntetiden (bilaga 14) på jouren samt en uppföljning av medelvårdtider.

Grundtanken är att skapa största möjliga värde för patienten och att alla moment som inte är värdeskapande för patienten ska tas bort. Genom att utföra en värdeflödeskarta där alla olika steg som patienten är med om under ett vårdtillfälle definieras och synliggör vilka moment som är värdeskapande och vilka som inte är det. Teamet brainstormar sedan fram idéer och lösningar för att eliminera alla moment som inte är värdeskapande för patienten. En ny flödeskarta skapas bestående av idéer teamet har kommit fram till. Det är patienten som är högsta prioriteringen enligt Lean och det är alltid patienten som skall stå i centrum under allt vårdarbete (Liker, 2010, s. 28–29)

Vi valde att göra scheman för hur flödet är nu på jourpolikliniken för att se var problemen fanns angående väntetid och det önskade läget, hur det ideala flödet skulle vara och med vilka metoder man kunde förbättra flödet. (Bilaga 6 och 7). Alla i workshopen deltog i planerande av flödeskartan. Flödeskartan för samjouren börjar där den akut sjuka patienten kommer in genom dörren och slutar där patienten blir hemskickad, intagen till avdelningen eller skickad till annat sjukhus. Hela den processen gick vi igenom steg för steg för att hitta flaskhalsen, var i processen stannar flödet. Vid triagen och sekreteraren i mottagningssituationen löper allt snabbt. Triagen utser en egenskötare som tar emot patienten nästan genast, som gör grundundersökningar och beställer laboratorieprov i samråd med läkaren, behövliga vårdåtgärder görs men efter det blir det väntan och det är där vi anser att problemet ligger. På vår nästa workshop ska vi fundera på vad vi kan göra åt detta problem för att minska på väntetiden och få processen att löpa igen.

Dokumentet vi ritade sparades och hela workshopen är dokumenterad. Workshopsdeltagarna fick protokollet skickat per e-post till sig.

Tidigare forskning om patienters upplevelse av väntetider på en samjour och deras förväntningar presenterades efter att gruppen brain stormat idéer och förslag. Det visade sig att gruppmedlemmarnas förslag stämde överens med tidigare forskning av patienters upplevelse av väntetider på samjouren vad gäller till exempel bristande information om väntetid (Considine et al, 2006, s. 389; Saarinen, 2007, s. 30; Kiura & Mäkelä, 2012, s. 7–9; Romppainen, 2016, s. 7–9; Ekelund et al, 2011, s. 9; Farrokhnia & Göransson, 2011, s. 4)

### **5.1.8 Workshop 2**

Workshop 2 hölls några veckor efter den första där vi tillsammans i gruppen funderat på var i flödet på samjouren problemet ligger. Vi kom fram till i workshop 1 att problemet

ligger i processen där patienten väntar på läkare, undersökningssvar och ställningstagande till fortsatt vård samt väntan på att bli inskriven på avdelningen och i denna workshop ska vi fundera på vad vi kan göra åt det. Alla 5 sjukskötare från samjouren var på plats.

För att repetera förra workshopens innehåll och resultatet av den så gick vi igenom de problem i processen som vi då kom fram till. För att gå till botten med problemet så gör vi tillsammans i gruppen ett fiskbensdiagram som hjälper gruppen att hitta rotorsaken till problemet. (bilaga 8) Workshopledaren presenterar först fiskbensdiagrammet och förklarar hur det går till.

### **5.1.9 Fiskbensdiagram, rotorsak.**

För att identifiera rotorsaken till problemet kan man göra ett fiskbensdiagram där man går till botten med problemet och genom att använda metoden 5xvarför? (Bilaga 8+exempel nedan)

Ett fiskbensdiagram ser ut som ett fiskskelett, i huvuddelen av skelettet skrivs nyckelfrågan i problemet, Vad beror det på att väntetiden är lång på jourpolikliniken och att bli intagen till jour- och uppföljningsavdelningen? På ändan av revbenen i fiskbenet skriver man i huvudkategorierna för möjliga orsaker, till exempel människan, ledningen, miljön, metoder/verktyg och material. Tillsammans utgör de verksamhetens viktigaste resurser. Nästa steg är att identifiera möjliga orsaker på nästa nivå inom respektive huvudkategori. Det är bra att välja en eller några få orsaker på högsta nivå som har starkast samband med problemet. Dessa utgör förbättringsområden som kräver identifiering av åtgärder som eliminerar problemet. Gruppmedlemmarna funderade på möjliga orsaker och ordnade dem sedan i kategorier eller underkategorier i diagrammet. Genom denna metod kom gruppen fram till problemets orsaker. (Forsberg, 2013, s. 195–200).

Ett sätt att på kort tid komma fram till en orsak är att använda 5 x Varför metoden. Man ställer en fråga såsom Vad beror det på att vi har problem med detta? Efter att ha ställt följdfrågor till gruppmedlemmarna minst fem gånger, har dessa sannolikt kommit fram till rotorsaken som man kan gå vidare med. Tekniken har utvecklats av Sakichi Toyoda inom Toyota bilindustrin, som är föregångare till Leanfilosofin (Forsberg, 2013, s. 195–200).

Workshopledaren ritar ett fiskbensdiagram på whiteboardtavlan. Till höger kommer frågan om vad det beror på att patienten hamnar att vänta på jourpolikliniken och till jour- och uppföljningsavdelningen. I fiskbensdiagrammets skelett fyller man i, under

huvudkategorierna (Människor, omgivning, metoder, maskiner, material) orsakerna till problemet (bilaga 8) som exempel. För att gå till rotorsaken på problemet används metoden 5 x varför.

Workshoppedeltagarna hade många fina idéer till vad man kunde göra för att minska väntetiden, att flödet inte stannar och till att patienten ska vara nöjd; att ge information till patienten med jämna mellanrum och informera om ungefärlig väntetid och varför man väntar. Tätare besök i patientrummet och informera om hur det går till på samjouren. Inte vänta på laboratoriesvar på samjouren om det inte är ett tvång, patienten kan vänta på sina svar på avdelningen. Att planera sitt arbete, inte vänta på läkartext och ordinationer insatta i patientprogrammet så tidigt som möjligt. Fylla på material för att undvika onödigt spring. Pusha på läkaren och uppdatera hemmedicinlistor. Patienten ska inte behöva vänta på att få en plats på avdelningen på grund av att avdelningen har rapport. Läkaren borde läsa skötarens text före han träffar patienten då där kan finnas viktig information och kanske inte behöver fråga samma sak flera gånger. Patienter kan tas in på avdelningen och vänta på provsvar. Att vara förutseende och vidarehänvisa redan vid triagen så att patienter som inte behöver jourmässig vård tas emot eftersom det stoppar flödet. Flexibilitet från avdelningens sida och att läkaren snabbt kan göra en bedömning för att få ordinationer på laboratorieprov och röntgenundersökningar för att försnabba vården. Avdelningarna borde skriva ut sina patienter i tid så att plats finns för jourpatienter. Ringa in rapport i tidigt skede till avdelningen så att de hinner förbereda plats åt patienten. Bättre kommunikation och samarbete mellan läkare och skötare samt avdelningens personal och bättre förståelse för varandras arbete. Om patienterna har något att göra under väntetiden upplevs den kortare. Komma ihåg att patienten är i centrum. Dessa förslag finns inbakade i bilaga 21 om det nya arbetssättet enligt Lean, tillsammans med resultat från patientrespons, frågeformulär till personalen på samjouren samt tidigare forskningar som beskrivs i detta kapitel.

I denna workshop hade vi planerat redan föregående gång att fundera på hur vi ska få patienternas och personalens åsikter om väntetiden samt bevis på hur långa väntetider det i verkligheten är på samjouren. Workshoppedeltagarna fick igen fritt komma med idéer som skrevs upp på whiteboardtavlan och diskuterades i gruppen. Tillsammans kom gruppen överens om att göra en effektiviserad patientrespons undersökning och ett frågeformulär skulle ges till personalen på samjouren med några korta frågor. Vi kontaktade Raseborgs sjukhus specialplanerare som har tillgång till statistik för att få en uppföljning av medelvårdtider från samjouren till jour- och uppföljningsavdelningen. Vi började med att

fundera vilka frågor vi skulle ställa till personalen. Vi ville att det skulle vara endast några enkla öppna frågor och gruppen brainstormade fram två frågor med en följdfråga var. Vi valde att fråga det vi ville veta i detta skede av processen. Vi ville veta vad personalen på samjouren tror att det beror på att patienterna väntar länge på samjouren och på att bli inskriven på jour- och uppföljningsavdelningen samt vad man kan göra åt detta på samjouren för att få flödet effektivare och smidigare (bilaga 9)

#### **5.1.10 Frågeformulär till samjourens personal**

Personalen på samjouren har svarat på en enkät om väntetid och vad man kan göra för att minska på väntetiden på samjouren och till avdelningen. Detta gjordes för att få hela personalens åsikter och för att de alla ska vara delaktiga (Bilaga 9). Enkäten gavs personligen till svarande med information om att den var frivillig och att den behandlas helt konfidentiellt. Svarstiden var en vecka i november 2016. Av 15 enkäter fick vi 10 svar. Svaren samlades i ett slutet kuvert som sattes i ett större kuvert för att garantera konfidentialiteten. Enkätresultaten av personalen analyserades i form av en innehållsanalys bland annat; genom att hitta likheter, skillnader och olika grupperingar (Bell, 2016, s. 145–146). Resultaten av detta frågeformulär ingår i dokumentet om det nya arbetssättet. I ett tidigare skede i processen diskuterades problemet med väntetider med personalen, inte direkt som intervju utan mer som en diskussion. Resultaten av diskussionerna har inte dokumenterats eftersom det mera var en diskussion kring kaffebordet.

#### **5.1.11 Resultat av frågeformulär**

På frågan 1 a angående personalens åsikter angående orsaken på den långa väntetiden ansåg svaranden att; väntetiden var lång på grund av många patienter. För lite personal per skift. De patienter som är inne för vård är svårt sjuka och kräver mycket insatser av både skötare och läkare. Det tar lång tid att få undersökningssvar. Det finns inte tillräckligt med fortsatta vårdplatser. Personalen ansåg även att det tar länge innan läkaren hinner undersöka patienten och speciellt lång är väntan på den konsulterande läkaren. Vilket gör att ordinationerna kommer sent. Och personalen ansåg att förjourerna är osäkra och oorganiserade.

På fråga 1 b där det frågades om personalens egna åsikt vad man kunde för att göra vården smidigare för jourpatienten ansåg de att om de skulle få snabbare ordinationer skulle patienterna snabbare få vidare vård. Om det skulle göras rätt triagebedömning skulle

läkaren genast kunde göra en bedömning för att kunna ordinera undersökningar. Genom ordning och reda skulle patientflödet effektiveras. Givande av information till patienterna, gör att väntetiden inte känns så lång. Genom att öka på antalet skötarbesök och effektivera läkarnas arbetssätt skulle vården bli smidigare på samjouren.

På fråga 2 a angående orsaken till att patienten hamnar att vänta länge på att få komma till avdelningen enligt personalens åsikt svarade de att avdelningen inte kan ta emot patienter på grund av att dom har fullt eller rapport. Det är svårt att göra beslut om fortsatt vård och det tar en lång tid. Ordinationer är inte gjorda och pga. att svaren på undersökningarna tar lång tid blir även väntetiden lång.

Vid sista frågan där det frågades efter personalens åsikter om hur på vilka sätt de ansåg att man kunde försnabba jourpatientens gång till avdelningen svarade de att; genom att organisera sitt arbete. Genom flexibilitet från avdelningens sida, att kunna ta emot patienter tros rapport. Vara förutseende om man vet att patienten ska tas in till avdelningen så kunde man förbereda detta i ett tidigt skede. Från avdelningen borde patienterna hemförlovas tidigare. Och personalen ansåg att läkaren kunde sköta mer än en patient per gång.

Dessa svar tas i beaktande tillsammans med effektiverade patientresponsen och workshoppen då det nya arbetssättet på samjouren sammanställs.

### **5.1.12 Workshop 3**

Leangruppens första gemensamma workshop med jour- och uppföljningsavdelningen i oktober var vi tvungna att avboka p.g.a. sjukdom men i den följande workshoppen i november deltog både samjourens 5 deltagare och jour- och uppföljningsavdelningens 4 deltagare. Workshopsledaren informerade vad som hittills gjorts i de två tidigare workshopparna även om deltagarna fått protokoll och material från workshopparna i e-posten. Resultaten av de tidigare workshopparna delges och information om i vilket skede utvecklingsarbetet är. Värdeflödeskartan, fiskbensdiagrammet och samjournspersonalens frågeformulär förevisas.

Workshop 3 behandlade jour- och uppföljningsavdelningens syn på vad problemet är vid överflyttning av jourpatienten till jour- och uppföljningsavdelningen och så funderade workshopdeltagarna tillsammans på vad man kan göra för att jourpatientens flöde till jour- och uppföljningsavdelningen ska löpa så smidigt som möjligt och att patienten ska vara

nöjd. Workshopdeltagarna från jour- och uppföljningsavdelningen fick fritt berätta vilka problem de upplever vid överflyttning av patienten till avdelningen. Workshopsledaren dokumenterade allt det som blev sagt och man diskuterade problemen i gruppen och beslöt tillsammans vilka problem man jobbar vidare med. En sammanfattning gjordes till slut och tid fanns för frågor och funderingar. Workshopdeltagarna funderade på vad man kunde göra för att flödet till avdelningen skulle löpa smidigare. Resultatet beskrivs här nedan i resultatdelen.

Under denna workshop skulle förberedelser för den effektiverade patientresponsen göras, vilket vi tillsammans kom överens om vid föregående workshop, samt kontakt till sjukhusets specialplanerare tas för att få statistik för medelvårdtider för jourpatienter som skrivs in på jour- och uppföljningsavdelningen. Workshopsledaren lovade sköta detta samt att göra upp en handlingsplan för detta Lean utvecklingsarbete, en A3 blankett ifylldes (se kap 5.1.13)

### **5.1.13 A3 för problemlösning**

Genomförandet i Lean förändringsarbetet utgår från nulägesanalysen om vad som ska förbättras och hur förbättringarna ska genomföras och när målen ska vara uppfyllda. Utifrån detta görs en aktivitetsplan (Petersson et al. 2012, s. 145)

Inom HNS används en s.k. A3 blankett för målsättning och avgränsningar. I en A3 blankett för problemlösning beskriver man problemet, målet, nuläget, det önskade läget, hur man gör mätningar för evidens, vilka åtgärder som skall vidtas, plan för vem som gör vad, vad man lärt sig, vem som deltagit i arbetet samt uppföljning. (Bilaga 10) Denna valdes att användas då den ger en tydlig helhetsbild av vad som sker och rekommenderades att användas. Skribenterna fyllde i blanketten på basen av alla resultat, diskussioner och workshops under förändringsarbetet, då en A3 följer med hela processen och ifylls efterhand. Sedan delgavs A3 blanketten till personalen. Målen diskuteras i gruppen men delgavs naturligtvis till övrig personal, personalen fick information med jämna mellanrum per e-post och på avdelningstimmar.

I A3 blanketten beskrevs problematiken först. Som först listades den långa väntetiden utan mervärde för patienten på samjouren, att patienten inte får tillräckligt med information om sin vård och att samarbetet, förståelsen och kommunikationen avdelningarna emellan skall förbättras. Då detta var utrett och dokumenterat gjordes målsättning, att få jourpatientens flöde till jour- och uppföljningsavdelningen smidigare utgående från Lean perspektiv.

För att kunna göra detta måste nuläget redas ut, gjordes en rotsaksanalys i gruppen: Konstaterades att rapporterna var otillräckliga och bristfälliga till jour- och uppföljningsavdelningen. Patienterna och anhöriga var missnöjda över den långa väntetiden och de fick ingen information. Patienten väntade på laboratorie- och röntgen svar på jourpolikliniken. Patienten ”fick ej” föras till avdelningen innan undersökningsvar fanns samt ordinationer fanns, mediciner var givna, patienten hade sjukhuskläder osv. Patienten väntade länge på läkare, vårdbeslut och ordinationer till avdelningen. Förberedelser till avdelningen var inte gjorda och kontaktuppgifter inte kontrollerade. Ordinationer i patientprogrammet var inte insatta och medicinlistorna stämde inte.

Då rotsakerna var klara gjordes det upp en arbetsplan. Ett nytt arbetssätt enligt Leanfilosofin, som man kommer överens gemensamt med jour- och uppföljningsavdelningen planerades. Ett ISBAR rapporteringssystem och en checklista för patienten som tas in till jour- och uppföljningsavdelningen skulle användas, det ger en ökad förståelse och bättre samarbete mellan jourpolikliniken och avdelningens personal samt ökar på kvaliteten och ger en patientsäker vård. Information om hens vård ges till patienten. Då skall jourpatientens flöde till jour- och uppföljningsavdelningen bli smidigare och det förkortar patientens väntetid.

Hur effektivitetsmätningen gjordes dokumenterades även i A3. I effektivitetsmätningen dokumenterade man vad som mäts, vilken mätningssätt som används, utgångsläget dokumenterades samt det önskvärda resultatet. Målet var att minska på väntetiden, som mättes med hjälp av Cressida programmet. Utgångsläget var 4 timmar och 20 minuter och det önskade läget var mellan 2 timmar och 30.

På A3 dokumenterades och planerades även åtgärdsrekommendationer: Nya arbetsdirektiv/nytt förfarande för både sjukskötare och läkare planerades. Standardiserat arbetssätt-ständiga förbättringar, planerades genom att alla arbetar enligt överenskomna principer. En checklista till jour- och uppföljningsavdelningen utarbetades. Genom föreläsningar och avdelningstimmar fick man ny kunskap. Frågeformulär användes för att reda ut patienter och personalens åsikter. Benchmarking till andra sjukhus skulle göras.

Därefter gjordes det en handlingsplan, där det framkommer vem som ska göra vad, när det är gjort och status. Sen utreds vad man lärt sig och det görs en evaluering. På A3 blanketten skall det även komma fram vilka enheter det gäller.



### **5.1.14 Resultat av workshop 3**

Workshopgruppen med 4 sjukskötare från jour- och uppföljningsavdelningen brainstormade kring problemet vid jourpatientens överflyttning till avdelningen, varför är den inte så smidig som den borde. Workshopgruppen förklarade vad den ansåg att inte fungerade till belåtenhet vid överflyttningen; oklara och otillräckliga rapporter till avdelningen, ordinationerna var inte följda och dokumenteringen var otillräcklig eller på fel ställe, läkarordinationer var inte insatta i patientprogrammet, patientens hemmedicinering stämde inte och var inte kontrollerad. Patienten hade inte bytt om till pyjamas och ID-band hade inte satts kring handleden. Patienten hade inte fått mat, patientpapper fattades och kontaktuppgifter var inte kontrollerade, avdelningen kunde inte ta emot patienter i skiftbytet och man hade inte kontrollerat riskuppgifter.

Gruppmedlemmarna bestämde i samråd vilka problem man arbetar vidare med och idéer om checklista och ISBAR rapportering lyftes fram av workshopsledaren, kanske det skulle vara en lösning på problemet. Workshopmedlemmarna var positivt inställda till checklista och ISBAR rapportering. Till nästa workshop sökte vi material om dessa och det bestämdes att vi tillsammans hela gruppen gör upp en checklista och bekantar oss med ISBAR. Dock blev tidtabellen aningen stram så skribenterna tog till sig uppgiften att utveckla en checklista och justera färdiga Isbarmodeller så att det passar samjourens och jour- och uppföljningsavdelningens verksamhet. Checklistan skulle sen presenteras på följande workshop som planerades vara en heldags workshop i november.

I detta skede av utvecklingsarbetet förberedde skribenterna den effektiverade patientresponserna som skulle göras under en två veckors period i november. Information till personal skrevs och skickades per e-post, följbrev åt patienten, responsblanketter beställdes och svarskuvert ordnades. Dessutom informerades och motiverades personalen för att få en så bra svarsprocent som möjligt. Sjukhusets specialplanerare kontaktades och hen skickade statistik på medelvårdtider för jourpatienter som skrivs in på avdelningen för samma tid som effektiverade responsundersökningen gjordes.

### **5.1.15 Effektiverad patientrespons**

För att få evidens för hur patienterna upplever besöket på jourpolikliniken och då speciellt väntetiden samt informationen, gjorde vi en effektiverad patientrespons undersökning.

Personalen på jourpolikliniken informerades om den effektiverade patientresponser som skulle räcka 2 veckor. En mapp med information om tillvägagångssättet (Bilaga 11), svenska och finska blanketter samt ett stort kuvert för insamling av svaren fanns i jourkansliet. Patientresponsblanketter gavs till patienter under morgon- och kvällsskift, inte under natten, som skulle tas in till jour- och uppföljningsavdelningen. Patienter med minnessjukdom uteslöts från denna undersökning. Meningen var att patienterna själv fyller i blanketterna så svaren blir trovärdiga, dock lovade man att på jour- och uppföljningsavdelningen hjälpa dem som inte haft ork att fylla i den före man tagits in på avdelningen. Tillsammans med patientresponsblanketten gavs ett följebrev där man informerade om syftet med denna undersökning, tillvägagångssätt och att svaren behandlas konfidentiellt. (Bilaga 12)

Undersökningen gjordes under en två veckors period i november 2016. Som frågeformulär användes HNS egna patientrespons blanketter (bilaga 13). Det var vissa frågor i responsblanketten som intresserade oss mest och som är relevanta för detta arbete. Dessa frågor valdes att användas eftersom tidigare undersökningar visar att patienterna önskar information om den ungefärliga väntetiden, vad man väntar på, varför, hur det går till på samjouren, hur patientens ärende framskrider, patienter vill vara delaktig i besluten som gäller hens vård, undersökningssvar samt vill veta diagnos och behandling. Patienten önskar också bli väl bemött. Utöver detta värdesätter patienterna att miljön och utrymmena är trevliga och att man har sysselsättning under väntetiden. Patienterna önskar även att få någonting att äta, att man kontaktar anhöriga samt att man får sina mediciner. Om alla eller en del av dessa önskemål uppfylls och att patienter känner att de är i centrum så känns inte heller väntetiden så lång (Kyrölä et al. 2016; Kiura & Mäkelä, 2012, s. 7–9).

De frågor som var relevanta för arbetet och som valdes att användas är;

Fråga 4: För mig berättades om min vård och mina undersökningar.

Fråga 5: Vård- och undersökningssvar diskuterades med mig

Fråga 7: Jag fick information om tider och väntetider.

Fråga 8: Jag fick tillräckligt instruktioner för den uppföljande vården.

Fråga 10: Min vård var professionell.

Fråga 12: Personalen bemötte mig väl

Fråga 22: Utrymmena var prydliga.

Fråga 23: Min vårdmiljö var tyst och lugn.

Fråga 24: Den vård/service jag fick var bra.

Fråga 25: Jag kan rekommendera detta vårdsställe för andra

Av 29 möjliga svar, då borträknat patienterna som tagits in på natten och minnessjuka, fick vi 13 svar. (Bilaga 14) Resultatet från patientresponsblanketterna sammanställdes enligt antalet per svarsalternativen. Genom denna sammanställning kunde utläsas de alternativ som valts mest och genom detta fått fram patienternas åsikt. (Bell, 2016, s. 244–246)

**Tabell 1** Tabell över antalet svar per svarsalternativ på de frågor som valdes användas. Svaranden 13 st.

Fråga nr	Helt av samma åsikt	Dels av samma åsikt	Varken av samma eller annan åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt	Gäller inte mig	Svarade inte
4	9	2	0	2	0	0	0
5	9	3	0	1	0	0	0
7	3	6	2	2	0	0	0
8	4	6	0	1	0	1	1
10	11	2	0	0	0	0	0
12	11	2	0	0	0	0	0
22	10	1	0	0	0	0	2
23	10	1	0	0	0	0	2
24	10	1	0	0	0	0	2
25	8	2	0	1	0	0	2

Sammanfattningsvis så upplevde patienterna som deltog i den effektiverade patientresponsen att man fick tillräckligt med information om sin vård och sina undersökningar. Man diskuterade om vård- och undersökningssvar med patienten men man fick inte tillräcklig information om väntetider och inte heller tillräckligt med instruktioner för den fortsatta vården. Angående vården så ansåg patienterna att den var professionell, vården/service var bra och man kunde rekommendera detta vårdställe för andra.

Bemötandet på jourpolikliniken var man nöjd med. Angående vårdmiljö ansåg patienterna att lokalerna hade tydlig skyltning, utrymmena var prydliga och vårdmiljön var tyst och lugn. Dessa svar stämmer väl överens med det man kommit fram till i tidigare forskningar.

#### **5.1.16 Mätningar innan förändring**

Inom HNS kan man mäta medelvårdtiderna, hur länge det tar från det att patienten anmäler sig till triageskötaren till det att patienten hemförlovas eller skrivs in på avdelningen. Rekommendationer inom distriktet är att patienter som hemförlovas ska skötas inom 4 timmar och att medelvårdtiden för patienten som skrivs in till avdelningen ska vara under 8 timmar. Under den två veckor långa perioden vi hade effektiverad patientrespons uppföljning, var medelvårdtiden 4 timmar och 20 minuter för patienter som skrevs in till jour- och uppföljningsavdelningen.

Även väntetiden på det att skötaren tar emot patienten och tills det att läkaren tar emot patienten har följts upp under en vecka. Detta var inte ett problem i patientens process men skribenterna ville ändå ha någon slags uppfattning. Under en veckas tid i november 2016 i samband med den effektiverade patientresponsen fick egenskötaren fylla i en blankett. I blanketten antecknade hen datum, när patienten blivit inskriven, skyndsamhetsklassificering och när egenskötaren tagit emot patienten. En likadan blankett gavs åt läkaren under samma tid. Egenskötaren tog emot patienten inom 0–40 minuter men då hade man träffat patienten för att sen återkomma. Här har klassificeringen också påverkat eftersom en D-klassificerad patient bör tas emot inom 2 timmar. Också överbelastning och många akut sjuka patienter som går före kan ha inverkat på tiden hur länge det tar innan skötaren kan ta emot. Läkarnas uppföljning av tiden tills läkaren undersöker var från 0–1,5 timme och varför man behövt vänta beror på samma orsaker som hos skötaren också. Ena skribenten har gått igenom blanketterna och räknat ut tiderna förhand.

En uppföljning av när ordinationer till avdelningen skrivits i ordinationsprogrammet och hur länge det sen tagit att komma till avdelningen har inte varit lång, allt från 10 minuter till en timme. Den ena skribenten har gått igenom varje patient som blivit inskriven till jour- och uppföljningsavdelningen under tiden för den effektiverade patientresponsen i november 2016, skribenten har kontrollerat när läkaren skrivit in ordinationerna i patientprogrammet och sedan kontrollerat tiden för utskrivning av patienten till avdelningen och på det sättet fått en uppfattning om hur länge det tagit. Uppföljningen är

inte helt tillförlitlig eftersom läkaren kan i vilket skede som helst under patientens vistelse på jouren kan skriva in ordinationerna. Det är alltså inte alltid då patienten är klar från läkarens sida och hen dikterar text till avdelningen, utan det kan vara tidigare. Dock får man en uppfattning om att det inte är ett problem. Viktigt är att läkaren säger till åt egenskötaren när patienten är klar för avdelning så att det inte blir fördröjning och stopp i flödet, pga. att skötaren inte märker att patienten klar. Detta fungerar rätt bra och läkaren skriver också på triagetavlan om patienten skall tas in så att egenskötaren märker och kan förbereda patienten och ha kontroll över ordinationerna i patientprogrammet. Utan att ordinationerna är ifyllda i patientprogrammet åker man inte till avdelningen, patient texten behöver inte vara klar för att kunna åka till avdelningen.

#### **5.1.17 Workshop 4**

I slutet av november 2016 hölls det en heldags workshop med Leangruppens alla medlemmar från samjouren och jour och uppföljningsavdelningen. Workshopsledaren presenterade en checklista för hur man på jouren kan göra flödet till avdelningen smidigare enligt Lean samt en modell av ISBAR rapportering. Före ISBAR modellen presenteras informerade workshopsledaren mera om vad Isbar innebär.

#### **5.1.18 Checklista till avdelningen**

En checklista är ett verktyg som används för att minimera fel och misstag genom att kompensera människans begränsade minne och uppmärksamhet. Inom sjukvården användes checklistor som hjälp för att följa kliniska riktlinjer. En checklista kan beskrivas för att stärka redan inarbetade säkerhetsrutiner och bidra till bättre kommunikation och samarbete mellan olika yrkesgrupper. En checklista är ett verktyg för att förbättra säkerheten i verksamheten. (Bilaga 15). (WHO, 2009, s. 20)

Eftersom tidtabellen blev lite stram så sammanfattade workshopsledaren resultatet från förra workshopen till en checklista. Checklistan gjordes utgående från de problem som framkom i resultatet på workshop 3; oklara och otillräckliga rapporter till avdelningen, ordinationerna var inte följda och dokumenteringen var otillräcklig eller på fel ställe, läkarordinationer var inte insatta i patientprogrammet, patientens hemmedicinering stämde inte och var inte kontrollerad. Patienten hade inte bytt om till pyjamas och ID-band hade inte satts kring handleden. Patienten hade inte fått mat, patientpapper fattades och

kontaktuppgifter var inte kontrollerade, avdelningen kunde inte ta emot patienter i skiftbytet och man hade inte kontrollerat riskuppgifter.

Checklistan presenterades för gruppen på följande workshop 4. Checklistan är gjord på en A4 blankett där man skriver patientens namn och kruxar för vilka av de uppskrivna åtgärderna på blanketten är gjorda före patienten förflyttas till avdelningen. Egenskötaren kvitterar blanketten med datum och underskrift och blanketten tas med till avdelningen så att skötarna där med en snabb överblick får en uppfattning om vilka åtgärder som redan är gjorda.

I Checklistan kommer följande punkter upp. Man skall ring in patienten så tidigt som möjligt så att avdelningen hinner förbereda plats och vid behov t.ex. isoleringsrum eller plats åt patient som kommer från annat sjukhus. Dokumenteringen skall ske omsorgsfullt. De mätta vitala värden skall skrivas in på tempkurvan och de givna medicinerna skall finnas på medicinlistan. Ordinationerna skall finnas insatta i patientprogrammet. De förverkligade ordinationerna skall finnas antecknade. Medicinlistan skall vara uppdaterad och kvitterad. Patienten skall ha bytt om till pyjamas och ha ID-band påsatt. Mat skall vid behov beställas åt patienten. Med skall vara patientdokument i pappersform. Det skall kontrolleras om kontaktuppgifterna stämmer. Avdelningen skall kunna ta emot patienter även under rapport. Patienten kan i vissa fall vänta på undersökningssvar på avdelningen. Är patientens riskfaktorer kontrollerade. Har man tagit prover såsom influensaprov. Är patienten klinikfärdig. Kan personalen hämta eller komma emot om överbelastning på samjouren. Har man rapporterat enligt Isbar. (se bilaga 15, som den var i testningsskedet)

### **5.1.19 ISBAR rapportering**

Eftersom patientsäkerheten är aktuell i dagens sjukvård och ett viktigt element inom Leanutveckling och för att en klar och redig rapport till avdelningen gör flödet smidigare för patienten bestämde vi oss för att testa att införa detta nya kommunikations-/rapporteringssystem för att minska risksituationer och för en bättre patientsäkerhet. ISBAR har länge använts inom ambulanssjukvården som ett konsultations- och rapporteringssystem.

På internet och HNS intranet fanns färdiga modeller för ISBAR rapportering. Leangruppen bekantade sig med litteratur och dokument från internet och HNS intranet och använde som modell ett Isbar rapporteringsschema från jourpolikliniken på Mejlans sjukhus. Workshopledaren gjorde ett eget schema som passar Raseborgs sjukhus verksamhet, med

färggranna rutor. I rutan för bokstaven I för identifiering; i detta skedet presenterar och identifierar man sig själv och patienten som man rapporterar om till avdelningen. I följande ruta S som står för situation rapporterar man orsaken till rapport, patientens besöksorsak och symtom. Grundsjukdomar, allergier, hemmedicinering och eventuell smittorisk rapporteras i B rutan som står för bakgrund. Följande ruta är patientens aktuella tillstånd där viktigt är patientens vitala funktioner, aktuella status samt vilka vårdåtgärder som gjorts och respons på dem. Rekommendation är det sista steget i ISBARschemat där man ger vårddirektiv som läkaren ordinerat, egna förslag på åtgärder som till exempel uppföljning av blodtryck, hur ofta, hur länge och när behöver man kontakta förjuren. I den sista rutan kontrollerar man om mottagaren har frågor och att man är överens.

#### **5.1.20 Resultat av workshop 4**

Under workshop 4 presenterades som ovan beskrivet checklistan för jourpatienten som skrivs in på jour- och uppföljningsavdelningen samt Isbar rapporteringsmodellen. Efter att workshopledaren presenterat dem fick alla gruppmedlemmar säga sin åsikt och ge förbättringsförslag och en öppen diskussion fördes. Diskussionen handlade mest om det praktiska utförandet, hur man ska fylla i checklistan, ska den vara med och på vilket sätt ska man i praktiken gå till väga när man rapporterar enligt Isbar. På workshopen tränade man hur man ska rapportera enligt Isbar för att kunna förklara för personalen om de hade frågor kring det. Ett gemensamt godkännande av checklistan och Isbar schemat gjordes och ett beslut på att börja testa dessa gjordes. Det nya arbetssättet är inte ännu helt klart dokumenterat eftersom samjournpersonalens frågeformulär, effektiverade patientresponsen och uppföljning av medelvårdtider till jour- och uppföljningsavdelningen inte är analyserade. Så fort vi har alla undersökningar gjorda och analyserade sammanfattar workshopledaren och andra skribenten ett nytt arbetssätt. Det nya arbetssättet skickas sedan till alla Lean gruppmedlemmar för godkännande.

#### **5.1.21 Ett nytt arbetssätt**

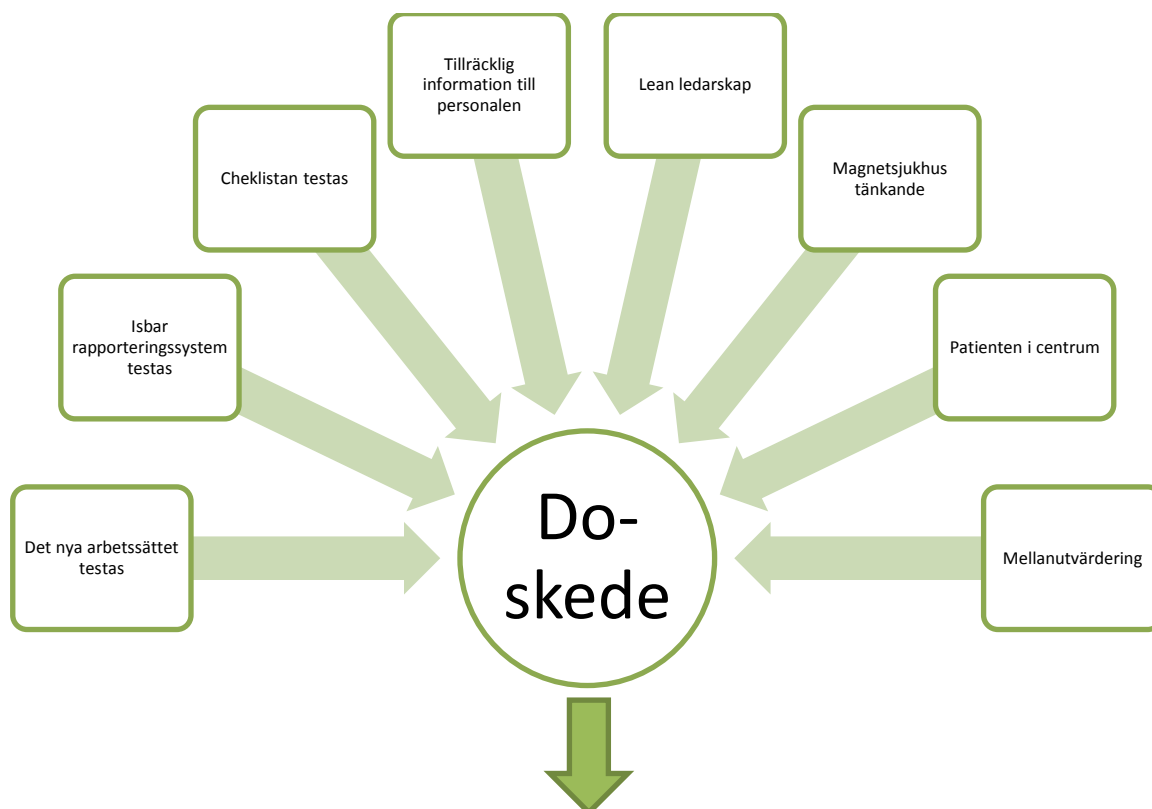
Utgående från samjournpersonalens frågeformulär, effektiverade patientresponsen, uppföljning av medelvårdtider och workshoparna har ett nytt arbetssätt enligt Lean sammanställts av skribenterna. Arbetssättet presenterades i en tre sidor lång text, vilken vi visste att var alldeles för långt (se bilaga 16). Att läsa så långa texter orkar personalen inte, ett arbetssätt ska presenteras så kort och klart som möjligt men i detta skede hade vi inget annat alternativ på grund av stram tidtabell. En justering gjordes efter att arbetssättet

testats, ett schema som ska vara synligt och lättläst. Det nya arbetssättet testas av personalen på samjouren för att se om arbetssättet enligt Leanfilosofin gör flödet smidigare för jourpatienten som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen.

Sammanfattningen skickades per e-post till alla Leangruppmedlemmar för godkännande före information om testning och presentation av materialet gjordes. Efter att gruppmedlemmarna godkände arbetssättet, checklistan och Isbarmodellen presenteras det för personalen på samjouren på en avdelningstimme, till vilken personalen på samjouren var kallade per e-post. Även resultaten från den effektiverade patientresponsen och medelvårdtider för samjournspatienten som skrivs in på avdelningen presenterades före testning. Skriftlig information skickades till alla per e-post före testningen. (se bilaga 16)

Alla dokument om det nya arbetssättet, checklistan och Isbar modellen och information om testningstiden på 6 veckor skickades till gruppmedlemmarna på jour- och uppföljningsavdelningen. Jour- och uppföljningsavdelningens Lean gruppmedlemmar informerade jour- och uppföljningsavdelningens personal om det nya arbetssättet, checklistan samt Isbar rapporteringen. Testningen av det nya arbetssättet, checklistan och Isbar rapporteringen beskrivs i nästa kap 5.2 i ”Do”-skedet.

## 5.2 ”Do”-skede





Resulterade i: Patientflödet effektiviserades vid skiftesbyten genom bl.a. tysta rapporter. Inga avvikelserapporter om hemmedicinering. Checklistan fungerade då den var ifylld och medtagen. Patientens medicinlista var uppdaterad. Samarbetet blivit bättre och förståelse för den andras arbete blivit bättre.

**Figur 6** Figur över hur do-skedet påverkar utvecklingsprocessen.

I Do-skedet testas det som vi kommit fram till i workshoppen under planeringsskedet, ett nytt arbetssätt enligt Leanfilosofin på jourpolikliniken, en checklista för att göra överflyttning till avdelningen patientsäker och smidig för patienten som tas in till jour- och uppföljningsavdelningen och ett Isbar rapporteringssystem för en bättre kommunikation och patientsäkerhet. Testningen sker under en 6 veckors period från och med mitten av januari 2017.

Alla i personalen på samjouren hade fått information om det nya arbetssättet, checklistan och Isbar rapporterschemat i e-posten. Dokumenten fanns synliga i personalrummet på en whiteboardtavla och i jourkansliet därifrån personalen jobbar. Vid varje dator i jourkansliet fanns en plastficka med checklistor så att man lättare kommer ihåg att använda dem då de är synliga och nära. Isbarschemat fanns också i en plastficka vid datorn som hjälp att komma ihåg hur man rapporterar till avdelningen enligt Isbar. Ena skribenten som jobbar på samjouren informerade i varje skift om testningen Lean arbetssätt, om att komma ihåg checklistan till avdelning och Isbar rapporteringen och följde med arbetet, att överenskomna arbetssätt följdes. Att följa med arbetet och vara närvarande gör att man kan ta i problem då de sker och åtgärda dem genast. Att synas och finnas till i början av testningen av det nya arbetssättet, checklistan och Isbar gör att det känns tryggt för personalen som då kan fråga genast om något är oklart. Den ena skribenten var närvarande under hela testningsskedet som varade 6 veckor med början i mitten av januari. Skribenten informerade också läkarna i skiftesbytena och såg till att någon av skötarna som jobbade veckoslut gav informationen till de jourande läkarna. Information sattes också i läkarkansliet om Lean förbättringsarbetet.

För att få Leanfilosofin att fungera på arbetsplatsen måste man ha ett närvarande ledarskap på avdelningen. Att gå till platsen där arbetet görs och se med egna ögon för att verkligen förstå situationen, att gå till källan det vill säga där det händer, ledare bör känna sin egen verksamhet genom att själv spendera tid i den. Det bästa sättet för en ledare att själv förstå är att gå till platsen och observera, lära känna och experimentera med verksamheten och

dess processer. Ett närvarande ledarskap är av största vikt för att det dagliga arbetet i verksamheten ska kunna fungera på bästa sätt. Ledarnas ansvar i en leanorganisation är att ansvara för och leda verksamheten mot organisationens uppställda mål. Ledarens uppgifter är att skapa förutsättningar för individen att själv ta eget initiativ för att lösa problem, som kan förbättra hans arbete och säkerställa att det arbete som individen utför skapar värde både för kunden och organisationen. Feedback är viktig och hjälper personalen att växa och att i framtiden prestera bättre. Närvaro i verksamheten är nödvändig för att se till att det standardiserade arbetssättet följs och också för att upptäcka och se möjliga förbättringsmöjligheter. Ledaren behöver vara synlig och observera verksamheten varje dag.

För medarbetarna innebär det att man arbetar med tydliga och gemensamma mål, att man i viktiga uppgifter har ett arbetssätt som är oberoende av vem som utför uppgiften, att arbeta med förbättringar i den dagliga verksamheten och att arbeta med mottagaren i fokus. För att kunna arbeta med ständiga förbättringar och med tydligt kundfokus måste ansvar och befogenheter ligga hos den som utför uppgiften. Det innebär att medarbetarna själva får ta beslut i så stor grad som möjligt. Om uppgiften är väldefinierad och kundbehovet är klart skall medarbetarna själv kunna avgöra hur undantag och problem skall hanteras. En annan viktig princip är att flera medarbetare skall kunna göra varje uppgift. På så vis blir organisationen mer flexibel och mindre sårbar. (Rognes et al. 2015, s. 20)

Daglig styrning är ett viktigt verktyg då organisationen vill sprida och förstärka kunskap om målen hos medarbetarna. Daglig styrning kan innebära att t.ex. alla träffas på morgonmötet där man berättar om viktiga saker och strukturerar upp dagens arbete. Mötet ska ha en agenda och ske ute i verksamheten, det bör också hållas på stående fot och inte vara mer än 5–10 minuter t.ex. vid skiftbyten vid triage och personaltavlan där man kan diskutera platssituation på sjukhuset eller patienterna på jourpolikliniken (Andersson & Joseffson, 2012). Daglig styrning testades på det sätt att ena skribenten som var närvarande under testningsskedet hade information en kort stund vid skiftesbytena för att få ut tillräckligt information om testningen av Lean arbetssätt, checklistan och Isbar rapporteringen. Skribenten upplevde att det var ett bra sätt att nå så många som möjligt i personalen.

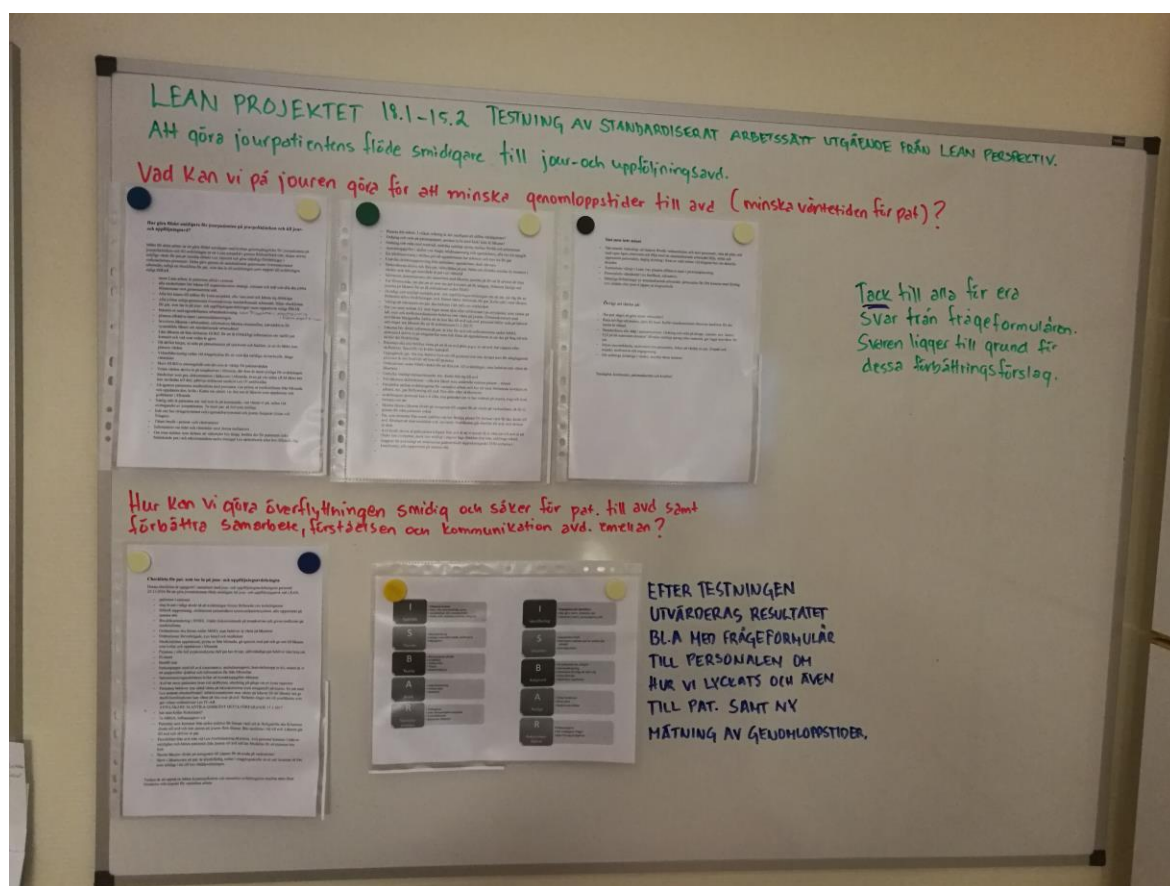


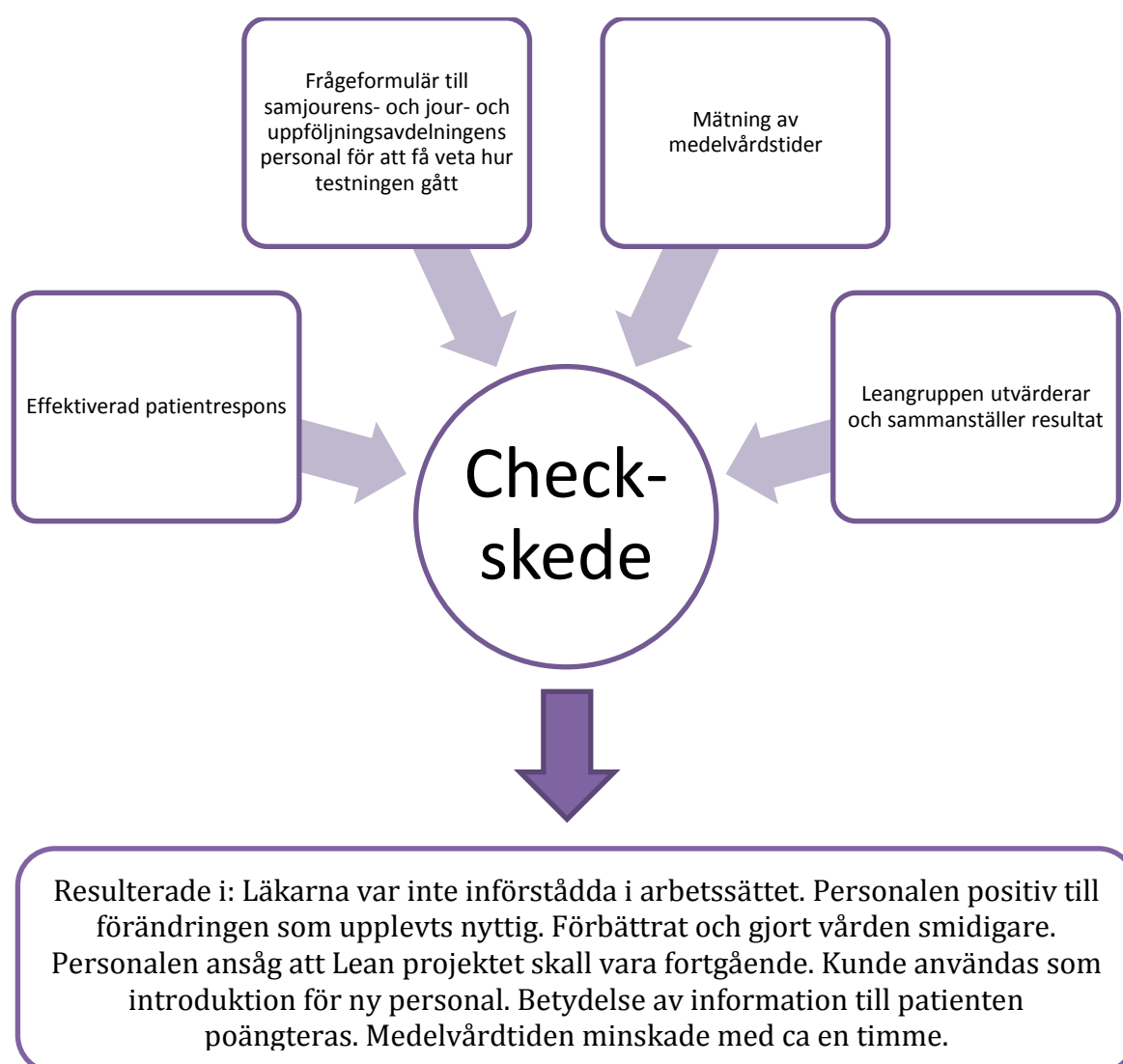
Bild 3. Lean tavlan i personalrummet med information om Lean projektet

Motstånd mot detta projekt fanns och det var viktigt att försöka motivera personalen på samjouren genom att ge tillräckligt med information och påvisa att liknande projekt inom HNS och i övriga Finland gett positiva resultat. Det är inte alltid lätt att nå alla i personalen under t.ex. avdelningstimmar då deltagandet brukar vara ganska dåligt.

I mitten av testningsskedet kontaktades jour- och uppföljningsavdelningens leangrupp per e-post om hur de upplever projektet såhär långt. Så småningom började skribenterna höra kommentarer av personalen om att det blivit lättare att få in patienterna till jour- och uppföljningsavdelningen, att det löper smidigare vid skiftbytena. Problemet var tidigare att personalen inte räckte till att ta emot jourpatienter under rapporten på jour- och uppföljningsavdelningen. Enligt information av jour- och uppföljningsavdelningens förman hade man nu ändrat sitt rapporterings arbetssätt vid skiftbyten till tysta rapporter och då lösgjordes personal till annat arbete. Inga avvikelserapporter (HaiPro) om hemmedicinering som inte stämmer kom till jourpolikliniken under testningsskedet. Checklistan fungerade då den var ifylld och medtagen till avdelningen, men alltid var den inte det. Patientens hemmedicinering stämde också bättre än tidigare och var kvitterad i patientprogrammet. Man tyckte också på båda avdelningarna att samarbetet blivit bättre

och förståelsen för varandras arbete ökat. Rapporten till avdelningen enligt Isbar har inte i detta skede gjort rapporten klarare, ibland tar det lång tid att komma till saken och vi tolkar det så att man inte ännu tagit den till sig, är inte van eller så rapporterar man inte så som det är överenskommet, enligt Isbar. En förändring sker inte över en natt, den måste ges tid. Denna information gavs till jourpoliklinikens personal på en avdelningstimme samt per e-post. Jour- och uppföljningsavdelning förman och leangruppen på avdelningen informerades per e-post och skulle informera övrig personal eftersom ingen avdelningstimme var möjlig att ordna med kort varsel.

### 5.3 ”Check”-skede



Figur 7 Figur över hur check-skedet påverkar utvecklingsprocessen.

Utvärdering är viktigt eftersom en stor del av lärandet från förbättringen sker här. Att utvärdera en förbättring handlar om att följa upp förbättringsarbetets resultat både under arbetets gång och efter genomförd förbättring.

Man utvärderar hur arbetet lyckats, i det här fallet testningen av arbetssättet, checklistan och Isbarrapporteringen. Mätning av hur arbetet lyckats, görs genom ny effektiverad patientrespons, frågeformulär till jourpoliklinikens personal och jour- och uppföljningsavdelningens personal om hur arbetet lyckats samt mätning av medelvårdtider på jourpolikliniken under testningstiden

I slutet av februari 2017 är testningen av det nya arbetssättet enligt Leanfilosofin över. Leangruppen innehållande både samjourens och jour- och uppföljningsavdelningens sjukskötare hade ett möte för att utvärdera hur testningen gått. Leangruppen ansåg att förståelsen och samarbetet avdelningarna emellan blivit bättre. Inga avvikelserapporter har kommit under vår testning. Medicinlistorna stämmer bättre överens med verkligheten nu än tidigare, de är uppdaterade och kvitterade mer än tidigare. Man har också fått patienterna inskrivna till jour- och uppföljningsavdelningen smidigare. Jour- och uppföljningsavdelningen har nu också börjat med tysta rapporter vilket gör att de har bättre möjligheter att ta emot patienter i skiftbytet. På mötet diskuterades det också att information till patienten med jämna mellanrum är A och O för patientnöjdheten. Man har upplevt att läkarna inte riktigt förstått sig på vad det är frågan om även om till exempel dagsläkarna fått personlig info samt en mapp med information om projektet. Leangruppen har försökt att vid skiftbyten informera läkare och också uppmanat övrig personal att göra det. Skriftlig information sattes upp vid varje dator i läkarkansliet om vårt projekt och så försöker vi i varje skift se till att läkarna vet om vårt projekt. (Bilaga 17)

Vi i Leangruppen var överens om att fortsätta med detta projekt som en del av vårt arbete eftersom det gett positiva resultat och att det med tiden blir ännu bättre. Detta meddelades övrig personal per e-post tills vidare. En avdelningstimme för jourpoliklinikens och jour- och uppföljningsavdelningens personal om resultaten av utvecklingsarbetet planerades för att gå igenom tankar och funderingar kring projektet. Vad var bra och vad kunde man gjort annorlunda, var projektet nödvändigt, har det blivit bättre och så vidare.

Önskemål på Leangruppens möte i slutet av februari var också att göra posters till väntrummet där man kort och koncist informerar om orsaker till att väntetiden kan bli lång. Detta skall vi förverkliga. Vi har i triagens väntrum ett dokument där vi beskriver hur det

går till på jourpolikliniken, detta dokument sätter vi nu också på borden i väntrummen eftersom dessa blanketter kanske inte noteras av de patienter som köar till triagen. I väntrummen är de mer synliga och patienterna kan läsa dem under väntetiden.

Skribenterna gjorde frågeformulär för både jourpoliklinikens och jour- och uppföljningsavdelningens personal, för att få personalens åsikter (bilaga 18 och 19) om hur testningsskedet av arbetssättet hade gått. Hur checklistan och Isbar fungerat och om samarbetet blivit bättre och förståelsen för varandras arbete ökat. Frågeformulären innehöll både öppna och slutna alternativa frågor. Svarstiden var 1 vecka i mars 2017 och information gavs om att det var frivilligt att svara och att svaren behandlas konfidentiellt. Även en ny effektiverad patientrespons och uppföljning av medelvårdtider gjordes under samma tid för att få reda på om testningen haft någon effekt på information, vård och väntetid.

### **5.3.1 Resultat av frågeformulär till samjourens personal efter testning av Lean arbetssätt, checklista och ISBAR rapportering.**

Personalen enkätsvar analyserades i form av en innehållsanalys bland annat; genom att hitta likheter, skillnader och olika grupperingar. På samjouren svarade 14 skötare av 18 på de utdelade frågeformulären. Samjourens personal som svarade på frågeformuläret tyckte att det nya arbetssättet enligt Lean inte uppfyllt sitt mål i detta skede angående förkortade väntetider. Här kan man tänka att testtiden var för kort för att kunna ge optimala resultat. En förändring i arbetssätt tar tid, det sker inte över en natt och det måste ges sin tid, att man tar det till sig, blir van och kan jobba enligt det. Skötarna har gjort sin del i projektet bra men läkarna är svåra att få involverade. Läkarna fick information och även personlig information vid skiftbyten men alltid kom inte personalen ihåg att ge informationen eller så fanns det inte tid att informera. Man gjorde upp en KOM IHÅG lista åt läkarna vid deras datorer för att de skulle komma ihåg att jobba enligt Lean-projektet. Här krävs ännu arbete att få dem involverade, information personligen krävs eftersom läkarna många gånger är olika för var dag. Dagsläkarna är dock lättare att få involverade då de är på plats varje vardag. Arbetssättet kommer efter utvärdering att kontrolleras och justeras. Från att ha varit en tre sidor lång beskrivning av ett nytt arbetssätt enligt Lean, blir det ett schema istället.

Patientens hemmedicinering, att den blir kontrollerad och kvitterad och att den verkligen stämmer får vi ännu jobba med. Läkarna påminns skilt för varje patient att kontrollera och

kvittera hemmedicinlistorna, ändå stämmer de inte alltid. Detta arbetsskede finns också på läkarnas KOM IHÅG lista vid datorerna. Inga avvikelserapporter har kommit på en lång tid från avdelningarna så vi antar att vi ändå lyckats till en del att få hemmedicinlistorna att stämma. På många jourpolikliniker på flera håll i landet är detta ett problem, brådska och inte tid att utreda patientens hemmedicinering via hemsjukvård och anhöriga kan vara en orsak eller att patienten inte heller vet eller kommer ihåg sin hemmedicinering. Som sagt fortsätter detta projekt med att få medicinlistorna att stämma och om det inte fungerar så måste ett helt eget projekt påbörjas.

Att flödet på samjouren stannade var tidvis ett problem eftersom man på avdelningarna inte kunde ta emot patienter i skiftbyten eller så hade man inte lämpliga platser för just den patienten. Detta har blivit avsevärt bättre eftersom man från samjouren ringer rapport till avdelningen i tid vid t.ex. isolering eller så att avdelningen hinner flytta om på avdelningen så det blir lämplig för den patienten som kommer in. Dessutom började man med tysta rapporter på avdelningen vilket lösgör skötare för att ta emot den nya patienten. Så även om början av projektet angående detta inte löpte så bra så blev det mycket bättre genom dessa förändringar. Man hade också en överenskommelse angående patienter som kunde komma till avdelningen för att vänta på sina undersökningsresultat men det har inte fungerat. Läkarna vill gärna att undersökningsresultaten är klara före man vågar göra beslut att skicka patienten till avdelningen. Detta är förstås också beroende på läkarnas erfarenhet, hur det fungerar. Tanken var att minska onödigt väntande för patienten, då man ändå vet att patienten ska tas in, men det har inte lyckats till belåtenhet utan måste ännu jobbas med i fortsättningen.

Checklistan tyckte man inte hade med jourpolikliniken att göra utan mera gynnade avdelningen. Checklistan var ju uppgjord för patienten som tas in till jour- och uppföljningsavdelning och har som sin uppgift att gynna patienten. Checklistan innehöll också sådant som vi alltid har gjort, så där var inget som var så nytt och som är ett krav på god vård och förberedelse för intagning till avdelningen. Checklistan hade inte tagits med till avdelningen vilket var meningen i detta projekt men om den var med så var den ifylld och man var nöjd på avdelningen. I början av projektet var man på jourpolikliniken inte riktigt motiverade att använda den men så småningom vände man sig, att den hörde till som förberedelse för patienten som tas in till avdelningen. Checklistan kommer att kontrolleras och justeras efter utvärderingen och göras, tillsammans med Isbar-schemat till fickformat och lamineras så att personalen kan ha det i fickan. Checklistan följer inte med och finns inte som ett dokument, vi är också ett papperslöst sjukhus och skall ju inte göra

pappersblanketter. Planen är att man har checklistan i fickan och kan kontrollera att man gjort allt som krävs och sedan dokumentera det i vårdplanen som skötarna på avdelningen sen kan läsa. Många har gjort så hittills också.

ISBAR rapporteringen har man upplevt som klar och redig och lätt att följa och att det viktigaste finns där. Många tycker att de alltid rapporterat på detta sätt men att det nu fått ett namn. SBAR schemat kommer att finnas i fickformat på baksidan av checklistan och lamineras och delas ut till alla skötare. I vårdplanen kan man dokumentera att man rapporterat enligt Isbar.

Överlag ansåg personalen att projektet medfört mycket bra och att inget blivit sämre iallafall. Man har också tagit till sig att nya arbetssätt är dagens melodi och även vi behöver förnya oss och förbättra vårt arbets- och tankesätt. Innovationer om hur vården kan bli smidigare och enklare är välkommet och man anser att förändringar behövs. Vi hade rätt många olika projekt på gång tillika med Lean-projektet och det upplevdes många gånger jobbigt och skapade oro, men ändå har personalen orkat bra med denna förändring. Ständiga förbättringar kommer att fortsätta och hör till Leanfilosofin. Man upplevde också att Lean-projektet gör att ny personal lätt kan komma in i arbetet då det finns en arbetsbeskrivning. Man upplevde att man blivit mer motiverad att göra saker rätt och att samarbetet förbättras avdelningarna emellan. Trots en del motstånd i början, vilket kan sägas höra till förändringar, så har projektet på jourpolikliniken förlöpt bra och de flesta ändå varit positivt inställda till det.

### **5.3.2 Resultat av frågeformulär för personalen på jour- och uppföljningsavdelningen efter testning av Lean arbetssätt, checklista och ISBAR rapportering.**

Frågeformulären som användes för personalen på jour- och uppföljningsavdelningen sammanställdes enligt antalet per svarsalternativen. Genom denna sammanställning kunde skribenterna få fram det alternativ som hade valts mest och genom detta fått fram personalens åsikt. 8 av 10 möjliga svarade på frågeformuläret.

Utgående från frågeformulären får man den uppfattningen att projektet lyckats. Patientens hemmedicinering var ett stort problem och även om hemmedicinering i medicindelen i patientprogrammet inte stämde överens med verkligheten, även om de var kontrollerade och kvitterade av läkaren, så stämde det bättre än vad de gjort tidigare. Patientens hemmedicinering jobbar vi ännu med på jourpolikliniken, att få läkarna involverade i Lean



arbetssättet och att informera och påminna om att man måste kolla och kvittera patientens hemmedicinering. Av erfarenhet vet vi att på många jourpolikliniker tåmpas man med samma problem och att det är ett ämne för olika projekt, för att få detta att fungera. Likaså påminns läkarna skilt för varje patient att komma ihåg att sätta ordinationer i ordinationsprogrammet och det upplevs fungera.

Checklistan har inte alltid varit med till avdelningen vilket var meningen i testskedet. Då checklistan har varit med och är väl ifylld så har jour- och uppföljningsavdelningen upplevt att det fungerat bra, man har fått information om vad som är gjort och vet då var man ska fortsätta. Alltid har man inte hunnit med att fullfölja hela checklistan men då har man inte kruxat i och det ger information till avdelningen och är viktigt för den skötaren som fortsätter att sköta patienten. De flesta svaranden anser att man haft nytta av checklista och det är positivt, det underlättar arbetet och gör det klarare och smidigare för patienten, vilket är syftet för detta projekt. Checklistan har också upplevts heltäckande och vettig och den har innehållit det som är viktigt för avdelningen. Eftersom syftet var att göra jourpatientens flöde till jour- och uppföljningsavdelningen smidigare så har checklistan uppfyllt sin funktion.

Angående ISBAR rapporteringen så har personalen på jourpolikliniken rapporterat enligt ISBAR och man tycker på jour- och uppföljningsavdelningen att rapporten har blivit mer strukturerad och klar men av någon orsak tycker man att den varit lång. ISBAR schemat är utvecklat så kort och lätt som möjligt och innehåller det viktigaste för den fortsatta vården på avdelningen. Om man upplevt rapporten för lång så har man nog inte från jourpolikliniken rapporterat på rätt sätt, enligt Isbar. Överlag anser personalen på jour- och uppföljningsavdelningen dock att rapporterna varit bra och utförliga.

Samarbetet, kommunikationen och förståelsen för varandras arbete har blivit bättre under projektets gång. En kommentar var att ”det var på tiden” att ett sådant projekt kom igång och det har upplevts positivt just med tanke på att man försökt kommunicera och komma överens om saker. Förståelsen blir bättre av att man förklarar varför saker är som det är.

Enligt personalen har Leanprojektet i sin helhet varit intressant och en förbättring har skett men att det ännu finns mycket att förbättra och man hoppas att alla fortsätter och kämpar vidare med projektet och att det inte glöms bort och att allt går tillbaka till det sämre igen. Man är gärna med i projekt som ger praktisk nytta. Dessutom rekommenderar man absolut detta Lean- projekt till andra avdelningar.

Utgående från denna analys kan man dra den slutsatsen att Leanprojektet varit till nytta, förbättrat och gjort vården av patienten smidigare med hjälp av jourpoliklinikens arbetssätt, checklistan för patienten som tas in till avdelningen och Isbarrapporteringen. Naturligtvis kommer detta projekt att fortsätta, det skall vara en naturlig del av det dagliga arbetet.

Efter utvärdering i detta arbete kommer resultatet att delges jour- och uppföljningsavdelningen om eventuella korrigeringar i arbetssätt, checklista och Isbar och hur man kommer att fortsätta för att Lean-projektet skall bli bestående mellan jourpolikliniken och jour- och uppföljningsavdelningen.

### **5.3.3 Resultat av effektiverad patientrespons**

För att få veta patientens åsikter om de förändringar vi gjort i vårt arbetssätt påverkat väntetiden gjorde vi en effektiverad patientrespons undersökning efter testningskedet.

Den effektiverade patientresponsen gjordes igen under en två veckors period i mars 2017. Följebrev gavs åt patienten, detsamma som vid första undersökningen. Samma Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts egna patientrespons blankett användes (bilaga 13). Information gavs till personalen

Frågeformulär gavs inte åt patienter under natten, minnessjuka och äldre patienter med sänkt allmäntillstånd. Samma frågor prioriterades som i den föregående undersökningen före testningen av det nya arbetssättet. 8 svar av 31 möjliga fick vi insamlat. (Bilaga 20)

De frågor som var relevanta för arbetet och som valdes att användas;

Fråga 4: För mig berättades om min vård och mina undersökningar.

Fråga 5: Vård- och undersökningssvar diskuterades med mig

Fråga 7: Jag fick information om tider och väntetider.

Fråga 8: Jag fick tillräckligt instruktioner för den uppföljande vården.

Fråga 10: Min vård var professionell.

Fråga 12: Personalen bemötte mig väl

Fråga 22: Utrymmena var prydliga.

Fråga 23: Min vårdmiljö var tyst och lugn.

Fråga 24: Den vård/service jag fick var bra.

Fråga 25: Jag kan rekommendera detta vårdsställe för andra.

**Tabell 2** Tabell över antalet svar per svarsalternativ på de frågor som valdes att användas. Svar totalt 8 st.

Fråga nr	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Varken av samma eller annan åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt	Gäller inte mig	Svarade inte
4	7	0	0	0	0	0	1
5	7	1	0	0	0	0	0
7	3	4	0	0	0	0	1
8	5	2	0	0	0	0	1
10	6	2	0	0	0	0	0
12	5	2	0	0	0	0	1
22	4	0	0	0	0	0	4
23	4	0	0	0	0	0	4
24	5	0	0	0	0	0	3
25	5	0	0	0	0	0	3

Sammanfattningsvis så var patienterna nöjda med att man berättat om vården och undersökningarna. Även att man diskuterade vård- och undersökningsresultaten med patienten. Att de fick tillräckliga instruktioner för den uppföljande vården, att vården var professionell och bemötandet var bra.

Patienterna upplevde att man inte fick tillräckligt med information om tider och väntetider på jourpolikliniken. Fortfarande har man inte uppnått målet med att patienterna får tillräckligt med information om väntetider och det behöver vi jobba med och fortsätta att utveckla på jourpolikliniken. Vad det beror på måste utredas, är det brådskan, att man inte hinner, är det personbundet eftersom ändå de flesta skötare uppger att de informerar patienten med jämna mellanrum och råkade just de skötare vara på jobb under patientresponstiden som inte informerar tillräckligt.

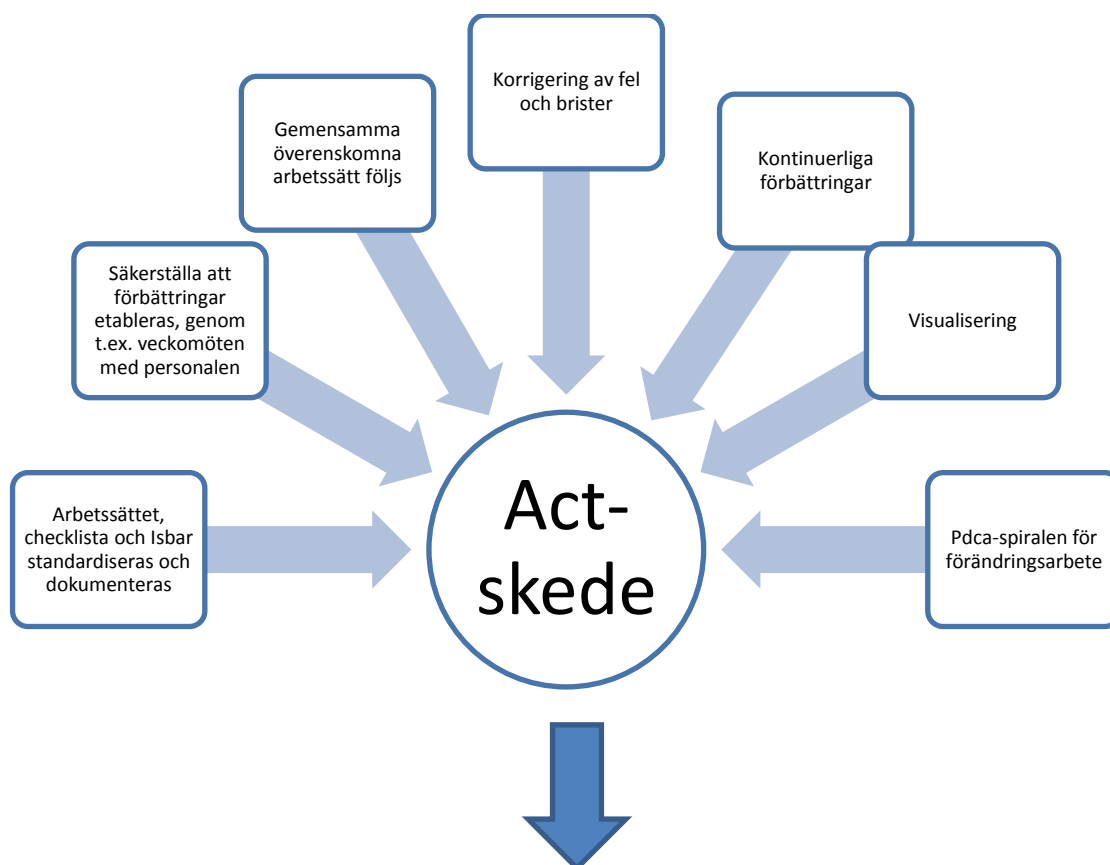
På avdelningstimmar om Leanprojektets gång poängterar man igen betydelsen av information till patienten och speciellt då ungefärliga väntetider under processens gång och att man faktiskt försöker att jobba enligt det gemensamt överenskomna standardiserade arbetssättet. För att Lean projektet ska nå sitt mål behöver hela personalen binda sig till detta arbetssätt och alla jobba enligt det.

### 5.3.4 Ny mätning av medelvårdtider

Medelvårdtiden för patienter som skrevs in på jour- och uppföljningsavdelningen under 2 veckor i mars, samtidigt med effektiverade patientresponsen var 3 timmar 16 minuter alltså avsevärt mindre än vid föregående uppföljningen av medelvårdtider. Under den första mätningen innan testningen av det nya arbetssättet enligt Lean, användning av checklisten för patienter som skrevs in till avdelningen och Isbar rapporteringen var medelvårdtiden 4 timmar 20 minuter.

Har man ändå lyckats med det nya standardiserade arbetssättet, att minska väntetiden för jourpatienten och att flödet blivit smidigare till jour- och uppföljningsavdelningen. Det anser skribenterna att man gjort.

## 5.4 Resultat i "Act"-skedet för utvecklingsarbetet



Resulterar i: Smidigare flöde för samjournspatienten till jour- och uppföljningsavdelningen enligt Lean (bilaga 21). Checklistan och Isbar (bilaga 22). Pdca-spiral modellen (bilaga 23). Syftet för detta examensarbete har således uppnåtts.

**Figur 8** Figur över hur act-skedet påverkar utvecklingsprocessen.

Det sista och kanske viktigaste steget i förbättringsarbetet är att säkerställa att de förbättringar som åstadkoms etableras på arbetsplatsen. Det innebär att överenskommelser om nya arbetssätt korrigeras om de inte fungerat i testningsskedet, fastställs och sprids inom personalen. Arbetssätten och överenskommelserna bör dokumenteras. Då man börjar använda de nya arbetssätten kan nya problem upptäckas, vilket kräver nya förbättringar, alltså slutar aldrig behovet av förbättringsarbete. Om inte nya arbetssätt standardiseras är man snart tillbaka i det gamla sättet. Det är viktigt att gå igenom standarder och utvärdera om förbättringsbehov finns (Petersson, 2012, s149).

En standard utgör basen för kontinuerliga förbättringar, en tydlig bild av ett avsett tillstånd, ett gemensamt överenskommet arbetssätt, gör avvikelser omedelbart synliga så att åtgärder snabbt kan vidtas. En bra standard är effektiv, meningsfull, enkel, tydlig och visuell (Braun & Kessiakoff, 2011, s 26–27)

#### **5.4.1 Standardisering av arbetssätt enligt Lean**

Personalen informeras på en avdelningstimme om resultat av detta utvecklingsarbete, patientrespons, medelvårdtider, frågeformulär före och efter testning och hur fortsättningen kommer att bli. Det påminns om att det nya standardiserade arbetssättet är en produkt av personalens diskussioner, erfarenheter, Lean gruppens workshops och personalens frågeformulär före och efter testning av det nya arbetssättet, checklista och Isbar.

Efter utvärdering i check-skedet kontrolleras arbetssättet och standardiseras som ett schema. I testningsskedet hade vi en 3 sidor lång text med det nya arbetssättet vilken var tung att läsa och följa. I checkskedet gjordes arbetssättet som ett schema istället. (Bilaga 21)

I mitten av schemat finns med lila färg ändamålet, ett standardiserat arbetssätt på samjouren enligt Lean. I schemat definieras patientens förväntningar i processen på samjouren med rosa färg, angående väntetid, information och hur göra så att väntetiden

inte känns så lång. Patientens förväntningar baserar sig på tidigare forskningar, observationer, mätning av medelvårdtider och effektiverade patientresponser.

Läkarens roll beskrivs med blå färg där det framkommer hur läkaren genom sitt sätt att arbeta kan göra väntetiden och flödet smidigare på samjouren och till avdelningen. En förutsättning är att läkaren involveras i detta arbetssätt ända från början, att kommunikation och samarbete läkare och skötare emellan fungerar. Viktigt är att läkaren följer gemensamt överenskomna arbetssätt. Läkarens arbetssätt baserar sig på observationer, erfarenheter hos skötare samt samjourens skötares frågeformulär i ”Plan” skedet.

Skötarens roll beskrivs i grön färg och innehåller arbetssätt som minskar slöseri och gör processen smidigare för jourpatienten. Genom att göra rätt från början, att planera sitt arbete, vara förutseende, puscha på läkaren, organisera flödet för patientens bästa, vara hans talesman, ge tillräckligt information och göra överenskomna vårdåtgärder reducerar man slöseri. Att följa gemensamt överenskomna arbetssätt enligt Lean, checklistan och Isbar rapporteringsmodellen gör att patientens flöde från samjouren till avdelningen blir smidigare, kvalitativt och patientsäkert. I Lean är patienten i centrum och då flödet löper utan problem och patienten känner sig trygg, har vi gjort ett bra jobb. Skötarens arbetssätt baserar sig på frågeformulär till samjourens och jour- och uppföljningsavdelningens personal, workshops, tidigare forskningar, effektiverad patientrespons, mätning av medelvårdstider, före och efter testning av det nya arbetssättet.

#### **5.4.2 Standardisering av checklistan**

Checklistan som gjorts utgående från samarbetsmöten med jour- och uppföljningsavdelningens personal, efter testning och frågeformulär presenteras som en fickmodell. Efter utvärdering har den justerats att passa bättre in på jourpolikliniken och är mer en checklista som namnet säger. Checklistan för patienten som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen fanns i testningsskedet i pappersformat och man tog med den till avdelningen så att skötaren på avdelningen lätt kunde se vad som var gjort. Eftersom vi är ett papperslöst sjukhus så ska vi inte producera mera papper, det hör inte till Lean. Checklistan dokumenteras nu i vårdplanen i patientprogrammet istället, som fri text. Checklistan kommer att presenteras som en laminerad fickmodell tillsammans med Isbar-schemat. (Bilaga 22)

### **5.4.3 Standardisering av ISBAR rapportering**

ISBAR presenteras som en laminerad fickmodell tillsammans med checklistan, fickmodellen är dubbelsidig. ISBAR på ena sidan och checklistan på andra sidan. ISBAR-schemat förändras inte, det bibehålls som det såg ut vid testningen. (Bilaga 22) Enligt frågeformulärsvaren som jour- och uppföljningsavdelningen fyllde i så tyckte man att rapporterna enligt ISBAR var för långa, men då har man inte rapporterat på rätt sätt, enligt ISBAR. Rapportering enligt ISBAR till jour- och uppföljningsavdelningen fortsätter, en strukturerad patientsäker rapport, alla rapporterar på samma sätt. Alla inblandade i detta utvecklingsarbete har kanske inte anammat detta rapporteringssätt men en förändring tar sin tid och det måste ges den tid det tar.

Vårt arbetssätt enligt Lean, checklistan till avdelningen och ISBAR schemat standardiserades efter det att alla i personalen fått introduktion och tillräckligt med information. Alla i personalen har fått dokumenten per e-post och godkänt det nya arbetssättet.

### **5.4.4 Visualisering**

Visualisering är ett verktyg som förmedlar information som uppfattas med en blick, ett sätt att lätt se helheten (Lehvonon, 2016, s 22)

Schemat för det standardiserade arbetssättet enligt Lean kommer att finnas lättillgängligt och synligt för alla. Alla har också fått en kopia av den i sin e-post också. (Bilaga 21) Laminerade checklistan och ISBAR i fickformat delas ut till alla under avdelningstimmen. (Bilaga 22)

Det standardiserade arbetssättet, checklistan och ISBAR schemat kommer att tilläggas i introduktionen för ny personal och studerande på jourpolikliniken. Introduktionen ska finnas både i pappersformat och på HNS intranet. Tanken är att detta utvecklingsarbete också skall sättas in på intranet för andra intresserade, att bekanta sig med.

### **5.4.5 Ständig förbättring**

I fortsättningen är det viktigt att förhindra att försämring i det standardiserade arbetssättet sker på grund av att alla i personalen kanske inte är motiverade att använda det nya arbetssättet, det nya arbetssättet hade kanske inte hunnit integreras ordentligt på arbetsplatsen eller att intresset avtar när projektet tar slut. Man bör som ledare hålla

motivationen uppe med avdelningstimmar och att man påminner om de överenskomna arbetssätten. Det skulle vara viktigt att få Lean tanke- och arbetssätt som en del i det dagliga arbetet, som en filosofi för avdelningen. Det är en utmaning för ledaren som hen ännu behöver jobba med.

#### **5.4.6 PDCA-spiralen för förbättringsarbete**

Detta examensarbete, att implementera Lean arbetssätt, resulterade i en Lean-modell som kommer att användas t.ex. för de övriga avdelningarna på sjukhuset, denna modell kommer att bland annat sättas ut på Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts eget intranät. Modellen följs nerifrån uppåt, se bilaga 23.

Denna modell baserar sig på PDCA-cirkeln inom Lean (Graban, 2012, s. 25–26) och aktionsforskningsspiralen inom aktionsforskning (Rönnerman, s. 5). Modellen är i form av en spiral för att visa att processen är en fortlöpande cyklisk process utan ett egentligt slut. Spiralen leder till nya frågor och problem som efter hand genom ett PDCA (Plan-Do-Check-Act) mönster löses.

Vid förändringsarbete börjar allt med ett planeringsskede, ”plan”-skede. Plan skedet börjar med att informera sjukvårds och övrig personal om vad som kommer att ske och varför. Personalen skall involveras för att få engagemang och delaktighet. Information kan ges per nät på avdelningstimmar osv. Personalen behöver även få skolning angående Lean-filosofin vilket kan fås genom bland annat föreläsningar. Detta är ett sätt att involvera personalen som är de kunniga inom sitt område och kan se vad som ur deras synpunkt behöver förändras. För att få ett bredare perspektiv på problematiken, mångprofessionellt borde man involvera såsom läkare, fysioterapeuter osv. Då detta är gjort bildas det grupper som kan arbeta tillsammans. Övrig personal informeras om vad denna grupp arbetar med och de skall ha möjlighet att framföra sina åsikter under alla skeden. Ett sätt att få personalens åsikter och önskemål är att använda sig av åsiktslåda, alla som vill kan skriva vad de anser och sätta det i lådan som tas upp under mötena. Medlemmarna i gruppen träffas på bestämda tidpunkter och identifierar problemet tillsammans. De frågar sig vad behövs göras? För att utreda vad som är problem kan verktyg som; värdeflödeskartor (nu läge och önskat läge), A3 eller orsak-verkan diagram (fiskbensdiagram) användas. Därefter sätts det mål eller delmål. Då problematiken är utredd, funderas ut hur/vad som skall göras för att uppnå de utsatta målen. Det skall även bestämmas den tidsperiod under vilken allt ska ske. Innan en förändring görs skall man göra utgångslägesmätningar. Till detta kan



användas de egna mätinstrument som finns eller andra metoder, såsom t.ex. enkäter. Dessa utgångslägesmätningar görs för att man efter att en förändring är gjord skall kunna utföra samma mätningar och kunna urskilja om det skett någon förändring, vilken och har den varit tillräcklig. Under ”plan”-skedet är ledarens roll av betydelse ledaren är den som skall få personalen involverad och föregå som exempel. Ledaren ska se till att alla personal har rätt information och vet vad som sker. Och inom Lean är den viktiga punkten att minska på slöseri. Allt detta i plan-skedet leder till att ett nytt arbetssätt eller en förändring introduceras.

I följande skedet ”Do”-skedet skall det nya standardiserade arbetssättet testas. Detta innebär att all involverad personal skall informeras om vad som kommer att ske varför och hur. Information om testtiden skall ges. Här är den närvarande ledaren av betydelse, både för informationsgivning och den dagliga styrningen men även som ett stöd. Ledaren är den som t.ex. i början av varje skift skall informera alla om vad som sker, hur och varför och observerar. Ledaren skall ha en helhetsbild av hur allt går till. Under detta skede är det viktigt att ständigt ge information så att alla skall veta vad som sker. Information kan ges muntligt men det skall även finnas skriftligt till hands såsom t.ex. en informationstavla där allt väsentligt finns. Under testperioden gör ledaren kontroller och går och diskuterar med alla om hur det går. Detta resulterar i att alla arbetar för gemensamma tydligt framställda mål.

Då testningstiden har gått kommer ”check”-skede. I detta skede görs nya mätningar samma mätningar som gjordes innan förändring gjordes. Alla insamlade data och alla resultat skall sammanställas och utvärderas. Med personalen hölls det reflektionsmöten för att få så mycket information som möjligt om hur förändringen upplevdes och om eventuella förändringar som behöver göras innan standardisering. Planering av fortsättningen påbörjas.

Under ”act”-skedet skall all data utvärderas. Utgångslägesmätningar och i ”check”-skedet på nytt gjorda mätningar skall jämföras med varandra för att få fram vad förändringen har resulterat i och det som inte fungerade ska korrigeras. Nu sker implementering av det nya dokumenterade standardiserade arbetssättet. Standardisering sker vilket gör att förbättringar som har gjorts etableras på arbetsplatsen. Denna standardisering leder till att kontinuerliga förbättringar kan göras. Allt skall visualiseras, tydliggöras i bild med färg så det upplevs positivt. Ständig förbättring sker. Information om fortsättning ges då det slutliga resultatet har gått igenom.

Under hela processen skall allt dokumenteras och personalen skall involveras och ha möjlighet att påverka. Information ska ges och den ska vara aktuell och rätt.

## 6 Kritisk granskning

Tillförlitligheten i detta arbete kan diskuteras, skribenterna anser att den är relativt tillförlitlig då den är gjord enligt de etiska principerna. Då den valda litteraturen har analyserats enligt en allmän litteraturöversikt och ingen kritisk granskning presenterad vilket försvårar läsarens möjlighet att bedöma resultatets giltighet och upprepande av forskningen (Axelsson, 2012, s. 203). Resultatet påverkas i och med att detta är gjort på ett litet sjukhus med små avdelningar nära kontakt avdelningarna emellan. Resultatet skulle eventuellt ha kunnat bli annorlunda om detta skulle ha gjorts på ett stort sjukhus. I och med att antalet svar på enkäter och antalet involverad personal varit liten. Här spelade tidsbristen en stor roll eftersom arbetet började senare än beräknat pga. Att jour- och uppföljningsavdelningen hade sommarstängt. Även personalens kännedom om varandra från tidigare eventuell bekantskap har kunnat påverka workshops resultat så att alla eventuellt inte har önskat eller vågat komma fram med egna åsikterna.

En av de stora utmaningarna i detta lärdomsprov var skribenternas olika roller. För den skribenten på vars arbetsplats förändringsarbete gjordes var utmaningen de olika rollerna och på vilka olika sätt skribentens egna agerande i de olika situationerna påverkade resultatet och att hålla sig neutral. Och för den andra som inte arbetade på platsen och inte var involverad dagligen i det praktiska var utmaningen att se allt från avdelningarnas sida i och med att arbeta inom en annan sektion. Det var svårt under rådande omständigheter att exakt veta vad som skedde och hur. Tillförlitligheten ökar då skribenternas har olika bakgrunder och yrkeshistoria, det ger ett bredare perspektiv i tankesättet och skribenterna har kunnat ”bolla” idéer mellan varandra.

Betydelsen av att få information om förändringen till personalen visade sig så som skribenterna visste vara stor. För att kunna vara med i en så här stor förändring kräver att all personal vet vad som sker varför när och hur. Antalet deltagare på avdelningstimmarna var inte det bästa och all information nådde inte alla trots att informationen även skickades per epost till alla. Detta ledde till att hela personalen inte var medveten om de olika förändringarna som skedde i arbetssättet och de olika hjälpmedel som togs i bruk. Vilket gjorde att under testningsskedet gjorde inte alla lika då alla inte visste om att det hade

påbörjats, trots att information om detta satts upp och meddelats. Detta påverkade resultatet så att t.ex. alla patienters besök inte gjordes enligt planen.

Att involvera läkaren var inget problem under dagtid då möjligheten att en av skribenterna själv var på plats och kunde informera om förändringsarbetet. Under övriga tiden skulle läkaren själva läsa in sig på vad som sker, och att så inte det skedde berodde bland annat på tidsbrist. Även under dagtid var läkaren en återkommande läkare medan de som arbetade under jourtiden var inhoppare och inte visste hurdan arbetsgången var. Detta gjorde att läkaren inte visste om vad man kommit överens om att göra för att patienten i ett så tidigt skede som möjligt skulle kunna skickas vidare.

## 7 Etiskt övervägande

Att genomföra ett arbetslivsförankrat utvecklingsarbete ställer krav både på skribenterna och på involverade, såsom personal, ledningen och involverade från skolan. Bland annat etiken ställer krav på skribenterna och i detta arbete har använts forskningsetiska delegationens anvisningar, god vetenskaplig praxis (2009).

Forskningslov har fått av Raseborgs sjukhus och alla involverades godkännande har fått. Deltagarna har fått exakt och rätt information och deras självbestämmanderätt, personliga integritet och dataskydd har tagits i beaktande. Inga involverade, personal, vårdare eller patienter har tagit skada p.g.a. denna forskning. Patienten har varit i fokus och dennes välmående och vårdande har varit av betydelse. Patienterna har fått ett följebrev tillsammans med enkäten där de fått information om forskningen. Det har varit frivilligt att svara och det har svarats anonymt. Personalen som har medverkat har fått information genast i början om vad projektet går ut på och vilka förväntningarna är. Alla svar och resultat av enkäter och workshoppar kommer inte att användas i något annat syfte än i detta examensarbete. De som medverkat i workshopsgrupperna har frivilligt deltagit och workshopsgruppens diskussioner och material är konfidentiellt och ges inte ut åt någon annan eller används i något annat syfte än detta. (Bell, 2009, s. 53–65)

Frågeformulären som användes för patienterna var husets egna patientresponsblankett varav användes de frågor som berörde området och krävde inget extra lov. Patienterna informerades om frivillighet att delta och att svaren behandlas konfidentiellt. Frågeformulären som användes för personalen behövde inte heller några extra lov, enbart

muntligt lov av översköterskan då det inte bröt mot personalens integritet. Information om frivilligt deltagande och att svaren behandlas konfidentiellt gavs före.

Insamling och analys av använd information har gjorts etiskt rätt, dokumenterats och materialet kommer att förstöras. Publikationerna som har använts, är rätt hänvisade och använda med hänsyn till andra forskares arbete inget forskningsresultat är förfalskat. Skribenterna har verkat som närvarande ledare, neutrala och utan att påverka workshoparna.

Skribenterna fungerar som projektledare, den ena mera än den andra eftersom det är hens arbetsplats och den andra skribenten som inte jobbar på denna arbetsplats ansvarar mer för dokumentationen i utvecklingsarbete och deltar i sådant som t.ex. genomgång av väntetider, workshops. Ett uppdragsavtal har gjorts och den skribent som inte arbetar inom HNS har skrivit under ett tystnadsplikts och konfidentiellt kontrakt.

Skribenternas olika roller har inneburit en utmaning. Bägge skribenterna är medvetna om hur den egna rollen skall styras och hur den kan påverka lärdomsprovets resultat både negativt och positivt. Den ena skribenten har haft flera olika roller, både som skribent, forskare, arbetstagare, ledare på arbetsplats och Lean förespråkare vilket har lett till en utmaning att hålla sig neutral och inte påverka något med sina egna åsikter och att kunna se på förändringsarbetet från olika håll enligt de olika rollerna. Medan sedan den skribent som arbetar annanstans har som utomstående sett på förändringsarbete med andra ögon. Detta har varit både positivt men även negativt. Det har varit utmanande att förstå alla åsikter i och med en annan omgivning men även bra i och med att detta har gett flera olika synsätt. Enligt Dychawy Rosner (2012, s. 28) kan man inte tolka, utveckla eller genomföra en förändring på ett område om man inte förstår hur vårdare, läkare eller patienter själva ser på sin situation.

## **8 Diskussion**

Resultatet av detta projekt har haft så positiv verkan på patientens flöde på jourpolikliniken och till jour- och uppföljningsavdelningen att det kommer att integreras som en naturlig del i det dagliga arbetet. Inom Leanfilosofin arbetar man med ständiga förbättringar och det är meningen att det är personalen som ska komma med förslag till förändringar i arbetssättet och visar det sig att det är bra så ändrar man eller tillägger det arbetssättet i schemat, testar och utvärderar. Personalen är experter på sitt eget arbete och det är de som ska komma

med förslag om förändringar. Ledaren inom Leanfilosofin är coachande, att vara närvarande, att synas, att vara på plats och se att överenskomna arbetssätt följs är viktigt. Att motivera, uppmuntra stödja, lyssna och finnas till är viktiga egenskaper hos ledaren i detta förändringsarbete.

Målet om bättre kommunikation, samarbete och förståelse för varandras arbete har uppnåtts enligt frågeformulären och utgående från feedback från jour- och uppföljningsavdelningen. Dessutom såg personalen på jour- och uppföljningsavdelningen också över sina egna processer, t.ex. avslutade man de muntliga rapporterna i skiftesbyten och man började med tysta rapporter vilket lösgjorde skötare att ta emot patienter från jourpolikliniken. På jour- och uppföljningsavdelningen använde man sig av 5S vad gäller ingreppskärror och skåp. Inga avvikelserrapporter har heller kommit från avdelningen på en lång tid, vilket kan tolkas som att Lean utvecklingsarbetet lyckats. Helt klart kommer detta att fortsätta, det kommer vi, skribenterna och Leangruppen på jourpolikliniken att se till att det gör.

Avdelningarna borde kanske se över sina processer till exempel patienter som skall hemförlovas. Målet är enligt HNS, att patienter hemförlovas före klockan 13, vilket dock inte är möjligt på avdelningarna eftersom patienterna får plats på bäddavdelning först på eftermiddagen och anhöriga hämtar hem sina egna kanske först på kvällen. Dock är det ett förslag värt att fundera på.

Eventuellt blir det aktuellt med att implementera detta Lean tänkande och arbetssätt på Raseborgs sjukhus övriga avdelningar. Under projektets gång kom det önskemål om det. Patientens hemmedicinering, att få den att stämma med verkligheten, att läkaren kontrollerar och kvitterar den i medicindelen i patientprogrammet kan bli ett helt eget utvecklingsprojekt, ett viktigt sådant.

Detta lärdomsprov var arbetslivsförankrat och gjordes enligt aktionsforskningens principer och har lett till nya arbetssätt för att göra den inremedicinska patientens flöde till jour- och uppföljningsavdelningen smidigare genom att använda ett Lean-perspektiv. Lärdomsprovet resulterade i ett nytt arbetssätt enligt Lean där reducering av slöseri var i huvudrollen. För att göra flödet smidigare till avdelningen, vården kvalitativ och patientsäker gjordes en checklista och en modell för Isbar rapportering. Förutom de ovanstående så resulterade utvecklingsarbetet i en PDCA spiral enligt Lean som kan användas som modell för förändringsarbete inom Raseborgs sjukhus.

Isbar rapporteringssystem togs emot med varierande framgång. Det har gjorts forskning om användningen av Isbar och i Männikkös och Olkkonens forskning (2013) har man kommit fram till att det behövs en utbildning för att kunna använda Isbar effektivt. Detta är något som nu inte blir utrett under detta examensarbete men är något som eventuellt skulle kunna undersökas i framtiden.

Detta examensarbete riktades till samjouren och patientflödet därifrån till jour- och uppföljningsavdelningen. Samma utveckling skulle kunna göras på alla avdelningar i Raseborgs sjukhus. Även mer involvering av läkare där avdelningsläkaren skulle ha en central roll. Nu hade vi ingen läkare i Leangruppen involverad pga. långvarig frånvaro.

Det standardiserade arbetssättet, checklista och Isbar rapportering kan naturligtvis användas för vilken avdelning som helst, vilket eventuellt kan bli vårt följande projekt.

## Källförteckning

Andersson, T & Josefsson, 2012. *Analys samt förslag till effektivisering av patientflödet vid en vårdcentral. Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet*. Göteborg: Ekonomi och produktionsteknik, Chalmers tekniska högskola.

Amundsdotter, E., 2010. *Att framkalla och förändra ordningen*. Polen: Gestalthusets förlag.

Axelsson, Å., 2012. Litteraturstudie. i: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Bell, J., 2009. 3. Etik och integritet i samband med forskning. i *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bell, J. 2016. 9. Utformning och hantering av enkäter. i *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bendel, S., 2015. Teho-osasto ja Lean. *Finnanest* 48(2), s. 112–114.

Braun, P. & Kessiakoff, R., 2012. *Introduktion till Lean- grundläggande tanke- och arbetssätt*. Malmö: Liber.

Considine, J., Martin, R., Smit, D., Winter, C. & Jenkins, J., 2006. Emergency nurse practitioner care and emergency department patient flow: Case-control study. *Emergency Medicine Australasia*, 18, s. 385–390.

Dellve L., Eriksson A., Fredman M. & Kullén Engström, A. 2013 Lean i hälso- och sjukvården. i: I Sederblad red. *Lean i arbetslivet*. Stockholm: Liber.

Dychawy Rosner, I., 2012. Aktionsforskning och fallstudier. i: (red) M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Stockholm.

Ekelund, U., Kurland, L., Eklund, F., Torkki, P., Letterstål, A., Lindmarker, P. & Castrén, M., 2011. Patient throughput times and inflow patterns in Swedish emergency departments. A basis for ANSWER, A National Swedish Emergency Registry. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 19, s. 1-10.

- Fairbanks, C., 2007. Using Six Sigma and Lean Methodologies to Improve OR Throughput. *Aorn journal*, 86(1), s. 73-82.
- Farrokhnia, N. & Göransson, K., 2011. Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19:72, s. 1–5.
- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Att göra en systematisk litteraturstudie: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forsberg, K., 2013. *Workshops och arbetsmöten. Verktyglåda för meningsfulla möten*. Liber. E-bok, upplaga 1.
- Forskningsetiska delegationen. 2009. *Etiska principer för humanistiska, samhällsvetenskapliga och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. [Online] <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf> [hämtat: 15.02.2016].
- Graban, M., 2012. *Lean hospital, improving quality, patient safety and employee engagement*. Boca Raton: CRC Press.
- Gröndahl, W., Kauhanen, S., Soini-Koskinen, E., Koskinen, J., Karineva, R. & Leonard, T., 2014. ISBAR – Tiivistetyn raportoinnin jäsentämiseen työkalu. *Hospital 2*, s. 3.
- Holter, I., M. & Schwartz-Barcott, D., 1992. Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of advanced nursing* 18, s. 298-304.
- HUS 2015. *HUS:n hoitotyön ammatillinen toimintamalli*. HUS.
- Husari 2016. 5. s.30–31.
- Högfelt, D., Sjögren, T. & Wimarsson, H., 2011. Lean healthcare: Jakten på nyckeltal inom svensk sjukvård. *Examensarbete på avancerad nivå inom ekonomistyrning*. Kalmar Växjö: Fakulteten för ekonomi och design, Ekonomihögskolan, ELNU, Linnèuniversitetet.
- Isotalo, T., 2013. *ISBAR – En strukturerad rapport förbättrar patientsäkerheten*. Examensarbete Arcada.
- Jonsson, F., 2010. Halverade väntetider på akutmottagningen. – en verklighet? *Svensk kirurgi*, 68(3), s. 144-145.



Junttila, K., 2015. *Magneettisairaalamalli – mistä oikein on kyse?* Asiantuntijaryhmien infotilaisuus 1.9.2015.

King, D., Ben-Tovim, D. & Bassham, J., 2006. Redesigning emergency department patient flows: Application of Lean Thinking to health care. *Emergency Medicine Australasia*, 18, s. 391–397.

Kiura, E. & Mäkelä, M., 2012. *Päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmasta*. Helsingfors: THL.

Kupari, P., 2012. ISBAR –menetelmä Tiedonkulun turvaaminen potilaasta raportoitaessa / konsultoitaaessa. En powerpoint presentation från Malmin päivystystoimintojen yksikkö (Helsinki).

Kupari, P., Törmänen, P., Jantunen, K. & Lunden, A., 2014. Turvallista tiedonvälittämistä: ISBAR-menetelmä Malmin sairaalan päivystystoimintojen yksikössä. Potilasturvallisuuspäivät 2014 7-8.4 Tampere.

Kyrölä, L., Laitinen, P., Porola, H., Verho, T., Väisänen, T. & Räsänen, M. 2016. *Potilaan hyvä kohtelu päivystyksessä*. [Online] <http://tamkjournal.tamk.fi/potilaan-kokema-hyva-kohtelu-paivystyksessa/> [hämtat: 10.12.2016].

Larsson, S. & Korjonen, P., 2013 *Omsorg och Lean, tydliga målbilder och ständiga förbättringar*. Helsingborg: Komlitt.

Lehvonen, S., 2016. Lean.Powerpoint presentation på Raseborgs sjukhus. 04.05.2016.

Liker, K., F., 2011. *Toyotan tapaan*. Helsinki: Readme A Bonnier Group Company.

Mazzocato, P., Holden, JR., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M. & Thor, J., 2012. How does lean work in emergency care? A case study of a lean inspired intervention at the Astrid Lindgren hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* 2012 12:28.

Muntlin Athlin, Å., von Thiele Schwarz, U. & Farrohknia, M., 2013. Effects of multidisciplinary teamwork on lead times and patient flow in the emergency department: a longitudinal interventional cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2013, 21:76, s. 1-10.

Mäenpää, I., Renholm, M., Simonen, O. & Vanhasasi-Huida, S., 2014. *Transformatiivinen johtajuus*. Magneettisairaala luento 25.11.2014.

Mäkijärvi, M., 2010. *Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa*. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA-tutkielma. Tampereen teknillinen yliopisto.

Männikkö, M. & Olkkonen, L., 2013. *Isbar-menetelmän käyttökokemukset Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja Pohjanmaan pelastuslaitoksen Vaasan ensihoitoyksikössä*. Vasa yrkeshögskola. Sosiaali- ja terveysala.

Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K., Ehrenberg, A., Asplund, K., Castrén M. & Farrohknia, N., 2011 A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 19 s. 1-9.

Petersson P, Olsson B, Lundström T, Johansson O, Broman M, Blucher D, Alsterman H., 2012. *Ledarskap- Gör Lean till framgång*. Part Development AB, Bromma.

Powell, AE., Ruschmer, RK. & Davies, HT., 2009. *A systematic narrative review of quality improvement models in health care*. [Online] <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=32011000041> [hämtat: 10.12.2016].

Pöri, H., 2016 *Terveydenhuollon Lean workshop*. Powerpoint-presentation 10-11.3.2106. Helsingfors.

Rika, M. & Mustonen, P., 2014. *ISBAR-menetelmä turvallisempaan potilasraportointiin päivystyspoliklinikalla*. HUS.

Rognes, J & Svarts, A., 2015. *Lean i ården. En översikt över dagsläget i Sverige. Ledningssystem och styrning av vård*. [Online] [www.leadinghealthcare.com](http://www.leadinghealthcare.com) [hämtat 10.5.2016].

Romppainen, T. (u.å.) *Näyttöön perustuva hoitoyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä asiakaspalvelukokemus ensiapu acutassa*. [Online] [www.pshp.fi/download/noname/%7B41469C9A.../33839](http://www.pshp.fi/download/noname/%7B41469C9A.../33839) [hämtat: 10.12.2016].

Ruben, F. & Widgren, B., 2011. Kortare väntetider på akuten med läkare i triageteamet Jämförelse av standard- och akutläkartriage. *Läkartidningen* 7(108), s. 340–342.

Runebjörk, I. & Wendelby, M., 2013. *Lean med hjärta och kreativitet- om autentiskt ledarskap och kommunikation*. Falun: Ekerlids.

Rönnerman, K., (u.å.) *Aktionsforskning och kvalitetsarbete*. [Online] [http://ips.gu.se/digitalAssets/1267/1267966\\_AktionsforskningEssens.pdf](http://ips.gu.se/digitalAssets/1267/1267966_AktionsforskningEssens.pdf) [hämtat: 29.02.2016].

Sandberg, Å., 1982. Från aktionsforskning till praxisforskning. *Sociologisk Forskning* nr 2–3.

Saarinen, S., 2007. *Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta*. Tamperen yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

Social- och hälsovårdsministeriet, 2014. *Kvalitet och patientsäkerhet inom prehospital akutsjukvård och jourverksamhet från planering till genomförande och utvärdering*. Social- och hälsovårdsministeriet publikationer 2014:16.

Socialstyrelsen 2017. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. [Online] <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf> [hämtat: februari 2017].

Svensson, L., 2002. Bakgrund och utgångspunkter. i: L. Svensson, G. Brulin, P-E. Ellström & Ö. Widegren red. *Interaktiv forskning – för utveckling av teori och praktik*. Lund: Media-tryck.

Vehviläinen-Julkunen, K., Miettinen, M. & Haatainen, K. 2010. Näyttöä Magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin. *Best Practice* 14(11), s. 1-4.

WHO 2009 Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer. [Online] [http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/sw.\\_manual.pdf](http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/sw._manual.pdf) [hämtat: 10.12.2016].

Willman, A., Stolz, P.& Bahtsevani, C., 2011. *Evidensbaserad Omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

## Bilaga 1

### Triagens arbetsbeskrivning.



Raseborgs sjukhus, samjouren

Triagen gör för varje enskild patient en bedömning av vårdbehov samt klassificering av skyndsamhetsordning, enligt gällande direktiv, för att patienterna ska få rätt vård, i rätt tid och på rätt plats. Läkare konsulteras v.b. Patienterna på jouren sköts enligt skyndsamhetsklass, inte enligt ankomsordning. Vid icke brådskande fall kan Triagen bedöma att besöket blir ett skötarbesök eller hänvisa patienten till hvc följande dag (dokumenteras i Miranda, direktiv i fläppen i Triagekansliet)

Helst ska bedömning ske på 30 sek-3min, Triagen ska snabbt kunna känna igen och bedöma kritiska och livshotande tillstånd. Kritiska och livshotande tillstånd rapporteras omedelbart till läkare. Vid mottagandet intervjuas patienten om ankomstorsak, symtom samt nuläge. Triagen kan vid mottagandet göra mindre kontroller såsom t.ex kolla SpO2. Behöver pat. bedömas noggrannare kan Triagen ta in pat. i ett undersökningsrum. Vårdåtgärder är endast i nödfall Triagens uppgift.

Patienterna klassificeras enligt A-E klassificeringssystem(se fläppen i triagekansli)

Även skilda Triagedirektiv finns enligt störningar i vitala värden(se fläppen i triagekansli)) samt för olika symtom(se fläppen i Triagekansliet) uppgjorda av ansvariga läkaren. Triagen jobbar utgående från dessa direktiv.

Klassificering grundar sig på patientens kliniska tillstånd men även på remissen och bakgrundsfaktorer. Vid behov ändras klassen under besöket t.ex efter att egenskötaren gjort en noggrannare undersökning.

Triagen bedömer om patienten är en allmänmedicinsk (yle) eller spec.pat (med, kir osv) eller ett skötarbesök samt kan patienten sitta eller behöver hen ligga. Triageskötaren samarbetar med sekreteraren, i Triage mottagningen, som bl.a bokar besöket (se sekr. arb.beskr i triage fläppen)

Ambulanstrafiken följs upp på Merlot Medi programmet på datorn. Ambulansrapporten printas ut i Triagekansliet av ambulanspersonalen. Då ambulans anländer utser man en egenskötare som får rapport direkt av ambulanspersonalen. Triagen lyssnar också på rapporten för att kunna bedöma vårdbehov samt skyndsamhetsordning för patienten.

Utöver detta ansvarar man för och koordinerar arbetsfördelningen på jouren. Triagen utser en egenskötare och ett rum och rapporterar om patientens ankomstorsak, symtom, nuläge och annat

viktigt till egenskötaren. Triagen skriver in patienten på Triagetavlan i skötarkansliet och egenskötaren uppdaterar den.

Triagen är ansvarig i arbetsskiftet och ansvarar utöver bedömning av vårdbehov samt skyndsamhetsordning också för att arbetet på samjouren löper smidigt. Viktig information angående verksamhet tilldelas övrig personal så att alla är ”up to date” med vad som är aktuellt. Triagen skriver viktig information eller sätter upp dokument på anslagstavlan i skötarkansliet till påseende. Information om förändringar i pat. tillstånd rapporteras till Triagen samt annat viktigt, av betydelse, som sker på samjouren.

Triagen har ansvar för MET(medical emergency team)-telefon och verksamheten i sin arbetstur och utser 1-2 skötare som går till avd. som behöver hjälp med akuta fall.

Triagen följer upp vårdarbetet samt platssituationen på samjouren via avos ilmoittautumislueetelo samt huonetaulu i Oberon.

Triagen svarar på samtal i mån av möjlighet.



Triagen efter arbetsdagen!!

## Bilaga 2

## Schema över triageprocessen.

## Triageprocessen



Intervju patienten

- Fråga patientens ankomstorsak
- Hur länge har åkomman funnits (när började symptomen; har det skötts redan någonstans)
- Symptomen och måendet kort
- Gör en snabb bedömning av skyndsamhetsklassen: Nödläge/Brådskande/Annan jourpatient
- Bestäm specialiteten

Skötaren

Konsultera läkare vid behov

Skötaren



Jourpatient

Inte jourpatient



Skötaren eller sekreteraren

Skötaren



Skriv in patienten i Oberon.

Kolla kontaktuppgifter, försäkringsuppgifter mm

Bestäm specialitet och skyndsamhetsklass

Hänvisa till egen hälsovårdscentral på vardag.  
Ge tid till hvc inom 1-3 dagar, eller hvc:s skötarmottagning.



Med

Kir

Yle

Dokumentera i Desktop; päivystyspotilaan ohjauskaavake, symptom, vad man gett för råd åt patienten, muntligt och skriftligt



Printa ut namntarror

Yle

Sjukskötarmottagning



Hänvisa patienten till rätt väntrum eller ledsaga patienten till bäddplats vid behov



Rapportera till vårdteamet/egen skötare om patientens ankomstorsak, symptom, när de debuterat, nuläge och var patienten finns



Skriv in patienten på triagetavlan (triageklass, namn, klockslag, specialitet, ankomstorsak samt egen skötare)

## Bilaga 3

### Arbetsbeskrivning för egenskötare

**Rapport:** När patienten kommer till jouren gör Triage skötaren en bedömning av patientens tillstånd och delegerar patienten vidare så att vårdtyngden mellan vårdarna blir någorlunda jämn. Triage skötaren kollar upp ankomstorsak, symptom, nuläge, skyndsamhetsordningen samt var patienten lokaliseras rum/väntrum. Om patienten kommer med ambulans ges rapporten direkt till egenskötaren för att undvika dubbelrapportering.

**Triagetavlan:** Fylls i av Triage skötaren medan egenskötaren samt läkare håller tavlan uppdaterad tillsammans med laboratoriet, röntgen och stafett. Här följer man patientens händelseförlopp, samt på AVOS där man dokumenterar var patienten befinner sig på jouren samt vart patienten flyttas t.ex. till en avdelning eller hem. Egenskötaren skrivs in på AVOS så att alla vet vem som sköter vem. Även sekreteraren kan hjälpa till med dessa uppgifter v.b dokumentera även vilka telefoner egenskötarna har -det underlättar jobbet när anhöriga vill ha tag i rätt vårdare.

**Intervju:** Läser remisser, ambulansrapporter samt övriga dokument som pat. har med sig vid ankomsten. Intervjuar patienten; anamnes, nuläget, aktuell medicinering och allergier.

**Kontroller/ undersökningar:** Ta vitala värden på patienten, ekg, palpera och auskultera

**Dokumentering:** Sker i patientdatasystemet MIRANDA. All dokumentering sker i HOKE, Temp-kurva samt olika mätskalor så som på smärta NRS och fallrisk IKINÄ, trycksår BRADEN, spec. texten skrivs på Miranda. Kom ihåg diagnoskoder vid skötarbesök. Kontrollera patientens medicinlista tillsammans med läkaren samt skriv in läkemedel som ges till patienten i läkemedelsdelen. Egenskötaren bokar även in följande besök till olika mottagningar eller för att kontrollera röntgen-bilder samt utlåtande av dessa efter en helg då inga utlåtande av nativa bilder fås.

**Ordinationer/Vårdåtgärder:** Skall finnas under klubban(MMO). Ge en utvärdering av vad du kommit fram till med förjouren så kan läkaren undersöka patienten och ordinera laboratorieprov, röntgen mm. Andra vårdåtgärder KAD, gipsning, såromläggning. Assistera och förbered inför olika ingrepp så som suturering, punktion, cardioversion, jouroperation där OPERA anmälan görs. Sträva till ett nära samarbete mellan jourläkare, egenvårdare, röntgen samt övriga instanser så som avdelningar. Samarbetet löper bättre om man vet varandras planer och riktlinjer och man kan förbereda patienten bättre och minska på väntetider mellan olika ingrepp och undersökningar. Detta kan även kallas för att man LEAN:ar i arbetet.

**Konsultation:** Kom ihåg att konsultera kollegor, läkare om du är osäker t.ex. vid skötarbesök

**Patientsäkerhet:** Kontrollera att patienten har tillgång till alarmklocka, att det finns balkar på sängen och att patienten har ID-band.

**Hygien:** Kontrollera att patienten har torrt, rent och varmt. Kläd-, blöjbyte och sårvård. Hämta filter -det är kallt att ligga stilla på en brits! En god handhygien och ett aseptiskt arbetssätt är viktig för att motverka spridning av bakterier.

**Nutrition:** Vätskning i.v, p.o och v.b beställa mat till jouren eller färdigt till avdelningen.

**Elimination:** Hjälper patienten med WC besök, pottstol, stickbäcken, blöja eller KAD

**Personliga saker:** Märk sakerna med namnetiketter, plocka ihop och kontrollera att de följs med pat. Kolla gärna med anhöriga ifall patienten har stora summor pengar med ifall de kan ta med dem hem och dokumentera detta. Dokumentera även ifall du varit tvungen att klippa sönder kläder eller med patienten lov fått slänga vissa klädesplagg.

**Anhöriga:** Kontrollera anhöriguppgifterna och upprätthåll kontakten med den närmaste anhöriga och informera om vårdlinjen

**Patienthandledning:** Se till att patienten får med sig nödvändiga handlingar t.ex. sjukintyg, ordinationer, föreskrifter, nya kontrolltider och undersökningar

**Rapport:** Enligt ISBAR till avdelningen, anhöriga, hemvården och SAH.

**Transport:** Beställ via KAIKU ambulanstransport, 112 vid akuta transporter, KELA-taxi samt intyg då patienten åker hem. Kontrollera även att de lite äldre patienterna blir emottagna av någon t.ex. hemvården och att de har nycklar så de säkert kommer in till sitt hem.

**Studerande/nyanställda:**Handledning och introduktion



**Telefonrådgivning:** Sjukskötaren ger råd och dokumenterar i Miranda telefonsamtalen

**Rafaela:** Vårdtyngdsklassificering per patient och vårdtillfälle

**Utrymmen och arbetsredskap:** Egenskötaren tillsammans med städpersonal iordningsställer rummet och redskapen, samt fyller på material så att det är färdigt att användas för nästa patient. Vårdarna gemensamt fyller även på övriga vagnar t.ex. KAD, punktion och ser över sina ansvarsområden. Rummen fylls på främst under morgonskiftet då det oftast är lugnast men även vid skiftesbytet eller när lugnare stunder råder.

## Bilaga 4

## Information om samjouren för patienter.



HNS

Raseborgs sjukhus, jourpolikliniken

## SAMJOURS INFO

Ta ett könummer då Ni vill anmäla Er till samjouren.

På samjouren sköts patienter enligt graden av vårdbehov samt skyndsamhetsordning, **inte enligt ankomstordning.**

Ansvariga skötaren (Triageskötaren) tar emot Er, gör en bedömning av vårdbehovet samt klassificerar skyndsamhetsordningen för varje patient enskilt, enligt gällande direktiv, för att patienten skall få rätt vård, i rätt tid och på rätt plats.

Sekreteraren kontrollerar Era personuppgifter efter detta.

Ni hänvisas sedan till väntrummet, till sjukskötermottagning eller ledsagas till ett rum med bäddplats beroende på Ert behov av vård.

Egenskötaren tar emot Er efter att Ni anmält Er och hänvisats till rätt mottagningsställe. Egenskötaren gör en noggrannare bedömning av Ert sjukdoms-/skade tillstånd och beställer, i samråd med läkare, behövliga laboratorie- och urinprov samt eventuella röntgenundersökningar, för att resultaten ska finnas till förfogande då Ni träffar läkaren och på så sätt försnabba vården samt minska väntetiden.

Egenskötaren ansvarar för Er vård under den tid Ni är på samjouren och det är till henne/honom Ni vänder Er om Ni behöver hjälp med något eller om Ni har frågor gällande vården. Anhöriga vänder sig också i första hand till egenskötaren gällande frågor och information om patientens tillstånd..

På samjourens sjukskötermottagning sköts lindrigare åkommor s.s sårlimning, stukningar, övre luftvägsinfektioner, urinvägsinfektion m.m. Sjukskötaren konsulterar läkare vid behov.

Beakta att väntetiden på samjouren kan vara lång eftersom patientmängden ibland är stor eller prioriterade fall binder större resurser. Undersökningssvar (lab, rtg), planering av vård samt åtgärder tar sin tid.

**Det är önskvärt att antalet följeslagare är max 2st för varje patient. Då vårdåtgärder i patientrummet utförs, ombeds anhöriga vänta i väntrummet så länge.**

Förbered Er på att väntetiden kan vara lång och ha tålamod- **Alla patienter tas omhand.**

## Bilaga 5

Tabell över valda artiklar

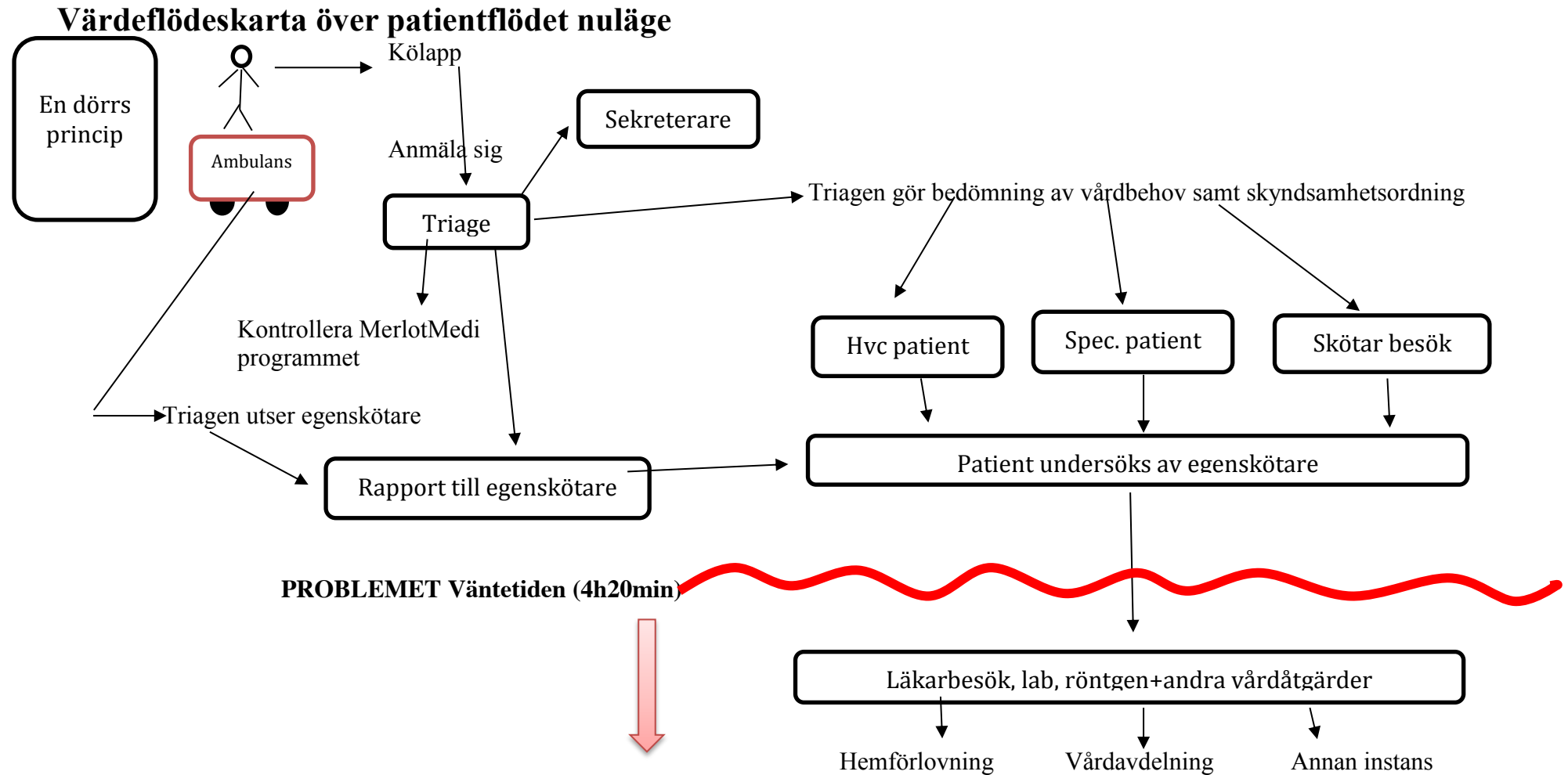
Författare årtal	Syfte	Datainsamlingsmetod och material	Resultat	Artikel- värde
Considine, Martin, Smit, Winter & Jenkins. 2006	Syfte är att jämföra väntetider (för medicinsk bedömning och behandling), behandlingstider och vistelsetid för patienter som tas emot av en sjukskötar kandidat jämfört med en som behandlas traditionellt.	Datystemen som fanns på sjukhuset. Fall-kontroll studie.  Patienterna valdes med hjälp av tre vanligaste hemförlovnings diagnoser patienter: hand / handled sår, hand/handledsfrakturer och avlägsnande av gips. Gruppen (n=102) bestod av patienter som hade de diagnoser som nämnts ovan. Kontrollgruppen (n=623) bestod av patienter med samma diagnoser som ovan som behandlades med traditionella metoder.	Patientflödet var jämförbart mellan de två olika metoderna. Dock behövs det göras fortsatta studier med kontrollerade design och ett större antal.	Måttlig
Ekelund, Kurland, Eklund, Torkki, Letterstål, Lindmarker & Castrén, 2011	Att få tag i information inom svensk sjukvård om patientflödet. Att evaluera patientflödes tider och inströmningsmönster.	Insamlande av väntetiderna från olika sjukvårds insamlingsmetoder. Även intervjuer med ledande skötare och läkare. Jämförelse studie  Stora centrala undervisningssjukhus inom Sverige.	Dessa kvalitetsåtgärder visade en betydande dygnsvariation. Det strävas efter en gemensam svensk medborgare kvalitetsregister för all akutvård, och en av dess styrkor kommer att vara automatisk datainsamling från att deltagande. Genom att tillhandahålla tillförlitlig benchmarking data tror de att resultatet kommer att resultera till en systematisk kvalitetsförbättring inom akutvårdprocessen.	Måttlig
Farrokhnia & Göransson.	Att undersöka utvecklingen av	Frågeformulär med slutna frågor. Kvantitativ forskning med en jämförande	Det har skett en ökning i användningen av triageskalor under de senaste åren. Det används olika system vilket	Måttlig

2011.	akutvården och dagliga läget och dess patientflödes processer.	analys  Alla akutvårds enhetschefer inom Sveriges sjukvård.	tyder på regionalt samarbete. Genomförandet av olika insatser för förbättrad av patientflöden kan troligen förklaras med trängsel problem. Det behövs fler studier för att undersöka de ekonomiska aspekterna av insatserna.	
Jonsson 2010	En kort beskrivning på hur man med ett nytt arbetssätt kan påverka vården och arbetsmiljön till något mycket bättre.	Kommer inte fram. Personalen och patienterna på avdelningen.	Gjorda förändringar enligt lean filosofin har gjort att väntetiderna har blivit kortare. Den tydligaste förändringen i arbetssättet är att de nu har bildat vårdlag. Varje vårdlag består av läkare och sjuksköterska som arbetar tillsammans under passet utan att behöva leta efter varandra. Den andra stora skillnaden är att ingen av dem som är i tjänst har andra uppgifter utanför akutmottagningen.	Låg
King, Ben-Tovim & Bassham 2006	Att beskriva några detaljer, av de metoder som använts och resultaten av tillämpning av Lean tankesätt för att fastställa patientflödet i ett undervisnings sjukhus	Sjukhusets eget datasystem för att analysera väntetiderna Jämförelseanalys.  Sjukhus i Södra Australien.	Direktuppdelning av patienter i grupper där patienter vårdas av en specifik grupp av läkare och sjuksköterskor, samt minimering av komplexa köer, genom att ändra praxis i förhållande till funktionen av Australasian Triage Scale förbättrade patientflödet, vilket minskade trängsel.	Måttlig
Muntlin Athlin, von Thiele Schwarz & Farrohknia. 2013	Att studera effekten av ett mångprofessionellt arbetsteam på patient flödestider och väntetider.	Mix metod design. Icke randomiserad interventionsstudie  Ett universitets sjukhus var det används ett mångprofessionellt arbetsteam.	Mångprofessionellt arbete påverkar vårdkvaliteten minskar även betydligt på väntetiderna. Hursomhelst är ett effektivt arbetssätt såsom ett mångprofessionellt arbetsteam nödvändig för att säkra patientsäkerheten.	Måttlig

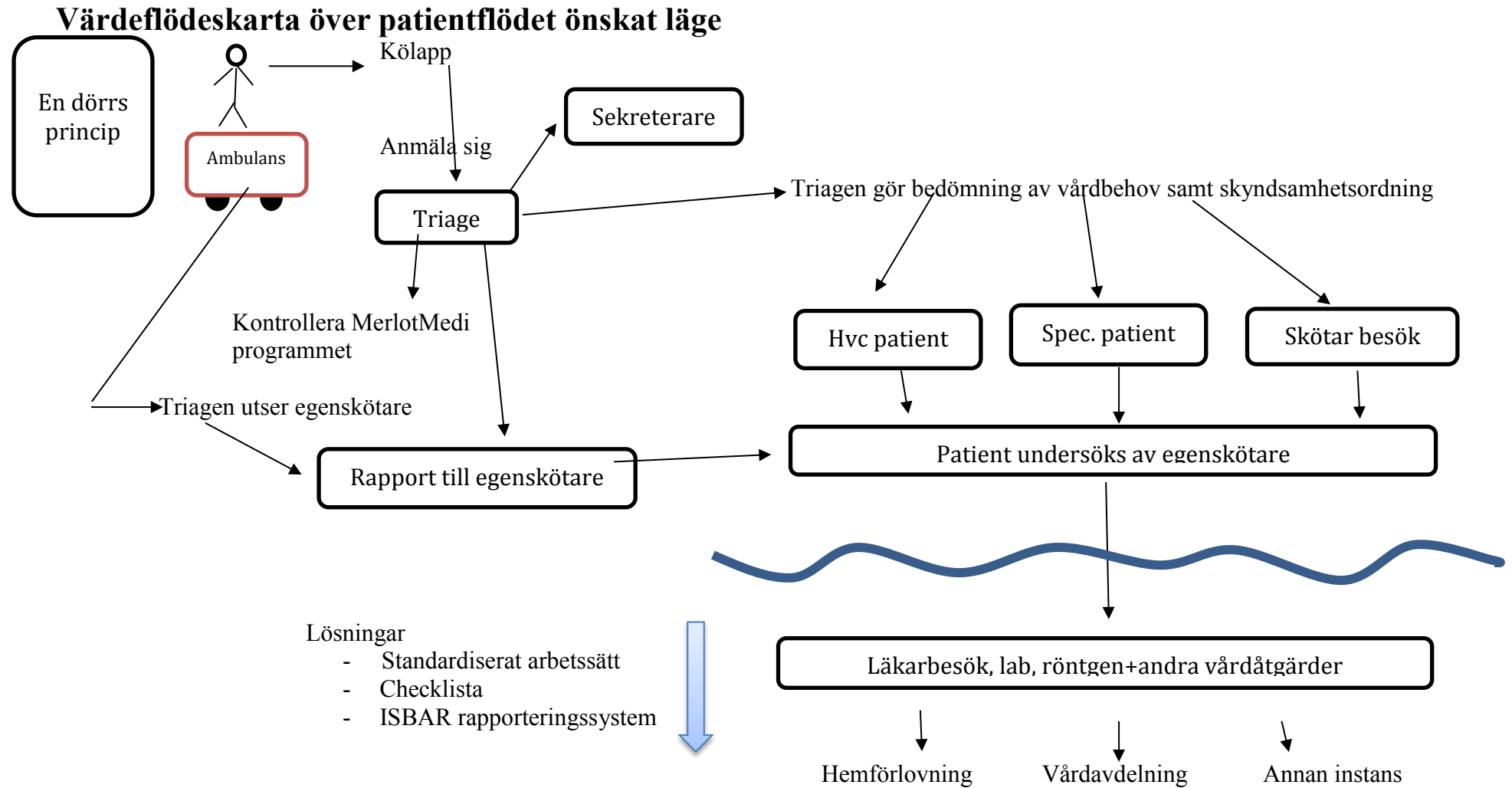
Oredsson, Jonsson, Rognes, Lind, Göransson, Ehrenberg, Asplund, Castrén & Farrohknia. 2011	Att undersöka vilka vetenskapliga metoder som finns för att förbättra patientflödet i akutmottagningar.	Litteratursökning gjorda i British nursing index, Business source premier, Cinahl, Cochrane Libray, Embase, ProQuest ABI, PubMed och Sciense direkt. Med bestämda inklusions- och exklusionskriterier. Systematisk litteraturöversikt  33 studier inkluderades varav över 800 000	Införande av ”fast track” för patienter med mindre allvarliga symptom resulterar i kortare väntetid, kortare vistelsetid och färre patienter går utan att bli sedd. Team triage, med en läkare i teamet, kommer förmodligen att resultera i kortare väntetider och kortare vårdtid och troligen i färre patienter lämnar utan att bli sedd. Det framkommer begränsad evidens över att fördelning av patienter i olika banor, utförande av laboratorieanalys på akutmottagningen eller har sjuksköterskor att begära viss röntgen resulterar i kortare väntetid och vistelsetid.	Måttlig
Mazzocato, Holden, Brommels, Aronsson, Bäckman, Elg & Thor 2012.	Att undersöka lean interventioner på ett svenskt pediatrikt sjukhus. Hur har man implementerat lean och hur har det lyckats.	Mixed method, förklarande fallstudie design. Datainsamling av verksamheten från sjukhuset genom analys av variation ANOVA program. Hemförlovning inom fyra timmar, väntetid från triagen till läkare undersöktes. Kvalitativa data samlades genom observationer, semistrukturerade intervjuer samt genom dokument som beskriver lean processer på sjukhuset. Sedan analyserades empiriska data genom innehållsanalys i 3 steg genom att jämföra dem med fyra lean principer för att förstå hur och varför interventionerna i sitt lokala kontext fungerade samt för att identifiera dess styrkor och svagheter. Reliabilitet och validiteten förstärktes genom triangulering.	Förbättring av väntetider och ledtider uppnåddes under den två-åriga uppföljningen med att göra ändringar i medarbetarnas roller, personalresurser och tidtabeller, kommunikation och koordinering, arbetsutrymmen och problemlösning. Dessa ledde till standardiserade arbetssätt, bättre samarbete, ett flöde som inte avstannar och man tog tag i problem genast då de uppkom. Slutsatsen var att med lean interventioner kan förbättringar göras i sjukvården	Måttlig

<p>Högfelt, Sjögren &amp; Weimarsson 2011.</p>	<p>Hur utbrett är lean inom svensk sjukvård och i vilken omfattning sjukhus i offentlig regi arbetar med metoden. Att beskriva på vilket sätt lean har påverkat ekonomistyrningen på de sjukhus som arbetar med lean, med avseende på användning av nyckeltal. Ett tredje syfte var att förklara om lean verkligen används som en filosofi för lokalt förbättringsarbete snarare än som en metod för att styra verksamheten från en övergripande nivå.</p>	<p>Kvantitativ undersökning via enkäter</p>	<p>90% av svenska sjukhus i offentlig regi arbetar med lean i någon omfattning. På de sjukhus som arbetar med lean använder ca 47% av sjukhusets avdelningar metoden. Studien visar också ett tydligt samband med att ju längre man jobbat med lean desto större andel av sjukhusens avdelningar tillämpar arbetssättet. Resultatet visar också att man infört nyckeltal för att mäta effekterna av lean. Resultatet visar att lean lyfts fram som en filosofi för det lokala förbättringsarbetet men att intresset är stort från sjukhusledningen, vissa sjukhus har infört lean på bred front. Lean tycks användas som ett sätt att styra verksamhetsutvecklingen från en övergripande nivå.</p>	<p>Måttlig</p>
--	--	---	--	----------------

## Bilaga 6



## Bilaga 7

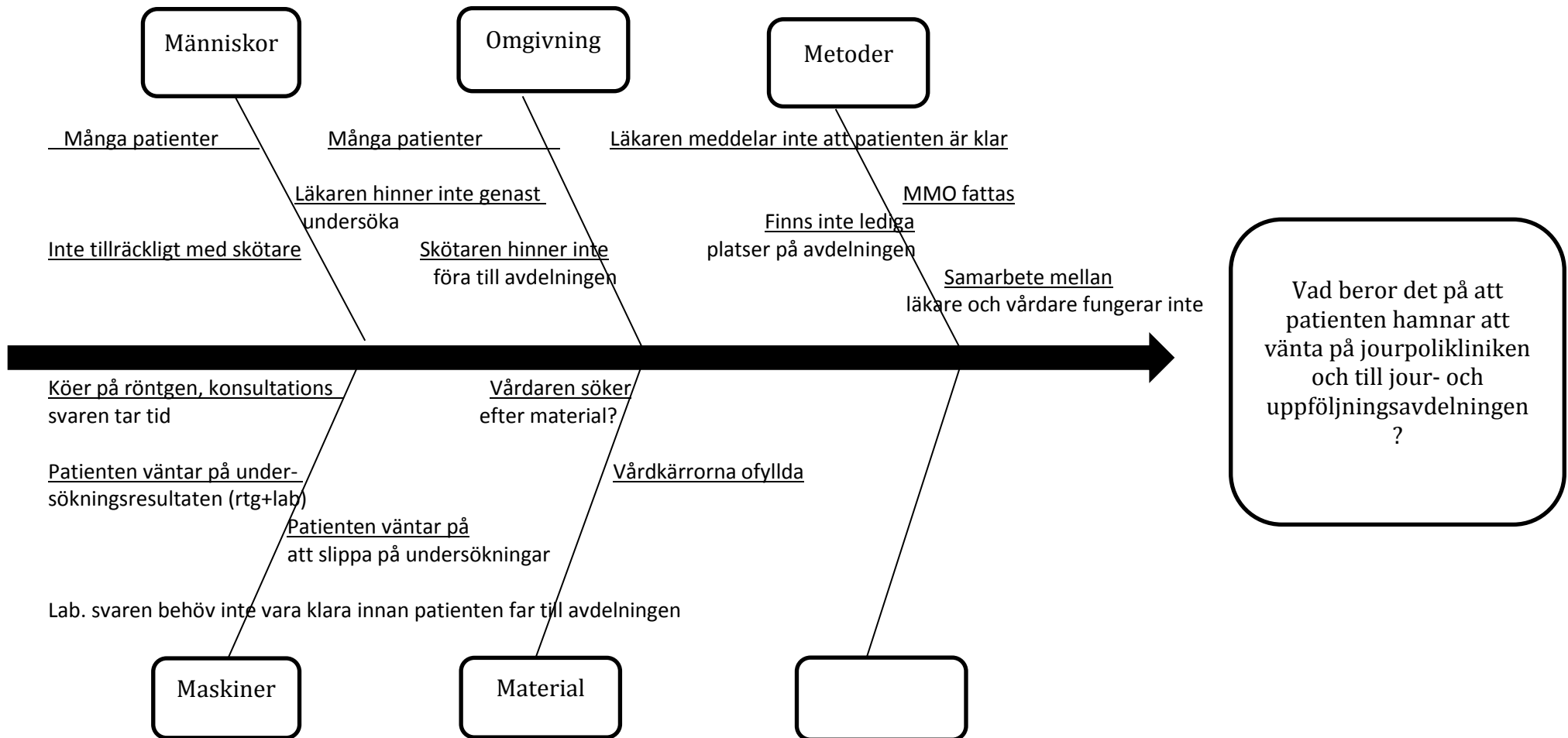




## Bilaga 8

## Fiskbensdiagram

5 x Varför?



## **Bilaga 9**

### **Frågeformuläret till samjourens personal om väntetider och förslag på åtgärder**

1. a) Vad anser du att det kan bero på att väntetiden på jourpolikliniken blir lång för patienten?  
  
b) Vad tycker du att man kunde göra för att göra vården smidigare för jourpatienten?
  
2. a) Vad anser du att det beror på att patienten hamnar att vänta länge på att få komma till avdelningen?  
  
b) Hur kunde man försnabba jourpatientens gång till avdelningen?

TACK FÖR DITT SVAR!

Dessa svar ligger till grund för det nya standardiserade arbetssättet på jourpolikliniken.



## **Bilaga 11**

### **Information åt personalen inför den effektiverade patient responsen.**

LEAN PROJEKTET

ATT GÖRA JOURPATIENTENS FLÖDE SMIDIGARE TILL JOUR- OCH  
UPPFÖLJNINGSAVDELNINGEN.

I projektet har man tagit fasta på genomgångstider på jourpolikliniken och funderar ut, tillsammans med jour- och uppföljningsavdelningen hur man kunde förkorta patientens väntetid på jouren och till avdelningen.

För att veta hur patienter som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen upplever väntetiden på jourpolikliniken skall vi göra enkätundersökning.

Undersökningen görs genom att effektivera HNS egen patientrespons blankett, alltså HNS frågeformulären används.

Tidsplan: 23.11-11.12.2016

Frågeformulären ges åt patienter som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen i morgon- och kvällsturer.

Egenskötaren ger enkät+ följebrev åt patienten före man åker till avdelningen. Om patienten behöver hjälp med att fylla i blanketten så hjälper man till i mån av möjlighet.

Den ifyllda enkäten samlas i ett stort kuvert i jourkansliet.

Om man av någon orsak inte hinner fylla i enkäten med patienten före man åker till avdelningen så har jour- och uppföljningsavdelningen lovat att hjälpa till med det t.ex. följande dag då läget har lugnat sig.

TACK, FÖR ATT NI HJÄLPER OSS MED DENNA UNDERSÖKNING.

Hälsningar TRIAGEGRUPPEN.

## Bilaga 12

### **Följebrev till patienten angående den effektiverade patientresponserna i ”plan” skedet.**

Bästa jourpatient!

På jourpolikliniken pågår för tillfället ett projekt där vårt syfte är att göra jourpatientens flöde mer smidigt vid intagning till vårdavdelning.

Projektet tar fasta på väntetiderna, vilka vi försöker med detta projekt, förkorta. Projektet är avgränsat att gälla de patienter som skrivs in på sjukhusets avdelningar.

Som ett led i detta projekt, görs en undersökning i form av frågeformulär för att få Era åsikter och erfarenheter angående bl.a väntetider på jourpolikliniken. Detta är viktigt för oss för att kunna bli ännu bättre på det vi gör.

Er egenskötare ger Er frågeformuläret som Ni fyller i före Ni överflyttas till avdelningen.

Svaren behandlas konfidentiellt.

Tack, för att Ni är med och hjälper oss att utveckla våra arbetssätt för att bli ännu bättre

Hyvä päivystyspotilas!

Päivystyspoliklinikalla on meneillään projekti jonka tarkoitus on saada päivystyspotilaan kulku osastolle sujuvammaksi.

Projekti keskittyy odotusaikoihin joita me tällä projektilla pyritään lyhentämään. Projekti on rajattu koskemaan niitä potilaita jonka jatkohoito tapahtuu päivystys- ja seurantaosastolla.

Osana tätä projektia, selvitetään Teidän mielipiteitä ja kokemuksia päivystyksen odotusajoista kyselykaavakkeen avulla. Tämä on meille tärkeää jotta voimme kehittyä vielä paremmaksi meidän työssä.

Teidän omahoitaja antaa Teille kyselykaavakkeen täytettäväksi ennen kuin Teidät viedään osastolle jatkohoitoon.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti

Kiitos että olette mukana auttamassa meitä kehittämään työtapoja jotta olisimme vielä parempia.

## Bilaga 13

## Patientrespons blanketten



ENKÄT OM KUNDNÖJDHET

1 (2)

Vi ber er vänligen att besvara var enkät om kundnöjdhet

Vårdenhet: **5105008 Raseborgs sjukhus, Jourpolikliniken**  
(ansvarsenhetens nummer)

**Bakgrundsinformation**

Enkätvarare:  patient,  patientens närstående (t.ex. make/maka, föräldrar, barn),  annan företrädare för patienten

Patientens kön:  kvinna,  man

Patientens födelseår: \_\_\_\_\_

Avslutningsdatum för vården eller datum för vårdbesöket som enkätsvaret gäller \_\_\_\_\_  
(dd.mm.åååå)

Har ni flyttats efter det:

hem eller till något annat permanent boende

till en annan vårdenhet, ett sjukhus eller en vårdinrättning

Frågor som gäller vården på en jourpoliklinik

(Sätt ett kryss i rutan som beskriver er åsikt)

Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Varken av samma eller annan åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt	Gäller inte mig

**Ankomst till jourpolikliniken**

1. Det var lätt att hitta till jourpolikliniken

--	--	--	--	--	--

**Tillgång till information**

2. Jag kunde sköta mina ärenden på mitt modersmål (finska eller svenska)

--	--	--	--	--	--

3. Jag fick en tolk om det behövdes

--	--	--	--	--	--

4. För mig berättades om min vård och mina undersökningar

--	--	--	--	--	--

5. Vård- och undersökningsresultaten diskuterades med mig

--	--	--	--	--	--

6. Jag förstod det som berättades mig om min vård och mina undersökningar

--	--	--	--	--	--

7. Jag fick information om tider och väntetider

--	--	--	--	--	--

8. Jag fick tillräckliga instruktioner för den uppföljande vården

--	--	--	--	--	--

9. Mina närstående/ledsagare fick behövlig information om min situation

--	--	--	--	--	--

**Vården**

10. Min vård var professionell

--	--	--	--	--	--

11. Besluten om min vård fattades tillsammans med mig

--	--	--	--	--	--







12. Personalen bemötte mig väl

--	--	--	--	--	--

13. Jag fick hjälp för mitt besvär, som var orsaken till att jag kom till jourpolikliniken

--	--	--	--	--	--

Vänd

	Helt av samma åsikt 	Delvis av samma åsikt 	Varken av samma eller annan åsikt 	Delvis av annan åsikt 	Helt av annan åsikt 	Gäller inte mig 
14. Jag fick lindring för mina smärtor eller symtom om det behövdes						
15. Hänsyn togs till min eventuella rädsla och oro och situationen underlättades						
16. Vården eller undersökningarna orsakade inte mig förlägenhet eller pinsamma situationer						
<b>Vårdsäkerhet</b>						
17. Jag kände mig trygg under vården eller undersökningarna						
18. Mina känsliga saker diskuterades utan att någon utomstående var på höravstånd						
19. Jag fick rätt medicinering						
<b>Vårdmiljön</b>						
20. Lokaler hade tydlig skyltning (t.ex. anmälan, WC)						
21. Jag kunde röra mig utan besvär på jourpolikliniken (t.ex. till toaletten)						
22. Utrymmena var prydliga (ingen smuts, inget skräp)						
23. Min vårdmiljö var tyst och lugn						
<b>Helhetsbedömning av vårdtillfället</b>						
24. Den vård/service jag fick var bra						
25. Jag kan rekommendera detta vårdställe för andra						
26. Jag kunde bedöma den vård/service jag fått mycket bra med hjälp av det här frågeformuläret						

Om ni hade en annan åsikt i någon fråga, kan ni precisera varför.

---



---



---



---

**Annan respons**

Är det fråga om:  tack,  kritik,  utvecklingsförslag

---



---



---



---

Tack för er respons!

Vänd

**Bilaga 14****Sammanställda svaren från effektiverade patient responsen.**

Fråga 4: För mig berättades om min vård och mina undersökningar.

9st av 13 var helt av samma åsikt, 2st delvis av samma åsikt och 2st delvis av annan åsikt.

Fråga 5: Vård- och undersökningssvar diskuterades med mig

9st var helt av samma åsikt, 3st delvis av samma åsikt och 1st delvis av annan åsikt

Fråga 7: Jag fick information om tider och väntetider.

3st var helt av samma åsikt, 6st delvis av samma åsikt, 2st varken av samma eller annan åsikt och 2st delvis av annan åsikt.

Fråga 8: Jag fick tillräckligt instruktioner för den uppföljande vården.

4st var helt av samma åsikt, 6st delvis av samma åsikt, 1st delvis av annan åsikt, 1st gäller inte mig och 1st blanko.

Fråga 10: Min vård var professionell.

11st var helt av samma åsikt och 2st delvis av samma åsikt.

Fråga 12: Personalen bemötte mig väl

11st var helt av samma åsikt och 2st delvis av samma åsikt.

Fråga 22: Utrymmena var prydliga.

10st var helt av samma åsikt, 1st delvis av samma åsikt och 2st blanko.

Fråga 23: Min vårdmiljö var tyst och lugn.

10st var helt av samma åsikt, 1st delvis av samma åsikt och 2st blanko.



Fråga 24: Den vård/service jag fick var bra.

10st var helt av samma åsikt och 1st delvis av samma åsikt och 2st blanko.

Fråga 25: Jag kan rekommendera detta vårdställe för andra

8st var helt av samma åsikt, 2st delvis av samma åsikt, 1st var delvis av annan åsik och 2st blanko.

Kommentarer och annan respons av patienterna var:

” Det vore fint att under långa väntetider emellanåt bli informerad om hur/när ens ärende avancerar, för detta verkar vara ett problem som väntande patienter diskuterar mest”

” Svenska läkare tolk behövdes, var inte helt säker om man verkligen tolkade allt läkaren sade. Missnöjd över att inte hälsocentralens och sjukhuset har samma patientsystem”

”Info om vad som är på gångs med ens vård, klart språk”

”Långa väntetider”

## Bilaga 15

### Checklista.

Jourpkl.

Patient-ID

Datum:

#### Checklista för pat. som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen

Ring in pat. i så tidigt skede så att avdelningen hinner förbereda plats och t.ex. isoleringsrum, plats åt pat. som kommer för fortsatt vård från andra sjukhus (läkaren går till avd. och skriver in pat.).	
Omsorgsfull dokumentering i HOKE, vitala värden dokumenterade på tempkurvan och givna mediciner på medicinlistan	
Ordinationer ska finnas under MMO, man behöver inte vänta på läkartext	
Ordinationer förverkligade, t.ex. kanyl och mediciner	
Medicinlistan uppdaterad, printad ut från Miranda, gå igenom med pat. och ge sen till läkaren som uppdaterar och kvitterar den kontrollerade i Miranda	
Byte till pyjamas, i alla fall pyjamasskjorta då pat. har dropp, självständiga pat. behöver inte byta om	
ID-band	
Beställ mat åt patienten till avd. v.b.	
Patientpapper med till avd. (namnetiketter, ambulansrapport, hemvårdsmapp m.m.) annars är vi ett papperslöst sjukhus och information fås från Miranda	
Sekreterare/egenskötare kollar att kontaktuppgifterna stämmer	
Avd.tar emot pat. även vid skiftesbyten, utredning på gångs om ev. tysta rapporter	
Patienten behöver inte alltid vänta på laboratoriesvar (och röntgenutl.) på jouren. En pat. med t.ex. nedsatt allmäntillstånd infektionspatienter som väntar på labsvar för att läkaren ska ge medicinordinationer kan vänta på sina svar på avd. (i samråd med läkare!)	
Skötaren från avd. ringer till jourläkaren som ger vidare ordinationer t.ex. IV-AB.	
Har man kollat Riskitiedot?	
Ta MRSA, influensaprov v.b.	
Har läkaren dokumenterat om pat. klinikfärdig (snabbare i kö till bädden)	
Kan personalen från avd. komma och hämta pat. vid stor belastning på jouren och egenskötare inte hinner? Fråga!	
ISBAR rapportering, strukturerat patientsäkert kommunikationssystem, alla rapporterar på samma sätt.	

## Bilaga 16

### **Den givna informationen åt skötarna inför testningen. Hur göra flödet smidigare för jourpatienten på jourpolikliniken och till jour- och uppföljningsavd?**

Målet för detta arbete är att göra flödet smidigare med kortare genomgångstider för jourpatienten på jourpolikliniken och till avdelningen ur ett Lean perspektiv genom flödeseffektivitet, skapa största möjliga värde för pat. att minska slöseri t.ex. väntetid och göra ständiga förbättringar i verksamhetens processer. Detta görs genom ett standardiserat gemensamt överenskommet arbetssätt, enligt en checklista för pat. som ska in till avdelningen samt rapport till avdelningen enligt ISBAR.

- inom Lean arbete är patienten alltid i centrum
- alla medarbetare bör känna till organisationens strategi, visioner och mål och alla ska jobba tillsammans mot gemensamma mål.
- Alla bör känna till målen för Lean-projektet, alla vara med och känna sig delaktiga
- Alla jobbar enligt gemensamt överenskomna standardiserade arbetssätt, följer checklistan för pat. som tas in på jour- och uppföljningsavdelningen samt rapporterar enligt ISBAR.
- bekanta er med egenskötarens arbetsbeskrivning
- planera effektiva team i personalplaneringen
- Involvera läkarna i arbetssättet, information läkarna sinsemellan, introduktion för nyanställda läkare om standardiserade arbetssättet!
- Lära läkarna att läsa skötarnas HOKE för att få tillräckligt information om varför pat. kommit och vad som redan är gjort.
- Då skiftet börjar, ta reda på platsituation på sjukhuset och bädden, så att du bättre kan planera vården
- Vidare hänvisning redan vid triageluckan för att undvika onödiga skötarbesök, långa väntetider
- Skriv HOKE:n omsorgsfullt och det som är viktigt för patientvården
- Vitala värden skrivs in på tempkurvan i Miranda, där dom är mest synliga för avdelningen
- Mediciner som ges, dokumenteras i lääkeosio i Miranda, även på yle-sidan (ILM fältet bör inte användas till det), påbörja ordinerad medicin t.ex. IV-antibiotika
- Gå igenom patientens medicinlista med patienten, t.ex. printa ut medicinlistan från Miranda och uppdatera den, kolla i Kanta om oklart. Ge den sen åt läkaren som uppdaterar och godkänner i Miranda.
- Saklig info åt patienten om vad som är på kommande, vad väntar vi på, redan vid mottagandet av jourpatienten. Ta emot pat. så fort som möjligt.
- Info om hur (triagesystemet och) egenskötarsystemet och jouden fungerar (finns vid Triagen)
- Tätare besök i patient- och väntrummet
- Information om tider och väntetider med jämna mellanrum

- Om man märker som skötare att väntetider blir långa, berätta det för patienten (icke brådskande pat.) och rekommendera andra lösningar t.ex. skötarbesök eller hvc följande dag
- Planera ditt arbete. I vilken ordning är det smidigast att utföra vårdåtgärder?
- Ordning och reda på patientpapper, använd hylla med fack! Info åt läkarna!
- Ordning och reda med material, undvika onödigt spring mellan förråd och patient rum
- Ansvarsuppgifter i skiftet t.ex. triage, telefonansvarig och egenskötare, alla vet sin uppgift
- En telefonansvarig i skiften gör att egenskötaren har arbetsro och mer tid för pat
- Undvika dubbelrapportering från ambulans, egenskötare skall närvara.
- Sköterskorna aktiva och föra pat. talan/tänka på pat. bästa och försöka minska de moment i vården som inte ger mervärde åt pat. t.ex. väntetid
- Informera, kommunicera och samarbeta med läkaren, puscha på för att få arbetet att löpa
- Var förutseende, om det ser ut som om pat kommer att bli intagen, förbered färdigt och puscha på läkaren för att få ordinationer under MMO
- Så tidigt som möjligt meddela jour- och uppföljningsavdelningen om att pat. på väg för att förhindra större fördröjningar, avd. hinner bättre förbereda för pat. Kolla själv med läkaren.
- Viktigt att informera om pat. ska isoleras i tid, info om riskitiedot!
- Pat t.ex med nedsatt AT men inget annat akut eller infektioner t.ex. erysipelas, som väntar på lab. svar och medicinordinationer behöver inte vänta på jouren. Överenskommet med avd.läkare Margaretha Antila att de kan åka till avd och avd. personal håller reda på labsvar och ringer sen läkaren för att få ordinationer(11.1.2017)
- Läkaren bör direkt informera då pat. är klar för avd. och ordinationerna under MMO, alternativt skriva in på triagetavlan men risk finns att egenskötaren ej ser det på lång tid och då blir det fördröjning.
- Patienten ska inte behöva vänta på att få en avd. plats p.g.a. av att avd. har rapport eller skiftesbyte. Speciellt vid kvälls-/nattskift.
- Uppegående pat. ska inte behöva byta om till pyjamas (om inte dropp) men för sängliggande patienter är det önskvärt att byta till pyjamas
- Ordinationer under MMO räcker för att föra pat. till avdelningen, man behöver inte vänta på läkartext.
- Undvika onödigt transporterande, tex. direkt från rtg. till avd.
- Vid läkarnas skiftesbyten – ofta två läkare som undersökt samma patient – slöseri
- Förståelse mellan avdelningarna för varandras arbete och hur ett visst förfarande inverkar på arbetet, tex. pat.förflyttning till avd. före eller efter skiftesbytet.
- avdelningens personal kan v.b söka sina patienter om vi har bråttom på jouren, ring och kom överens om det
- Skicka läkaren direkt på morgonen till juppen för att ronda på veckosluten, då får vi platser för våra patienter också

- Pat. som kommer från annat sjukhus och har färdiga planer för fortsatt vård får åka direkt till avd. förutsatt att man meddelat avd. om detta. Jourläkaren går därefter till avd. och skriver in dem.
- Avd. borde skriva ut patienterna tidigare från avd. så att vi kunde få in våra pat. till avd. så att flödet inte avstannar, dock inte möjligt i dagens läge (bädden drar inte, anhöriga söker)
- Rapport till avd. enligt ett strukturerat patientsäkert rapporteringssätt ISBA(schema i kanslierna), alla rapporterar på samma sätt.

-

### **Sist men inte minst**

- Närvarande ledarskap, att ledaren förstår verksamheten och dess processer, vara på plats och med egna ögon observera och följa med att standardiserade arbetsätt följs, stöda och uppmuntra personalen, daglig styrning i form av små möten vid triagetavlan om aktuella ärenden
- Teamarbete viktigt i Lean, t.ex. planera effektiva team i personalplacering
- Personalens välmående t.ex. feedback, rekreation
- Ständiga förbättringar av standardiserade arbetsätt, personalen får fritt komma med förslag t.ex. idelåda eller post-it lappar på magnetavla

### **Övrigt att tänka på:**

- Har pat. något att göra under väntetiden?
- Rena trevliga utrymmen, plats för barn. Kaffe-/snacksautomat eftersom kanten för det mesta är stängd.
- Standardisera alla skåp i patientrummen. Ordning och reda på dropp-, kateter- osv. kärror. Fyll på då materialet minskar! Minskar onödigt spring efter material, ger inget mervärde för pat.
- Större ansvarskänsla, motivation hos personalen, fokus på vården av pat. Empati och respekt, motivation och engagemang.
- Gör anhöriga delaktiga i vården, utnyttja deras resurser.

Smidighet, kontinuitet, patientsäkerhet och kvalitet!

## Bilaga 17

### Den givna informationen åt läkaren angående Lean projektet.

Läkarna har fått information om vårt LEAN projekt redan före testningen börjat i januari, de har också en mapp i läkarkansliet med samma information som skötarna fått. Vi har informerat också riktigt muntligt för dagsjourerna och vid skiftbyten. Nu har det dock visat sig att infon då nya läkare kommer så får de inte informationen. Har nu lagt ut skriftlig information nära läkarens datorer och uppmanat personalen att informera i varje skift om LEAN projektet och vad det innebär. Skriftliga infon ser ut såhär:

#### LEAN PROJEKT: ATT FÅ JOURPATIENTENS FLÖDE SMIDIGARE TILL JOUR- OCH UPPFÖLJNINGSAVDELNINGEN UTGÅENDE UR ETT LEAN PERSPEKTIV.

- EFFEKTIVERA VÅRDPROCESSEN PÅ JOUREN TILL AVDELNINGEN
- FÖRKORTA VÄNTETIDER PÅ JOUREN
- MINSKA ONÖDIGT VÄNTANDE T.EX. PÅ LABSVAR
- PATIENTENS HEMMEDICINERING SKALL VARA KONTROLLERAD OCH KVITTERAD I MIRANDA
- ORDINATIONER UNDER KLUBBAN (MMO) FÖRE PAT. ÅKER TILL AVD. INFORMERA SKÖTARNA ATT PAT. KLAR FÖR AVDELNING SÅ ATT PAT. INTER VÄNTAR ONÖDIGT.
- PAT. KAN ÅKA TILL JOUR- OCH UPPFÖLJNINGSAVDELNINGEN TROTS ATT LAB:SVAR INTE KLARA, AVD.PERSONALEN RINGER SEDAN OM SVAREN FÖR ATT FÅ VIDARE ORDINATIONER PÅ T.EX. MEDICINERING (AVD.LÄKARE M.ANTILA GETT SITT GODKÄNNANDE FÖR DETTA GÄLLANDE PAT. MED T.EX. PAT: MED NEDSATT AT, LINDRIGA INFEKTIONER M.M)
- VÄNJ ER MED ATT SKÖTARNA JAGAR PÅ ER FÖR ATT FÅ PATIENTER IVÄG TILL JOUR\_ OCH UPPFÖJNINGSAVDELNINGEN SÅ FORT SOM

MÖJLIGT. DOCK VET VI ALLA ATT DESSA PAT. ÄR D-KLASS I SKYNDSAMHETSORDNING PÅ JOUREN OCH BLIR DE SOM VÄNTAR DÅ AKUTARE FALL TAS OM HAND FÖRE.MEN VI FÖRSÖKER.

- ETT GOTT SAMARBETE LÄKARE-SKÖTARE EMELLAN GYNNAR ARBETET OCH GÖR ATT ALLT LÖPER SÅ MYCKET SMIDIGARE.

**LÄS LEAN INFOMAPPEN I ERT KANSLI FÖR ATT FÅ MERA INFORMATION OM DET NYA ARBETSSÄTTET PÅ JOUREN.**

## Bilaga 18

### Använda frågeformulär för samjouren till "check" skedet.

FRÅGEFORMULÄR FÖR PERSONALEN PÅ SAMJOURN.

UTVÄRDERING AV LEAN-PROJEKTET "ATT GÖRA JOURPATIENTENS FLÖDE TILL JOUR- OCH UPPFÖLJNINGSAVDELNINGEN SMIDIGARE UTGÅENDE FRÅN ETT LEAN PERSPEKTIV".

1. a) Tycker Du att väntetiden till jour- och uppföljningsavdelningen blivit kortare och smidigare på jouren med hjälp av det nya arbetssättet?  
b) Om inte, så vad tror Du det beror på?  
c) Vad kunde man ännu göra för att få det att löpa smidigare?
2. Har man fått patienter lättare och smidigare till jour- och uppföljningsavdelningen nu än tidigare?  
3. a) Har Du gått igenom patientens hemmedicinlista tillsammans med patienten och sen gett den till läkaren? Har läkaren sen uppdaterat den och kvitterat den i Miranda lääkeosion?  
b) Har detta förfaringssätt medfört mera arbete eller har Du kunnat integrera det i ditt dagliga arbete?  
c) Har du redan tidigare, före projektet, gått igenom patientens hemmedicinering tillsammans med patienten?
4. a) Hur tycker Du att checklistan till jour- och uppföljningsavdelningen fungerat?  
b) Har Du fyllt i den och tagit den med till jour- och uppföljningsavdelningen?  
c) Har checklistan medfört mera arbete eller har Du kunnat integrera det i ditt dagliga arbete?  
d) Vilka förändringar kunde man göra på checklistan? Lägga till eller ta bort? Ge förslag!
5. a) Hur har Du upplevt ISBAR-rapporteringen?  
b) Tycker Du ISBAR-schemat varit lätt att följa?  
c) Har Du följt ISBAR-schemat då Du rapporterat till jour- och uppföljningsavdelningen?  
d) Har ISBAR-rapporteringen medfört mera arbete eller har du kunnat integrera den i ditt dagliga arbete?
6. a) Tycker Du att projektet påverkat samarbetet med jour- och uppföljningsavdelningen, med tanke på förståelse och respekt för varandras arbete och kommunikation sinsemellan?



b) Isåfall, på vilket sätt?

7. a) Hur tycker Du att Lean-projektet fungerat i sin helhet?

b) Ge gärna feedback!

EFTERSOM FEEDBACK UNDER PROJEKTET TILL STOR DEL VARIT POSITIV DOCK MED NÅGOT UNDANTAG ( Läkarna bör informeras mera om projektet) SÅ KOMMER LEAN-PROJEKTET ATT FORTSÄTTA, INTE SOM ETT PROJEKT, UTAN SOM ETT STANDARDISERAT ARBETSSÄTT PÅ JOUREN. CHECKLISTAN OCH ISBAR- RAPPORTERING ÄR DAGENS MELODI INOM VÅRDEN OCH DEM FORTSÄTTER VI OCKSÅ MED PÅ JOUREN. OM VÅRT PROJEKT GODKÄNS PÅ HÖGRE NIVÅ SOM ETT BRA ANVÄNDBART ARBETSSÄTT KOMMER DET ATT UTVIDGAS ATT BERÖRA DE ÖVRIGA AVDELNINGARNA PÅ SJUKHUSET OCKSÅ.

ETT STORT TACK TILL ER ALLA FÖR ATT NI GJORT DETTA PROJEKT MÖJLIGT OCH ATT DET FUNGERAT SÅ BRA TROTS MÅNGA ANDRA PROJEKT OCH ANDRA FÖRÄNDRINGAR ,UTÖVER JOURARBETET, SOM VARIT PÅ GÅNGS PÅ SENARE TID.

TACK TILL ALLA FÖR ATT NI ÄR MED OCH VILL UTVECKLA OCH EFFEKTIVERA VÅRT ARBETE OCH VÅR VERKSAMHET ATT BLI ÄNNU BÄTTRE OCH FÖR ATT ÖKA PATIENTSÄKERHETEN.

LEAN-GRUPPEN

## Bilaga 19

### Använda frågeformulär för jour- och uppföljningsavdelningen till ”check” skedet. FRÅGEFORMULÄR FÖR PERSONALEN PÅ JOUR- OCH UPPFÖLJNINGSAVDELNINGEN.

UTVÄRDERING AV LEAN-PROJEKTET ”ATT GÖRA JOURPATIENTENS FLÖDE TILL  
JOUR- OCH UPPFÖLJNINGSAVDELNINGEN SMIDIGARE UTGÅENDE FRÅN ETT LEAN  
PERSPEKTIV”

Ringa in rätt svarsalternativ.

1. a) Har medicinlistorna gått igenom, uppdaterats och kvitterats i Miranda medicindelen?  
Ja      Nej
- b) Har det skett förändring mot det bättre/lika som förut eller mot det sämre?  
Bättre      Lika      Sämre
- c) Stämmer medicinlistorna överens med verkligheten?      Ja      Nej
2. Finns ordinationer under klubban/MMO då patienten kommer till avdelningen?      Ja  
    Nej
3. a) Hur har checklistan fungerat?
- b) Är den ifylld och är den medtagen till avdelningen?      Ja      Nej
- c) Har man haft nytta av checklistan?      Ja      Nej
- d) På vilket sätt, isåfall?
- e) Är det något på checklistan som behöver förändras? Lägga till eller ta bort?
4. a) Har rapportering till avdelning enligt ISBAR följts?
- b) Har rapportering enligt ISBAR modellen gjort rapporten mer strukturerad och klar?      Ja  
    Nej
- c) Om inte, så vad tror du det beror på?
5. Hur tycker du Lean projektet påverkat samarbetet, kommunikation och förståelsen för  
    varandras arbete?
6. a) Hur tycker du Lean projektet fungerat i sin helhet?
- b) Hade man kunnat göra något på annat sätt? Förbättringsförslag?
- c) Ge gärna feedback!
7. Kan du rekommendera Lean-projektet att användas på övriga avdelningar på sjukhuset?  
    Ja      Nej

TACK FÖR DITT SVAR!

SVAREN BEHANDLAS KONFIDENTIELLT!

**Bilaga 20****Sammanställning av svaren på den effektiverade patient  
responsen i ”check skedet**

Fråga 4: För mig berättades om min vård och mina undersökningar

7st var av helt samma åsikt och 1st blanko

Fråga 5: Vård- och undersökningsresultaten diskuterades med mig

7st helt av samma åsikt och 1st delvis av samma åsikt.

Fråga 7: Jag fick informationer om tider och väntetider

3st var helt av samma åsikt, 4st delvis av samma åsikt och 1st blanko

Fråga 8: Jag fick tillräckliga instruktioner för den uppföljande vården.

5st var helt av samma åsikt, 2st delvis av samma åsikt och 1st blanko

Fråga 10: Min vård var professionell.

6st var helt av samma åsikt, och 2 delvis av samma åsikt

Fråga 12: Personalen bemötte mig väl.

5st var av helt samma åsikt, 2st delvis av samma åsikt och 1 blanko.

Fråga 20: Lokalerna hade tydlig skyltning

4st helt av samma åsikt.

Fråga 22: Utrymmena var prydliga

4st var helt av samma åsikt

Fråga 23: Min vårdmiljö var tyst och lugn

4st var helt av samma åsikt

Fråga 24: Den vård/service jag fick var bra

5st var helt av samma åsikt

Fråga 25: Jag kan rekommendera detta vårdställe för andra

5st var av samma åsikt.

Kommentarer och annan respons av patienterna under denna effektiverade patientrespons perioden var:

*”Päivystyksessä ei annettu aamulääkkeitä, muuten lääkehoito toteutui hyvin”*

*”Tasapainon vuoksi saatettiin wc:hen, kaatumisen ennaltaehkäisy”*

*”Pyörätuolikyty oli minulle istujalle huimaa menoa, juuri sain sairaalapidan napit kiinni ja sitten kurvailtiin, kiire kuuluu myös asiaa, ei siinä mitään ja meno oli taidokasta”*

*”Hoitajat ystävällisiä”*

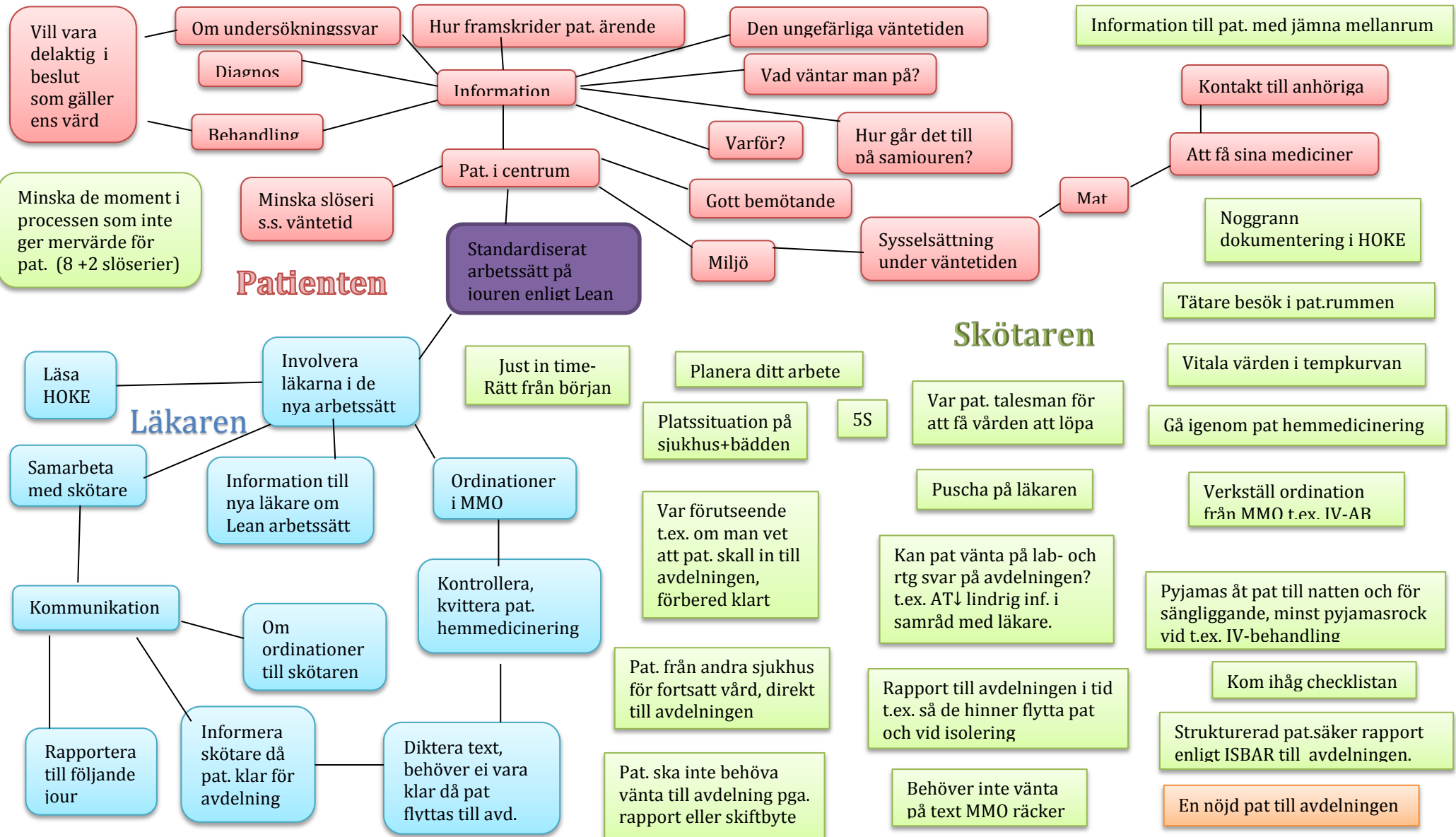
*”Olen monesti muidenkin pyörätuolin työntäjien kohdalla miettinyt että heidän pitäisiä itse istuutua työnnettäväksi kapeissa käytävissä ja koittaa eläytyä tunnelmaan huolestuneisuudesta, kivusta, pelosta, univeloista jne, voisi huomata että se ainakin vaatii hiukan vauhdin hiljentämistä. KIITOS”*

*”Mera personal önskas”*

*”Tack att vi hsar ett eget sjukhus i Raseborg”*

## Bilaga 21

## Smidigare flöde för samjournspatienten till jour- och uppföljningsavdelningen, enligt Lean arbetsätt



## Bilaga 22

### Fickformat checklista och ISBAR rapporteringsmodell

#### CHECKLISTA FÖR PATIENT SOM TAS IN PÅ JOUR- OCH UPPFÖLJNINGSAVDELNINGEN

- . Ring in patienten i tidigt skede till avdelningen så att flödet inte avstannar och vid t.ex isolering.
- . Omsorgsfull dokumentering i HOKE, vitaler på tempkurvan och givna mediciner på medicindelen.
- . Använd de olika vårdarbetets mätare.
- . Är ordinationer förverkligade t.ex lab, rtg, mediciner m.m
- . Är medicinlistan uppdaterad och kvitterad i Miranda?
- . Ordinationer i MMO till avd., läkartext behöver inte vara klar
- . Har sängliggande patienten pyjamas, minst pyjamasskjorta vid IV-beh., för uppegående pat.
- . Har patienten ID-band?
- . Behöver mat beställas till avdelningen t.ex. för diabetiker?
- . Är alla patientens dokument med till avdelningen t.ex. namnetiketter, ambulansrapport, hemvårdsmapp?
- . Är patientens person- och kontaktuppgifter kontrollerade?
- . Har man kontrollerat Riskitiedot i Miranda?
- . Rapport till avdelningen enligt **ISBAR**, enhetlig strukturerad patientsäker rapport, alla gör på samma sätt!
- . Kom ihåg att nämna om patienten inte behöver vänta på juren på sina undersökningssvar, så att avd. vet att de måste ringa förjuren för att få ordinationer för fortsatt vård.



## Bilaga 23

## PDCA spiral modell

