

Vårdkedjan för patienter med ateroskleros i nedre-extremiteter

En kartläggning av nuvarande vårdkedja på Vasa
Centralsjukhus och uppgörande av förslag till hur en Lean-
process kunde inledas

Fredrika Ingves

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och
hälsovård, sjukskötare (högre YH)

Avancerad klinisk vård

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Fredrika Ingves

Utbildning och ort: Social- och hälsovård (högre YH), Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Avancerad Klinisk Vård

Handledare: Lisen Kullas-Nyman

Titel: Vårdkedjan för patienter med ateroskleros i nedre-extremiteter. En kartläggning av nuvarande vårdkedja på Vasa Centralsjukhus och uppgörande av förslag till hur en Lean-process kunde inledas

Datum: Maj 2019

Sidantal: 57

Bilagor: 7

Abstrakt

Patienter med ateroskleros i nedreextremiteter är en utmanande patientgrupp. Ofta är patienterna äldre och mångsjuka och deras bakgrundssjukdomar kan i många fall inverka på vårdbeslutet. Ateroskleros är en allvarlig sjukdom vars bättre kända sjukdomsformer är ateroskleros i kranskärlen (orsakar hjärtinfarkter) och ateroskleros i halsartärerna (orsakar hjärninfarkter). Ateroskleros i nedre-extremiteter är inte lika känd men behöver tas på allvar eftersom även den medför en hög dödlighet.

Genom att effektivisera vårdkedjan för patienter med ateroskleros i nedre-extremiteter kan man bespara patienten mycket lidande och minska riskerna för allvarliga komplikationer. Om vården för denna patientgrupp blir fördröjd ökar risken för hög amputation av den drabbade extremiteten, likaså ökar morbiditeten om sjukdomsförloppet hinner vara kritiskt en längre tid.

Syftet med det här examensarbetet är att underlätta utvecklingen av den elektiva nedreextremitets ASO-patientens hela vårdkedja på Vasa Centralsjukhus.

Studien genomfördes med inflytande av aktionsforskning och Lean-metoder. En webbenkät utarbetades och sändes till alla som jobbar med elektiva nedre-extremitets ateroskleros patienter på Vasa Centralsjukhus. Även några värdeflödeskartläggningar gjorde där man ville ha en mer ingående förklaring av en viss vårdprocess inom vårdkedjan.

Utifrån den ursprungliga vårdkedjan och resultatet från enkäten och värdeflödeskartläggningarna utarbetades sedan en modell till en ny vårdkedja som kan tas i bruk inom kärlkirurgin på Vasa Centralsjukhus.

Språk: Svenska

Nyckelord: Lean, Kaizen, vårdkedja, vårdprocess, utveckling

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Fredrika Ingves

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Kliininen hoitotyö

Ohjaaja: Lisen Kullas-Nyman

Nimike: Alaraaja ateroskleroosipotilaan hoitoketju. Nykyisen hoitoketjun kartoitus Vaasan Keskussairaalassa ja ehdotus sille miten Lean-prosessia voidaan aloittaa.

Päivämäärä: Toukokuu 2019 Sivumäärä: 57 Liitteet: 7

Potilaat, jotka sairastavat alaraajojen valtimokovettumatautia on haasteellinen potilasryhmä. Usein potilaat ovat vanhoja ja monisairaita ja heidän taustasairautensa voi monessa tapauksessa vaikuttaa hoitopäätökseen. Valtimokovettumatauti on vakava tauti jonka tunnetuimmat muodot ovat ateroskleroottinen sydänsairaus (aiheuttaa sydäninfarktin) ja ateroskleroottinen kaulavaltimotauti (aiheuttaa aivoinfarktin). Alaraajojen valtimokovettumatautia ei tunneta yhtä hyvin mutta on yhtä lailla sairaus jota pitää ottaa todesta korkean kuolleisuuden vuoksi.

Alaraaja valtimokovettumatautipotilaan hoitoketjun tehostaminen voi säästää potilaan kärsimykseltä ja vähentää vakavien haittavaikutusten riskiä. Jos tämän potilasryhmän hoito viivästyy sairaan raajan korkean amputaation riski kasvaa. Myös kuolleisuus kasvaa jos sairaus ehtii olla kauan kriittisessä tilassa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli edesauttaa alaraaja valtimokovettumatauti potilaan koko hoitoketjun kehittämistä Vaasan Keskussairaalassa.

Tutkimus suoritettiin käyttäen sovellettua toimintatutkimusta ja Lean-metodiikkaa. Tutkimusta varten kehitettiin sähköistä kyselykaavaketta, jota lähetettiin Vaasan Keskussairaalalle kaikille, jotka hoitavat elektiivistä alaraajojen kovettumatautia sairastaneita potilaita. Tutkimuksessa tehtiin myös muutama arvovirtakartoitus siellä mistä haluttiin syvällisempää tietoa tietyistä hoitoprosesseista.

Alkuperäisestä hoitoketjusta ja kyselykaavakkeen tuloksista sekä arvovirtakartoituksista kehitettiin uutta hoitoketjumallia, jota voidaan ottaa käyttöön Vaasan Keskussairaalassa.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Lean, Kaizen, hoitoketju, hoitoprosessi, kehittäminen

BACHELOR'S THESIS

Author: Fredrika Ingves

Degree Programme: Social- and healthcare (Master), Vaasa

Specialization: Advanced nurse practitioner

Supervisor: Lisen Kullas Nyman

Title: The patient treatment process for patients with lower extremity atherosclerosis. A review of the current patient treatment process at Vaasa Central Hospital and proposing how a Lean process can be initiated.

Date: May 2019 Number of pages: 57

Appendices: 7

Abstract

Patients who suffer from atherosclerosis in lower extremities are a challenging patient group. Often, they are elderly and have many illnesses and their other illnesses can sometimes affect the decision of care. Atherosclerosis is a very serious disease of which atherosclerosis in the coronary arteries (causes heart attacks) and atherosclerosis in the carotid arteries (causes brain attacks) are better known. Atherosclerosis in the lower extremities is not as widely known but should none the less be taken seriously since even this form is related to high mortality.

By making the patient treatment process more effective, both the patients suffering and risk for severe complications can be reduced. If the treatments for this group of patients are delayed, the risk for high amputations of the sick limb and the mortality rate increases, if the disease remains critical for a longer period.

The aim of this study is to make development of the whole patient treatment process easier at Vaasa Central Hospital.

The study was performed with input of action research and Lean-methods. A web-based questionnaire was developed and was sent to every staff member who in their work gives care to patients with atherosclerosis in the lower extremities. Some value streams were also made in those parts of the patient treatment process which the author wanted more details about.

Based on the current patient treatment process and the results of the study and the value streams a new model for the patient treatment process, that can be applied at Vasa Central Hospital, was made.

Language: Swedish
process, development

Key words: Lean, Kaizen, patient treatment process, caring

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och problemformulering.....	3
3	Teoretisk bakgrund.....	4
3.1	Lagstiftning	4
3.2	Vårdkvalitet och patientsäkerhet.....	5
3.3	Vårdprocessen	6
3.4	Nedreextremitets ateroskleros	9
3.5	NedreextremitetsASO-patientens vårdkedja idag på Vasa Centralsjukhus	11
3.6	Lean.....	13
4	Forskningsmetod.....	17
4.1	Aktionsforskning.....	17
4.2	Datainsamling.....	19
4.2.1	Enkät	19
4.2.2	Gruppsamtal	21
4.2.3	Urval	23
4.2.4	Etiska överväganden.....	23
4.3	Dataanalys	24
4.3.1	Kvantitativ dataanalys.....	24
4.3.2	Kvalitativ dataanalys.....	26
5	Resultat.....	28
5.1	Värdeflödeskartläggning.....	28
5.2	Bakgrundsinformation i enkäten.....	29
5.3	Vårdkedja ur personalperspektiv.....	30
5.4	Kvalitativa resultat för frågor som berör personalperspektivet	38
5.5	Vårdkedja ur patientperspektivet	41
5.6	Kvalitativa resultat som rör patientperspektivet.....	43
5.7	Allmänt om vårdkedjan	47
5.8	Resultatdiskussion.....	49
6	Kritisk granskning.....	51
7	Diskussion	54
	Källförteckning.....	56

1 Inledning

Dagens sjukvårdssystem är uppbyggt på ett sätt som skapar väntetider åt patienterna. Med Lean-metoder strävar man inom sjukvården till att ge rätt vård vid rätt tid. Istället för att skuffa patienterna genom systemet bör man sträva efter ett drag som gör att vården underlättas. Onödig väntetid bör elimineras och ett flyt genom hela systemet skall eftersträvas. (Jarvis, föreläsning 25.11.2015).

Genom att tillämpa Lean-metoder kan kärtpatientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus förhoppningsvis underlättas och effektiveras till fördel för patienten och vårdarna. Genom att skapa ett smidigare flyt för patienten genom vårdkedjan kan även vårdarens arbete underlättas och vårdarna får mera tid för det egentliga, värdeskapande, vårdarbetet. Lean tar tid och processen skall aldrig vara helt slutförd, det finns alltid någonting som kan förbättras! (Jarvis, föreläsning 25.11.2015).

Idag ställs det hårda krav på sjukvården. Organisationerna ställs inför hårda sparkrav samtidigt som befolkningens ålder ökar och detta betyder även ofta inom sjukvården att patienterna blir allt mer mångsjuka. Som kärtskötare har skribenten fått erfara samma som står att läsa i litteraturen, många patienter är äldre och sällan träffar jag en grundfrisk patient på mottagningen. Detta ställer höga krav på sjukvården då man bör sköta hela patienten och inte enbart exempelvis benet som drabbats av iskemi (syrebrist). Ifall patientens sjukdomstillstånd redan har blivit så allvarligt att det klassas som kritisk iskemi med vilovärk, sår och/eller begynnande gangrän så är det ytterst viktigt att förloppet från inkommen remiss till åtgärd är så effektiv som möjligt eftersom en längre väntetid ökar risken för amputation och dödlighet avsevärt (Suomen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Versuonikirurginen Yhdistys, 2010b).

Toledo m.fl. (2013) har i sin forskning reducerat levertransplanterade patienters vårdtid genom att använda sig av Lean. Vårdtiden reducerades från i medeltal 11 före interventionerna till 6 det följande halvåret efter interventioner. Trots att vårdtiden minskade såg man ändå ingen signifikant förändring i antalet patienter som återkom till avdelningen på grund av problem efter transplantationen. Flera vårdtid betyder högre kostnader och inverkar på olika patientrelaterade faktorer. Genom implementeringen av det nya arbetssättet förbättrades kommunikationen mellan

vårdteamet och patienten och anhöriga. Patienterna och anhöriga var medvetna om förväntningarna. Man effektiviserade även planeringen för en tidigare hemförlovning genom att öka uppmärksamheten hos det interdisciplinära teamet. Genom en uppgjord "clinical pathway" en klinisk vårdkedja där man dagligen hade gjort upp mål för vården, kunde man konkret följa med hur vårdkedjan var planerad att framskrida. Skötaren ansvarade för att ta fram vårdkedjan vid ronderna dagligen och på detta sätt kunde alla i teamet följa med hur den förväntade vårdkedjan skulle framskrida. Detta förbättrade effektiviteten, kvaliteten, antal vårddygn, minskade komplikationsgraden och återkommande antalet patienter. Dessutom ökade både patienttillfredsställelsen och patientvägledningen och patienternas kunskap. Man kunde i ett tidigare skede börja planera för hemförlovningen och detta minskade problemen vid ordnande av fortsatt vårdplats, hemservice, hemsjukvård och så vidare. (Toledo m.fl., 2013). Denna undersökning visar att genom att utarbeta en klar plan för vårdkedjan kan man inverka på vårddygnet, underlätta processer och minska kostnader och trycket på avdelningarna och personalen.

Kärlpatientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus är kartlagd som helhet från förr (bilaga 1) och undersökningen kommer att utgå från denna modell. Problemet med hur vårdkedjan är kartlagd är att den inte är detaljerad och förklarar inte mera ingående vad som konkret görs på de olika avdelningarna som vårdar patienten. Skribenten har därför gjort en mer ingående beskrivning av den nuvarande vårdkedjan innan man kunde starta med den egentliga studien och börjar utveckla vårdkedjan (bilaga 2 och 3). Den nya modellen till vårdkedja (bilaga 4) utarbetas sedan från enkätsvaren och värdeflödeskartläggningarna. Forskningsprocessen kommer att vara inspirerad av aktionsforskning. På grund av tidsbrist finns det inte möjlighet att utvärdera den nya modellen.

Lärdomsprovet är delvis ett muntligt överenskommet beställningsarbete från Vasa Centralsjukhus avdelning A3. Här har man upplevt olika problem inom kärlpatientens vårdkedja. Ofta har man exempelvis problem med äldre, mångsjuka patienter som inte kan åka direkt hem efter en åtgärd men som inte heller får plats på exempelvis en bäddavdelning. Dessa patienter blir liggande på avdelningen och tar i onödan upp en plats inom specialistsjukvården trots att hen inte längre är i behov av specialistsjukvård. På avdelning A3 vill man nu få bukt med olika skeden i vården där patienterna stannar upp

och man inte får vården att gå vidare. Man vill förbättra patientens flyt genom vårdkedjan. Avdelning A3:s värdeflödeskartläggning kommer att göras som en skild, mera ingående del av hela arbetet. Men för att man skall uppnå bästa resultat för patienten räcker det inte med att koncentrera sig på ett moment i vårdkedjan utan hela vårdkedjan bör tas med och ses över.

För att utreda specifika problem och möjligheter med hela den nuvarande vårdkedjan kommer en enkät att skickas ut till personal som sköter patienter med ateroskleros (ASO) i nedre extremiteter på olika avdelningar på Centralsjukhuset. Dessa avdelningar är kirurgiska polikliniken, preoperativa enheten, avdelning A3, fysiatrika polikliniken, röntgen och operationsavdelningen. Intensiven uteslöts från studien eftersom patienter med ateroskleros i nedre extremiteter inte i regel vårdas på intensiven, om allting går utan problem.

2 Syfte och problemformulering

Tidigare har man på Vasa Centralsjukhus kartlagt vårdkedjan för elektiva (planerad, dvs. inte akut patienterna) nedreextremitets ASO-patienter i större helheter. Varje avdelning har gjort sina egna arbetsbeskrivningar och man har nödvändigtvis inte tagit hänsyn till andra avdelningars arbetsfördelning då man gjort upp sina egna. Syftet med det här examensarbetet är att underlätta utvecklingen av den elektiva nedreextremitets ASO-patientens hela vårdkedja på Vasa Centralsjukhus. Genom att göra upp en detaljerad arbetsbeskrivning över hela den nuvarande vårdkedjan på Vasa Centralsjukhus och genom att besvara nedanstående frågeställningar strävar skribenten till att bidra med en plan för inledande av en lean-process som sträcker sig genom hela vårdkedjan och därmed öka patientsäkerheten och vårdkvaliteten för ASO-patienten.

Frågeställningarna för lärdomsprovet är följande:

- Vad fungerar bra inom kärtpatientens nuvarande vårdkedja från vårdpersonalens synvinkel?
- Genom vilka åtgärder kunde man starta upp en Lean process som strävar till kontinuerlig förbättring och mera värdeskapande vård åt patienterna?

- Hur kan vårdkedjan utvecklas för att i större grad stöda inledandet av en fortgående Lean-process, som skulle involvera hela personalen som vårdar patienter med nedre-extremitets ateroskleros?

3 Teoretisk bakgrund

I följande kapitel klargörs centrala begrepp för detta examensarbete. Det beskrivs nedre extremitets ASO-patientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus som den ser ut i dagsläge, samt presenteras Lean som metod mer ingående. Även annan avgörande bakgrundsinformation tas upp.

3.1 Lagstiftning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) §8 skall vården inom hälso- och sjukvården vara evidensbaserad, baseras på god-vårdpraxis och goda rutiner. Vården som erbjuds bör vara säker, hålla en hög kvalitet och bör bedrivas på ett behörigt sätt. I §10 står att läsa att hälso- och sjukvårdens innehåll och tjänster bör motsvara kraven som ställs av invånarnas välbefinnande, patientsäkerhet och hälsotillstånd. I samma lags §24 står att läsa att kommunerna är skyldiga bland annat att förebygga och bota sjukdom och dessutom är de skyldiga att lindra patientens lidande. Patienten bör ges ändamålsenlig handledning och sjukvården skall genomföras med beaktande av patientens behov och på ett ändamålsenligt sätt och genom ändamålsenligt samarbete. Bedömningen av vårdbehovet, det vill säga remissen godkänd, bör ske inom tre veckor och bedömningen av vårdbehovet som förutsätter en specialistbedömning och/eller någon form av diagnostisk undersökning bör ske inom tre månader från att remissen anlänt (§52). Vården och behandlingen bör inledas senast inom sex månader från det att remissen anlänt. Väntetiden för varje enskild verksamhetsenhet bör finnas offentligt och uppdateras med fyra månaders mellanrum (§55). (Hälso- och sjukvårdslagen 2010/1326).

I lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785) står att i hela kapitel 2 läsa om patientens rättigheter. Denna lag och detta kapitel är väldigt väsentlig för denna studie och varför studien behövs. Patienten har rätt till kvalitativ vård som inte kränker hans människovärde eller integritet (§3). Patienten skall meddelas om tidpunkten för sin vård, och om tidpunkten ändras bör man meddela patienten om varför tiden flyttas och en ny

tid bör ges utan dröjsmål (§4). Patienten har rätt att få ta del av sådant som rör sitt tillstånd, sin vård och olika vårdalternativ, samt alternativ till dessa, på ett förståeligt sätt (§5). Patienten har dessutom rätt att ta del av planeringen som rör de egna undersökningarna, den egna vården och andra motsvarande planer (§5). Då det gäller brådskande vård har patienten rätt till att sådan vård förbereds och utförs så att hot mot liv och hälsan kan undvikas (§8). (Lagen om patientens ställning och rättigheter 1992/785).

För att man inom hälso- och sjukvården skall kunna uppfylla dessa krav behöver man utarbetade strategier och vårdkedjor som fungerar. En kvalitativ och säker vård som kan erbjudas snabbt och utan dröjsmål är ett högt ställt mål som kan vara väldigt svårt att nå utan kontinuerlig utveckling och engagemang från personalen.

3.2 Vårdkvalitet och patientsäkerhet

Benner (1993) redogör i sin teori för skötarens utveckling från novis till expert inom omvårdnadsarbetet. Hon hävdar att expertvetandet utvecklas då skötaren inom sin yrkesroll prövar och förbättrar hypoteser och förväntningar. En expert har tillräckligt med kunskap för att uppfatta alla situationer som helheter och hen kan urskilja det som är viktigt i situationen. Hen slösar inte onödig tid på det som är irrelevant. Expertens snabba uppfattning av situationen är ett resultat av tidigare erfarenheter och handlingar. (Benner, 1993, s. 24-29).

I Benners teori använder hon sig av Dreyfusmodellen, som består av 5 olika stadier: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Vårdaren går från nivå till nivå vartefter som kunskapen byggs upp. Hen går från att vara beroende av abstrakta principer till att tänka på helheter, där bara vissa delar har betydelse. (Benner, 1993, s. 32).

Novisen saknar erfarenhet av den situationen hen befinner sig i och hens beteende kan därför ses som begränsat. För novisen är det nödvändigt med regler och teoretisk kunskap för att kunna agera i situationen. Avancerade nybörjaren har däremot redan samlat på sig en minimal erfarenhet och har därför börjat bygga upp förståelse för återkommande och betydelsefulla beståndsdelar som vissa situationer innefattar. Avancerade nybörjaren behöver vägledning för att få en större insikt i situationen men

har ingen möjlighet att uppfatta helheter. Hen behöver även hjälp att prioritera situationer. (Benner, 1993, s. 37-40).

Den kompetenta har redan arbetat under samma förhållanden i 2-3 år och börjar få känslan av att hen behärskar situationen. Hen kan ta itu med och klarar till viss mån av oförutsedda situationer. Den kompetenta har en avsiktlig och medveten planering som bidrar till organiserat arbete och effektivitet. Hen börjar även få långsiktiga mål för sina handlingar och hen känner att hen behärskar situationen. (Benner, 1993, s. 40-41).

Den skicklige har arbetat under liknande förhållanden i 3-5 år. Hen uppfattar redan större helheter och ser perspektivet som något som kommer utan större ansträngning. Hen grundar situationerna på erfarenheter och hen lär sig vilka typiska händelser som kan förväntas i givna situationer. Hen har även kunskap att ändra plan enligt händelser och beslutsfattandet blir mindre ansträngande. (Benner, 1993, s. 41-45).

Experten har en enorm erfarenhetsbakgrund och har en förmåga att intuitivt uppfatta situationer, trots att hen inte alltid kan förklara sin intuition. Hen koncentrerar sig enbart på aktuella problemområden och förlitar sig inte längre på regler och riktlinjer. En expert kan fungera som mentor och konsult åt andra. (Benner, 1993, s. 45-48).

Allt efter som vårdarens yrkeskunskap och specialkunskap utvecklas förbättras patientsäkerheten och vårdkvaliteten. En vårdare som har arbetat längre kan anses ha mera kunskap om inte enbart den medicinska vården, utan även om hur vårdprocesser kan utvecklas. Hen kan antas kunna koncentrera sig mer på att utveckla vården då inte all energi går åt att koncentrera sig på enskilda detaljer och teoretisk kunskap.

3.3 Vårdprocessen

Yura och Walsh (1988) har redan tidigt tagit fram vårdprocessens olika delar och beskrivit dem utförligt. De delade in vårdprocessen i fyra olika skeden: 1) fastställande av vårdbehov, 2) planering av vårdarbetet, 3) förverkligande av vårdplanen och 4) utvärdering. Vårdarbetet är omfattande och svåranalyserat, men genom att dela in det i olika skeden eller faser gör man vårdarbetet mera konkret. Ett konkretiserat vårdarbete gör att man lättare kan analysera, diskutera och utföra vårdarbetet. Genom att dela in

vårdarbetet, och genom att följa denna process, blir vårdarbetet mera noggrant, medvetet och gjort med eftertanke. (Yura & Walsh, 1988, s. 40–41).

I vårdprocessens första skede fastställer man patientens vårdbehov. Man reder ut patientens hälsotillstånd och möjliga problem. Detta innefattar inte bara att konstatera sjukdom och befintliga problem, utan även att definiera vad som är friskt, hurudan hälsa, den sjuka patienten har. Som skötare har man till uppgift att sköta om och tillgodose de behov som har en inverkan på människan som helhet. Här är det inte de fysiologiska behoven som ligger i fokus. De fysiologiska behoven skall man tillfredsställa då risken för dödlig utkomst är överhängande ifall dessa behov ignoreras. Då man har tagit hand om de livshotande fysiologiska behoven bör vårdares uppmärksamhet riktas till övriga problem som skapar ohälsa. (Yura & Walsh, 1988, s. 174–178).

För att man skall kunna fastställa patientens behov och göra upp en vårdplan måste man samla uppgifter om patienten. Detta görs genom att målmedvetet och planerat intervjuar patienten. För detta bör tillräckligt med tid och resurser sättas ner på denna fas. Möjlighet att kartlägga vårdbehoven bör finnas i ett så tidigt skede av vårdprocessen som möjligt, helst vid första patientkontakten. Genom en på förhand ifylld förhandsuppgiftsblankett får man nödvändig grundinformation, men genom att intervjua eller diskutera med patienten har man möjlighet att få tillgång till mycket annan värdefull information om den enskilda individen. Om man utför denna fas grundligt så betalar det sig tillbaka i fortsättningen. Vården underlättas och man kan erbjuda en mera individuell och kvalitativ vård, där intresse, engagemang, tillit och respekt är ledord. (Yura & Walsh, 1988, s. 189-195).

Då vårdplanen görs upp i det andra skedet prioriteras vårdproblemen enligt hur mycket de inverkar på ohälsan och så gör man en plan för hur problemen kan lösas på bästa tänkbara sätt. I detta skede bör man urskilja på de problem som man kan hjälpa med vårdinterventioner, de problem som patient och anhöriga kan klara av själva och vilka problem som kan lösas av andra i vårdteamet. Man gör upp en plan för med vilka intervaller vårdinsatserna bör sättas in, vilka är de förväntade resultaten och vad är vårt mål. Ifall det inte föreligger någon överhängande risk för omedelbar fara, kan det räcka med att ge information åt patienten. Då man har förmedlat informationen åt patienten bör man lämna en möjlighet för patienten att återkomma ifall problemen blir värre. Då

man gör upp mål, bör man tänka på att målen skall vara realistiska och möjliga att uppnå. (Yura & Walsh, 1988, s. 216–225).

Fasen då man förverkligar vårdplanen innefattar både inledande och avslutande av åtgärder som man ansett vara nödvändiga för att tillgodose patientens behov. Under hela fasen bör vårdaren vara lyhörd och använda sin kompetens och sin förmåga att utvärdera situationen och ta beslut om huruvida man kan gå vidare med den uppgjorda planen eller om den behöver ändras. Under denna fas måste man kunna omprioritera och ändra planen. Det är ytterst viktigt att vårdaren har hög yrkeskompetens och förmåga att kommunicera och även en kunskap för att analysera den non-verbala kommunikationen. Förverkligandet görs konkret, men kräver även utvärdering och planering. (Yura & Walsh, 1988, s. 233–244).

I utvärderingsfasen kontrollerar man hur patienten har reagerat på de planlagda och utförda åtgärderna. Utvärderingen är viktig att göra i samråd med patienten och processen bör fortgå tills patientens behov är tillfredsställda på bästa möjliga tänkbara sätt. Vid utvärderingen framkommer ifall vårdprocessen har innehållit brister, har man lyckats med att lösa patientens alla problem och har det under processens gång uppstått nya problem som behöver lösas eller behov att tillfredsställa. (Yura & Walsh, 1988, s. 245–264).

Noronen (2016) har i sin avhandling forskat i vilka konsekvenserna blir av en fördröjning i ASO-patientens behandling. Det är närmast resultaten av fördröjning inom vården av diabetespatienter med fotsår som är av vikt för denna undersökning. En stor del av patienterna med kritisk iskemi har diabetes, likaså kommer en stor del av diabetikerna att någon gång insjukna i fotsår orsakat av kritisk iskemi. Noronen (2016) Kom i sin forskning fram till att en diabetiker med fotsår borde få vård inom 2 veckor från att remissen har anlänt till specialistsjukvården. Efter detta ökar risken för amputation markant. Man kunde tro att så även är fallet för icke-diabetiker. För att man skall lyckas med att åtminstone komma så nära 2 veckor som möjligt, gäller det att hela vårdkedjan fungerar. Sedan borde man även lägga vikt på att få dessa patienter remitterade i tid. (Noronen, 2016).

Kärlpatientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus fungerar redan i dag effektivt och patienterna får i allmänhet vård snabbt. I dagsläget kommer cirka 950 remisser till

kärlkirurgiska polikliniken per år. De flesta remisser behandlas inom 3 dagar från ankomst. Per år besöker kring 1100 patienter med arteriella störningar kärlkirurgen och av dessa är cirka 200 patienter sådana som kommit med remiss och får en diagnos som innebär att det kan komma att utföras någon form av endovaskulär (ingrepp som utförs i ådran men utan kirurgi) eller kirurgisk åtgärd på någon artär i nedre extremiteterna. Kärlskötarna har cirka 1000 patientbesök per år. Nästan 500 angiografier, 160 CT och 23 MRI undersökningar utförs på nedrextremitets ASO patienter per år. År 2018 utfördes cirka 170 nedrextremitets ASO-operationer medan det år 2017 utfördes cirka 140 likadana operationer. Då man ser på de senaste 10 årens remiss- och patientantal så ökar dessa år för år. (ExReport). Detta ställer högre krav på personalen och vården längs hela vårdkedjan för att man skall klara av att erbjuda en kvalitativ och effektiv vård åt samtliga som är i behov av detta. I dagsläget finns inga köer utan patienterna får sina polikliniktider på basen av inkommen remiss och sina fortsatta undersökningstider får de med sig genast från polikliniken. Det är endast till operation som patienten sätts i kö och då görs detta enbart för att det är en annan avdelning, preoperativa polikliniken, som sköter om att planera preoperativa undersökningarna och ger den mer noggrannare operationstiden åt patienten. I brådskande fall bestäms operationsdagen redan på polikliniken, i samråd med kirurg och patient.

3.4 Nedrextremitets ateroskleros

Ateroskleros, eller åderförkalkning som man även talar om, är en sjukdom som drabbar alla artärer i kroppen. Ateroskleros betyder att artärväggarna förtjockas till följd av att fett samlas under det innersta skiktet i kärlväggen. Detta gör att artärväggen blir tjockare och hårdare och med tiden leder detta till att artärerna stockas. Det kan även hända att innerväggen spricker till följd av fettansamlingarna och då börjar blodkroppar samlas vid detta område och bildar en blodpropp. Detta leder till försämrad artärcirkulation och syreledning i kroppen. Vid nedrextremitets ateroskleros är det artärerna till benen som drabbas, vilket kan leda till bestående syrebrist i benen eller så kallad iskemi. Alla människor drabbas av dessa förändringar i artärväggen med stigande ålder men sjukdomsförloppet försnabbas och sannolikheten för att drabbas av ateroskleros stiger om man har diabetes eller röker. (Aboyans et al., 2018, Suomen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Versuonikirurginen Yhdistys, 2010a). Nedre

extremitets ateroskleros är en av tre vanligaste formerna av ateroskleros. De två andra och mera kända formerna är ateroskleros i hjärtats kranskärl (orsakar hjärtinfarkt) och ateroskleros i artärer som leder till eller finns i hjärnan (orsakar hjärninfarkt). (Aboyans et al., 2018, Suomen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Versuonikirurginen Yhdistys, 2010b).

Ateroskleros är den vanligaste orsaken till iskemi i nedre extremiteterna. Det lindrigaste symptomet på ateroskleros i nedre extremiteterna är klaudikation eller fönstertittarsjuka. Detta symptom uppstår då syretillförseln till vävnaderna är nedsatt på grund av sjukdomen. Då man sedan anstränger kroppen och musklerna kräver mera syre uppstår problem då syret inte längre räcker till i vävnaderna. Klaudikation behandlas i första hand genom konservativ vård. Klaudikation är problematiskt för patienten och inverkar på livskvaliteten, men hotar inte ännu vävnadernas vitalitet. (Aboyans et al., 2018, Suomen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Versuonikirurginen Yhdistys, 2010b).

Kritisk iskemi är ett allvarligt tillstånd som hotar vävnaderna i nedre extremiteterna och symptomen på detta är vanligen vilovärk och/eller sår på distala delar av extremiteterna. Såren har endera uppkommit utan yttre provokation eller är väldigt långvariga och läkningsprocessen är försämrad eller har avstannat helt. Kritisk iskemi kan indelas i kronisk och akut kritisk iskemi. Kritisk iskemi kräver brådskande vård eftersom risken för amputation är starkt överhängande om processen blir utdragen. Amputation ökar dödligheten till följd av sjukdomen. Av bakgrundsorsakerna till lår- och underbensamputationer härstammar 85% från cirkulatoriska orsaker. (Aboyans et al., 2018, Suomen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Versuonikirurginen Yhdistys, 2010b).

Jalkanen (2017) har i sin avhandling tagit fasta på att forska i hur ASO ter sig i kroppen och hur sjukdomen påverkar livslängden hos de drabbade. ASO är en sjukdom som drabbar hela kroppen, hela kroppen är i ett konstant inflammatoriskt tillstånd och förkortar således den påverkade individens förväntade livslängd. De som drabbas av ASO har en nämnvärt högre risk att dö i kardiovaskulär sjukdom än icke drabbade. Jalkanen (2017) visade i sin forskning att dödligheten korrelerar med svårighetsgraden av sjukdomen. I en uppföljning på 36 månader hade 23% av patienterna med klaudikationssymptom och 43% av patienterna med kritisk iskemi avlidit. Vid 80 månaders uppföljning hade 44% av klaudikatorerna och 80% av de med kritisk iskemi

avlidit. Dödligheten var dessutom beroende av många andra faktorer, så som förekomst av hjärtsjukdomar och andra sjukdomar relaterade till ASO. Dessutom har värdet på olika substanser i blodet, ex. lipider, cytokiner och kemokiner, inverkan på dödligheten bland de som drabbas av ASO. (Jalkanen, 2017). Således är ASO en sjukdom som kräver helhetsvård av patienten och en snabb intervention för att vi skall kunna förlänga våra patienters förväntade livslängd en lite.

Collins, Nelson och Ahluwalia (2010) har i sin forskning tagit fasta på patientgrupper som redan har genomgått revaskularisation (åtgärd som återställer blodflödet till extremiteten) och kommit fram till liknande slutsatser som Jalkanen. ASO är en sjukdom som har hög mortalitetsgrad trots interventioner. Desto mera nersatt ABI (ankle-brachial-index) desto högre mortalitetsrisk eftersom sjukdomen är längre hunnen och har troligen redan hunnit drabba andra artärer i en större utsträckning. Ålder spelade också en stor roll i hur hög mortalitetsrisken är, likaså om patienten är rökare eller inte. Njurinsufficiens och tidigare kranskärlssjukdom har enligt Collins, Nelson och Ahluwalia (2010) också en betydelse för graden av mortalitet. (Collins, Nelson & Ahluwalia, 2010).

Den förhöjda dödligheten som sjukdomen medför är en av utmaningarna med ASO-patientens vårdkedja. Vårdkedjan bör fås att fungera så snabbt och smidigt som möjligt trots att många olika avdelningar är inblandade. Därför bör förändringar göras på ett sätt som tar alla avdelningars arbetsinsats i beaktande och inte enbart görs per enskild avdelning.

3.5 NedreextremitetsASO-patientens vårdkedja idag på Vasa Centralsjukhus

Bilaga 1 och 2 visar hur nedreextremitets ASO-patientens utskrivna vårdkedja såg ut på Vasa Centralsjukhus före skribenten började med detta arbete. Remisshanteringen på kärlpolikliniken fungerar i dagens läge bra och enligt statistiken är det frågan om ett par dagar från att remissen anländer till sjukhuset tills den blir läst och bedömd. Till kärlpolikliniken får patienten tid inom några dagar och upp till någon vecka, beroende på hur allvarliga cirkulationsstörningarna är (ExReport). Vid kritisk iskemi påbörjas patientens vård så fort som möjligt.

På patientens första besök utreds patientens tillstånd närmare och kirurgen bestämmer sig för vårdmetod. Vårdmetoderna består av konservativ vård, angiografi med ballongutvidgning och vid behov stentning, olika sorters operativ vård som förbättrar cirkulationen och i sista hand amputation. Innan slutgiltig vårdmetod bestäms görs radiologiska undersökningar för att kartlägga artärernas kondition. Dessa undersökningar är ultraljud, traditionell angiografi, magnetangiografi eller datorangiografi. Vid traditionell angiografi vårdas patienten på avdelning A3 både före och efter undersökningen medan de två sistnämnda görs polikliniskt på röntgenavdelningen om patienten har en väl fungerande njurfunktion.

Om man efter dessa undersökningar bestämmer sig för operativ åtgärd sätts patienten i kö och köreservationen behandlas på preoperativa enheten, där alla preoperativa förberedelser görs som relateras till patientens anestesi. Ifall det krävs förberedelser som inte är relaterade till anestesi så sköts dessa av personalen på avdelningen eller polikliniken. Från preoperativa enheten förs patienten på operationsdagen till operationsavdelningen. Perioperativa skedet innefattar såväl själva operationen som uppvakningsskedet.

Eftervården sker på avdelning A3 där man sköter allting angående patientens vård. Då patienten har återhämtat sig från operationen kan hen i bästa fall åka hem. Innan hemfärd kan det hos vissa patientgrupper krävas undersökningar på kirurgiska polikliniken. De patienter som inte kan åka hem flyttas till en annan enhet för fortsatt vård, exempelvis hälsocentralens bäddavdelning. Alla patienter kommer efter en viss ordinerad tid på kontroll till kirurgiska polikliniken där vården antingen fortsätter eller kan avslutas.

Som ovan är beskrivet är dagens vårdkedja utarbetat genom stora helheter. Sedan har de olika vårdavdelningarna gjort sina egna föreskrifter för vad vården innefattar och vad man bör ta fasta på i vårdens olika skeden på avdelningen. Det som hittills har saknats är en mer detaljerad och ingående arbetsbeskrivning för vården genom hela vårdkedjan. Vårdaktiviteterna på respektive avdelning är planerade inom respektive avdelning och är inte jämförda med de andra avdelningarnas arbetsbeskrivning. För att jag i detta arbete skulle få en så informativ och uttömmande enkät som möjligt och för att jag skulle ha möjlighet att göra en kartläggning av vad som eventuellt behöver förändras för att vi

skall få en ännu smidigare vårdkedja, så var jag till allra först tvungen att sammanställa alla avdelningars arbetsbeskrivningar i den nuvarande vårdkedjan. Detta har jag gjort genom att vara i kontakt med avdelningssköterna och andra nyckelpersoner på avdelningarna och bett att få ta del av alla avdelningars arbetsbeskrivningar och skriva in dem i den från förr utritade vårdkedjan (bilaga 2).

3.6 Lean

Lean är en metod vars grunder kommer från Japan. Efter andra världskriget producerades varor av låg kvalitet och handel och export blev lidande. För att kunna lyfta landet var japanerna tvungna att se över produktionen och höja kvaliteten på varorna. Efter att japanska ledare och experter begav sig väst för att ta del av kunskapen och det kvalitetsarbete som fanns där grundades den japanska kvalitets- och produktionsfilosofin. Man lade fokus på kvalitet och man arbetade för att identifiera och eliminera grundorsakerna till de problem man hade. Toyota ses ofta som företaget bakom Lean-metodologin eftersom de lyckades mycket bra med att effektivera och kvalitetssäkra sina produkter genom sitt eget produktionssystem "Toyota Production System". Många av grunderna till Lean är hämtade just från metoderna i Toyotas produktionssystem. (Sörqvist, 2013, s. 16-27).

Lean är idag ett välkänt begrepp såväl inom vården som inom många andra områden. Med hjälp av Lean strävar man till att förbättra och effektivera processer. Lean utgår från att kontinuerligt sträva efter minskat slöseri och att kontinuerligt uppnå en förbättring. Lean handlar om att förändra tanke- och arbetssätt och använda befintliga resurser för att uppnå bättre resultat. (Petersson, Olsson, Lundström, Johansson, Broman, Blücher & Alsterman, 2012, s. 17-27).

Lean beskrivs idag lite olika beroende på i vilken källa man använder sig av. Sörqvist (2013) beskriver Lean principen utgående från sju punkter. Den första är lånsiktig resultatfokus med prioritering av kvalitet. Lean är något som man implementerar för att fortsätta med och där kontinuiteten har en stor betydelse. De verktyg som Lean metoden ger oss är bara medel för att utveckla verksamheten till att ständigt uppnå bättre resultat och att ständigt förbättra kvaliteten på de produkter som vi producerar.

Förbättring av kvaliteten för med sig förbättrade ekonomiska resultat. (Sörqvist, 2013, s. 64-66).

Det andra är att kunderna bör ligga i centrum och focus på värdeskapandet. I Lean är det viktigt att veta vad som är viktigt för de som verksamheten finns till för eftersom värdeskapande arbete betyder att man möter kundernas behov. För att man skall lyckas med detta måste man eliminera sådant som inte är värdeskapande för kunden. Då icke-värdeskapande verksamhet elimineras kan frigjorda resurser sättas på den värdeskapande verksamheten och ytterligare höja värdet. För att kunna förstå vad som är värdeskapande är det viktigt att förstå processer i verksamheten. Ett av de centrala verktygen inom Lean är värdeflödesanalys. Med hjälp av värdeflödesanalysen görs kartläggning av nuläget och baserat på denna kunskap kan sedan en modell för det önskade läget tas fram. Detta hjälper att se vilka förbättringar som är nödvändiga att göra för att värdet för kunden skall stiga. (Sörqvist, 2013, s. 66-67).

Den tredje punkten som Sörqvist (2013) tar upp är att skapa stabila och felfria processer med effektiva behovsstyrda flöden. Detta betyder att få till stånd ett drag genom processerna och sträva till att alla moment i flödet tar lika lång tid. Då möjliggörs ett jämt och stabilt flöde. För att detta skall kunna uppnås måste man ha full kontroll på processernas variationer och att arbetet standardiseras för att motsvara de önskade nivåerna. Man bör även hålla ordning och reda och hålla hjälpmedel underhållna och i skick för att eliminera eventuella problem. Det bör strävas efter att producera just det som kunden behöver i just det ögonblicket då efterfrågan finns (just in time). (Sörqvist, 2013, s. 68).

Fjärde punkten står för samverkan och engagemang genom ansvarstagande, delaktighet, lärande och respekt för individen. För att Lean skall fungera krävs att alla inom arbetsteamet är engagerade och arbetar i samverkan med varandra. Det bör visas respekt för alla och allas åsikter skall bli hörda. Arbetstagare som är delaktiga och engagerade blir ansvarstagande och bygger upp en vilja att utveckla sitt eget arbete. För att alla skall ha samma förutsättningar för utveckling krävs lärande och kompetens. För att förstå och se det som behöver förändras krävs en viss nivå av kompetens i arbetet. (Sörqvist, 2013, s. 69-71).

Femte punkten är att utveckla ledare som förstår arbetet, agerar pedagogiskt och leder mot tydliga mål. Trots att förändringarna i Lean bör komma från de som konkret utför jobbet så är en stark och kompetent ledare ett måste för att Lean skall fungera. Det är ledarens uppgift att få medarbetarna motiverade till förändringsarbetet. För att de skall lyckas med detta måste de vara insatta i verksamheten och förstå vad verksamheten handlar om. Ledare skall finnas nära centrum och uppleva den verklighet som organisationen befinner sig i. Ledaren är en förebild som skall få medarbetarna av egen vilja att engagerat göra det som krävs för verksamheten. (Sörqvist, 2013, s. 71-73).

Ständiga förbättringar och standardisering av de bästa arbetssätten är den sjätte punkten. I Lean strävar man ständigt efter förbättring och att eliminera det som inte ger värde åt kunden. Det krävs att flöden och processer ständigt går igenom och analyseras och bristerna ses som möjligheter till att göra saker ännu bättre. Målet är att standardisera arbetssätten för att minska variationerna. Man behöver komma överens om vilka de bästa arbetssätten är och hur arbetet skall göras. Detta kan endera göras muntligt eller som väldokumenterade rutinbeskrivningar. Även de standardiserade rutinerna kan sedan ändras om man kommer på förbättringar. (Sörqvist, 2013, s. 73-74).

Den sjunde och sista punkten är framgång genom helhetssyn, enkelhet och visualisering. För att vara säker på att man förbättrar rätt saker bör man utgå och fokusera på helhetssynen men ofta är det ändå de enkla och mindre sakerna som kännetecknar Lean. Man skall hellre göra flera små förbättringar än en större. För att lättare kunna genomföra förändringar och förbättringar är det viktigt med visualisering. Den viktiga informationen skall finnas tillgänglig och synbar i form av anslagstavlor, uppföljningsrutiner, utrustningsplaceringar o.s.v. (Sörqvist, 2013, s. 75-76).

För att en process skall ses som effektiv bör både defekter och variationer minimeras. Lean handlar inte om att få bort onödiga arbetsmoment för att kunna skära ner på personal utan för att få mer resurser till grunduppgifterna, det som ger värde åt patienten. Idéer till förändringen som man strävar till att få till stånd skall inte komma från ledningen utan från personalen och perspektivet skall alltid vara patienten. För att förändringen skall kunna äga rum bör dock motivationen till förändringen komma från ledningen. Förändring skall bli ett systemtänk, en kultur, på arbetsplatsen. (Hinders,

föreläsning 11.3.2016, Petersson, Johansson, Broman, Blücher & Alsterman, 2009, s. 18-20).

För att man som ledare skall kunna utöva ett ledarskap som gynnar förändring bör man utöva ett etiskt ledarskap. Inom sjukvården är etiken som en röd tråd genom hela systemet, etiken är vårdandets kärna. Inom sjukvården behandlar man människor, inte bara som fysiska varelser utan som en helhet med kropp och själ. Som ledare inom sjukvården har man även ett ansvar gentemot sina medarbetare att själv fungera etiskt i sitt beslutsfattande och i sitt ledarskap. Som ledare bör man föregå med gott exempel. Om man inte som ledare agerar etiskt, hur skall man då kunna kräva det av någon annan? (Makaroff, Storch, Pauly & Newton, 2014).

Förändring är ett återkommande fenomen i dagens sjukvård. För att man som ledare skall få det förtroende som man behöver för att kunna leda förändring bör man utveckla sin egen yrkesroll så att man både tar i beaktande bestämmelser uppifrån, krav från personalen och sin egen personlighet. Denna roll är enligt Svedberg (2012) den platsen där personen möter organisationen. Kraven kan många gånger vara väldigt olika från olika delar och i vissa fall även motstridiga. Privata relationer får inte bli för dominerande men inte heller för åsidosatta. Ledarskapet är en ständig kamp och balansgång mellan olika krav och dessa är inte alltid lätta att bemästra. (Svedberg, 2012, s. 325-330).

Lean handlar om att skapa ett bättre flöde i en kedja, en helhet. Lean handlar också om att göra förbättringar. Alla förändringar är inte förbättringar och därför är det viktigt att analysera värdeflödet för att kunna välja rätt processer som skall förändras för att få till stånd en verklig förbättring. För att en förändring skall vara en förbättring måste man utgå från problemen i värdeflödet. Utmaningen med Lean ligger i att se vilken inverkan åtgärderna har på helheten. Värdeflödet är ett mått på det som är värdeskapande och det som är slöseri från patientens perspektiv. Det som är värdeskapande för patienten bör strävas efter att maximeras och det som är slöseri att minimeras i jämförelse till varandra. En standardisering av värdeflödet ger en överenskommelse över hurdant flödet skall vara. (Petersson et. al., 2009, s. 115-134).

I denna studie har skribenten beskrivit den befintliga processen och arbetat utifrån den. Enkäten är uppgjord utifrån processen, likaså är informanterna utvalda på ett sätt så att man får synpunkter och åsikter från hela kedjan. De olika avdelningarna som medverkar i

vårdkedjan för patienter med nedre-extremitets ASO kan ses som olika moment i vårdkedjan. Det är av stor vikt att hela vårdkedjan fås att fungera så smidigt som möjligt och att dela kedjan är så värdeskapande som möjligt för våra kunder. Det räcker inte med att få ett moment i vårdkedjan att fungera om patienten inte slipper vidare till nästa moment när hen behöver det. Det hjälper alltså inte att varje avdelning, eller moment, var för sig funderar vad som kunde förbättras. För att vi skall kunna ge mera värde, få en än bättre kvalitet på den givna vården, få nöjdare kunder och medarbetare så måste vi se på hela kedjan och samarbeta för att få till stånd en långsiktig process där alla strävar mot samma mål. Som slutprodukt finns en från enkätsvaren utarbetad vårdkedja som kan ligga till grund för ett intensivare samarbete mellan avdelningarna för att ge våra patienter den vård de har rätt till (bilaga 4).

Den nya vårdkedjan blir förhoppningsvis en början till en Kaizen-filosofi (kai= förändring, zen= bra) inom den kärllirurgiska patientens vård. Kaizen är en av Lean filosofierna som går ut på fortgående förbättring genom engagemang, utmaning och berättigande av arbetstagarna till att använda sin kreativitet för att förbättra sitt dagliga arbete. Inom Kaizen börjar man med små förändringar och strävar till förbättring av vad som helst, var som helst. (Graban & Swartz, 2012, s. 4-14).

4 Forskningsmetod

Forskning skall vara sökan efter ny kunskap och bakom varje forskning skall ligga en väl genomtänkt plan och ett välgjort grundarbete. Ingen forskning skall heller göras utan att man får nytta av resultaten. Då man har valt vilket ämne man skall forska i måste man studera vilken forskningsmetod som bäst ger svaren som man söker. (Hansagi & Allebeck, 1994, s. 9-20).

4.1 Aktionsforskning

Aktionsforskning uppfattades till en början vara inriktad på förändringsfrågor och vara engagerande i praktiska frågor. Genom aktionsforskning tog man sig an frågor som rörde riktiga livet och riktiga angelägenheter. Aktionsforskningens grundtanke är att man inte bara skall ge en bättre förståelse för upplevda problem utan som en del av processen skall man även sträva till förändring av problemen. Genom att

aktionsforskningen formar en cyklisk process där evalueringen ger upphov till utgångspunkter för fortsatta undersökningar, så har den tendens att involvera deltagarna i processen. (Denscombe, 2009, s. 179-184).

Denna studie kommer att utföras med inflytande från aktionsforskning. Aktionsforskning är en metod som ger verktyg för och strävar till utveckling. Man utgår från praktiken och söker djupare förståelse för vissa fenomen och strävan är att verksamheten förändras. I aktionsforskning går man från praktik till teori och tillbaka till praktiken igen. (Rönneman, 2012, s. 21-24, 42).

Inom aktionsforskningen arbetar man ofta kvalitativt för att kunna fokusera på informanternas perspektiv och för att få en insikt i det fenomen man undersöker. Man måste identifiera problemen, det som informanterna själva vill förändra, för att kunna åtgärda dem. Inom aktionsforskning strävar man efter en hållbar utveckling. Utvärdering av förändringen är en stor del av kontinuerlig förbättring. (Pajalic & Westergren, 2013, s. 85-93).

Enligt Patel och Davidson (2007) är ett utrednings- eller utvecklingsarbete varken deduktivt eller induktivt i vetenskaplig mening. Vid deduktion utgår man från teorier och drar sedan slutsatser om enskilda företeelser. Slutsatserna provas sedan empiriskt. Vid induktion studeras ett forskningsobjekt utan tidigare teorier och utifrån den erhållna informationen formuleras sedan en teori. Dessa två metoder kan även kombineras, genom abduktion kan man först arbeta induktivt och sedan deduktivt för att utveckla den ursprungliga teorin. (Patel & Davidson, 2007, s. 23-25).

I denna studie vill skribenten få fram vad vårdarna anser vara problemen i den nuvarande vårdkedjan och vad som redan fungerar, för att sedan kunna utveckla vårdprocessen till en mer fungerande helhet. Detta gör att studien lämpar sig att göra med inslag av aktionsforskning. Tidigare i rapporten framkommer även att Lean är en kontinuerlig strävan mot bättre fungerande processer och även med tanke på detta fungerar aktionsforskning som en lämplig metod i och med att principen för både Lean och aktionsforskning är den samma.

4.2 Datainsamling

Liksom val av forskningsmetod skall övervägas noggrant bör man även göra en noggrann övervägning vad gäller datainsamlingsmetoder. Vilket är det bästa sättet att få informanterna att ge mig den information jag behöver för att svara på mina frågeställningar? (Hansagi & Allebeck, 1994, s. 31-35).

4.2.1 Enkät

Med enkät avser man ett skriftligt frågeformulär som med fördel kan användas då informanterna är fler till antalet eller mera utspridda. En enkät medför ofta endast låga kostnader i jämförelse till antalet informanter som nås. Med en enkät försäkras man sig också att alla informanter får samma frågor och frågorna ställs alltid på samma sätt. Det finns inte heller någon risk för att forskaren skulle inverka på svaren och informanten kan känna sig bekvämare att svara på svåra frågor. (Hansagi & Allebeck, 1994, s. 32-34).

Nackdelen med enkäter är att man som forskare inte kan ställa några följdfrågor ifall det uppstår frågetecken eller saker man vill ha mer ingående svar på. Även svarsprocenten tenderar att bli något lägre med enkät om man jämför med exempelvis intervju. (Hansagi & Allebeck, 1994, s. 34). Enkäten som används i denna studie var totalt anonym, det vill säga det finns ingen möjlighet att identifiera respondenterna (Patel & Davidson, 2007, s. 70).

Webbenkät lämpar sig för mindre forskningsområden. Webbenkäters fördel gentemot traditionella enkäter är att det finns en mängd olika företag som erbjuder denna service, och därmed finns även nästan oändligt med designmöjligheter för dessa enkäter. Eftersom det finns färdigt tillgängliga mallar som kan användas så sparar det en hel del möda och tid för forskaren. Man får hjälp med utformningen och att följa en god praxis. Webbenkäten kan eventuellt även med sin uppiggande design uppmuntra informanterna till att fullständigt och med eftertanke fylla i enkäten. Till en webbenkäts fördelar hör även vissa funktioner som minskar eventuella fel, men man bör vara observant på om man vill ge informanten möjlighet att svara med exempelvis alternativknappar eller kryssrutor. Om fel val görs mellan dessa, kan det ställa till stora problem i analysfasen. (Denscombe, 2009, s. 256–258). Webbenkäten var semistrukturerad där både högt och lågt strukturerade frågor förekom. Detta för att få fram så bred information som möjligt.

Vissa frågor hade graderade svarsalternativ och vissa hade fasta svarsalternativ. (Patel & Davidson, 2007, s. 72-73).

En stor fördel som uppnås med webbenkäter är att forskaren får en oerhört stor hjälp vid analysering av data. Svaren förs automatiskt över till en datafil, som sedan är lätt att analysera med hjälp av andra datorprogram. Detta besparar forskaren mycket tid och avlägsnar mänskliga misstag, då svaren inte längre behöver inmatas för hand. (Denscombe, 2009, s. 256-257).

I denna forskning användes en webbenkät (bilaga 5-6) som insamlingsmetod vid kartläggningen av hur personalen anser att den nuvarande vårdkedjan fungerar och för att få personalen delaktig i hela vårdkedjans förändringsprocess. Detta för att nå all vårdpersonal som sköter kärtpatienter. Enkäten innehöll såväl slutna som öppna frågor för att både ge informanterna möjlighet att berätta om problem och möjligheter som de har erfarit, och för att kunna få svar som går att jämföra och väga mot varandra och kunna se helheter där det behövs.

Enkäten utarbetades av skribenten i nära samarbete med dåvarande överläkare i kärllkirurgi på Vasa Centralsjukhus. Han har lång erfarenhet av forskningsmetodik och olika forskningsprojekt från sina egna forskningar och publikationer. Då ingen bra enkät att utgå från hittades i tidigare litteratursökning så bestämde skribenten att till denna studie utveckla en egen enkät. I enkäten var det viktigt att få med hela det ursprungliga förloppet i vårdkedjan och alla avdelningar, för att få ett tillförlitligt svar på hur medarbetarna upplever att vårdkedjan fungerar på olika delområden. Man ville även ha möjlighet att få fram var i vårdkedjan skötarna upplevde att eventuella hinder eller problem finns. På basen av hur den ursprungliga vårdkedjan såg ut och med hjälp av litteraturbakgrunden utformades en 40 frågor lång enkät som innehöll både öppna och slutna frågor.

En pilotstudie på enkäten, innefattande 3 informanter, utfördes innan den slutgiltiga enkäten skickades ut. Att göra en pilotstudie betyder att metoden testas i förväg för att undvika felval och för att få maximal nytta av studien. En pilotstudie ger forskaren endera utvecklingsmöjligheter och möjlighet att rätta till fel i undersökningsmetoden eller datainsamlings sättet, eller en försäkran om att forskningsfrågorna kommer att blir besvarade. (Denscombe, 2009, s. 237). Informanterna till pilotstudien valdes ut från

skribentens egen arbetsomgivning och valdes på basen av deras arbetserfarenhet och villighet att delta i undersökningen. Deltagandet i pilotstudien var frivilligt. Efter utförd pilotstudie gjordes mindre ändringar i enkätfrågornas uppläggning, innan de skickades ut åt den utvalda informantgruppen.

Då pilotstudien hade gjorts och ändringarna hade utförts så sändes en länk till webbenkäten ut till avdelningsskötarnas e-post på de avdelningar som omfattades av undersökningen. Avdelningsskötarna i sin tur ombads att vidarebefordra länken till alla underordnade som arbetade med nedre-extremitets-ASO patienter på respektive avdelning. Avdelningsskötaren bads sedan meddela åt hur många i personalen (inklusive sig själv) hen hade skickat enkäten åt. Detta för att kunna räkna ut svarsprocenten. Då kontakten till alla informanter gick via e-post möjliggjorde det även att skribenten enkelt kunde nå alla informanterna igen och exempelvis påminna dem om att svarstiden höll på att gå ut.

4.2.2 Gruppsamtal

Intervjuer är lämpliga att använda som datainsamlingsmetod om man vill studera komplexa fenomen som kräver ingående förståelse för hur saker fungerar, då man vill få fram åsikter och erfarenheter eller privilegierad information. Vid intervjutillfället ger den intervjuade sitt samtycke till att delta i studien genom att medverka vid intervjun. Allting som sägs under intervjun kan användas som forskningsdata. Vid ett intervjutillfälle bör forskaren vara medveten om att hen kan styra diskussionen mot ett visst håll. Det är ändå forskaren som skall styra intervjun, men bör vara försiktig så man inte påverkar svaren för mycket. Intervjuer är lämpliga att använda då informanterna är lättillgängliga och inte befinner sig på för långa avstånd från varandra. (Denscombe, 2009, s. 263-265, 270-271).

En gruppintervju kan genomföras på samma sätt som en personlig intervju. I en gruppintervju har forskaren chans att få flera synpunkter på frågan. Deltagarna har möjlighet att svara som grupp och gruppdiskussioner kan i vissa fall anses vara mera belysande. Deltagarna får ta del av alternativa synpunkter och kan ge stöd för vissa synpunkter eller ifrågasätta andra. (Denscombe, 2009, s. 267-268).

I denna studie har inga direkta intervjuer gjorts. Men ett sorts gruppsamtal eller gruppintervju kan anses ha tillämpats medan avdelning A3:s värdeflödeskartläggning tog form. Skribenten samtalade med avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötaren vid flera tillfällen under processens gång. Skribenten höll även ett gruppsamtal med läkarna för avdelning A3, där man gick igenom läkarnas uppgifter med och kring patientarbetet på avdelningen. Dessutom deltog skribenten i ett avdelningsmöte då man gick igenom den värdeflödeskartläggningen som hade gjorts upp med avdelningsskötaren och biträdande avdelningsskötaren. Under detta samtal medverkade de arbetstagare som var på jobb just den dagen. Informanterna hade möjlighet att säga sitt om värdeflödeskartläggningen och dessutom gavs möjlighet till personlig kommunikation med skribenten.



Foto 1 värdeflödeskartläggning över angiografipatientens vårdprocess på avdelning A3



Foto 2 värdeflödeskartläggning över elektiva nedreextremitets ASO patientens vårdprocess på A3.

4.2.3 Urval

Oavsett vilken undersökning man utför bör man, efter att man bestämt sig för vad som skall undersökas men innan undersökningen inleds, göra ett val av urval eller population. Normalt undersöker man större populationer, och då är det även viktigt att göra ett urval bland de enheter som vi vill undersöka. Om man däremot undersöker en förhållandevis liten population så kan man, utan att öka på kostnaderna orimligt, ta med hela populationen. Att ta med hela populationen kan tänkas öka undersökningens kostnader endast något, medan nyttan och säkerheten som ett större urval medför kan anses vara till fördel för resultaten. (Holme & Solvang, 1997, s. 181-182).

Undersökningsgruppen i denna undersökning kommer att utgöras av hela den vårdpersonal, såväl skötare som läkare, som vårdar kärtpatienter på olika avdelningar på Vasa Centralsjukhus. De olika avdelningarna är kärtpolikliniken på kirurgiska polikliniken, preoperativa polikliniken, avdelning A3, fysiatrika polikliniken och operationsavdelningens kärteam. Personalen på intensivens utesluts från undersökningsgruppen eftersom nedre-extremitets-ASO patienter endast i undantagsfall vårdas på intensivens.

4.2.4 Etiska överväganden

Denna undersökning är ett beställningsarbete och har således ett mervärde då skribenten har fått i uppgift att analysera och utveckla en av kärtpatienternas vårdkedjor. Forskningslovsansökan har skickats till Vasa Centralsjukhus och forskningslov (bilaga 7) har beviljats innan forskningen påbörjas på sjukhuset. Enkäterna skickades ut elektroniskt till all vårdpersonal som arbetar med elektiva nedreextremitets ASO-patienter och informationen kommer förhoppningsvis att vara heltäckande. Medverkan i undersökningen var för alla informanter frivilligt och information skickades med enkäten i form av följebrev. All insamlad information har behandlats konfidentiellt och förvarats så att ingen annan än respondenten har tillgång till materialet. Resultaten kommer att redogöras för i sin helhet och så riktigt som möjligt. Studien kommer att presenteras på Vasa Centralsjukhus och den kommer även att publiceras på Theseus.fi där det finns tillgängligt för alla att läsa.

4.3 Dataanalys

För att man skall få en bättre förståelse av det insamlade datat behöver det analyseras. Med analysen har man för avsikt att beskriva datats beståndsdelar, förklara hur något fungerar eller tolka vad det betyder. Kvantitativ och kvalitativa forskningsresultat behöver analyseras på olika sätt eftersom kvantitativa forskningar använder siffror som analysenhet, medan kvalitativ forskning använder sig av ord eller bilder som analysenhet. Kvantitativ forskning kan kanske ses som mer definitiv i sina resultat, och förknippas med opartiskhet. Medan kvalitativa forskningar associeras med interpretivism och kan förknippas med forskarens inblandning. (Denscombe, 2016, s. 342-347).

4.3.1 Kvantitativ dataanalys

Kvantitativa data som samlats in i en forskning handlar om statistik. Det används för att beskriva, ordna, bearbeta och analysera data. Inom kvantitativ dataanalys kan man skilja på deskriptiv och hypotesprövande statistik. Den deskriptiva statistiken används för att ge en beskrivning på det insamlade materialet. Hypotesprövande statistik används däremot för att testa statistiska hypoteser. I kvantitativa studier studerar man alltid variabler, som kan ha olika egenskaper. Variabeln kan då befinna sig på fyra olika skalnivåer där nominalskala indelar variablerna i kategorier, ex. man och kvinna. Ordinalskalan ger variablen en rangordning utan att säga något om avståndet mellan mätvärdena, ex. 1:a, 2:a, 3:e placering i en tävling. Intervallskala ger variablerna en rangordning som ger möjligheten att studera skillnader mellan mätvärden, då avståndet mellan mätvärden är densamma, ex. temperaturmätning. Kvotskalan ger också mätvärden en rangordning och en möjlighet att studera skillnader mellan mätvärden, men till skillnad från intervallskalan har kvotskalan en absolut nollpunkt, ex. en persons längd och vikt. Variabler kan även indelas i diskreta och kontinuerliga variabler. En diskret variabel kan endast anta vissa värden, ex. antal barn i en familj, medan en kontinuerlig variabel kan anta alla värden inom ett visst intervall, ex. temperatur. (Patel & Davidson, 2007, s. 109-111, Denscombe, 2016, s. 349-353).

Ett osorterat och obearbetat kvantitativt data kallas för rådata. Rådata bearbetar man först genom att ordna upp det i en frekvenstabell, där man enligt möjliga värden prickar in varje informants värde. Absolut frekvens(f) visar hur många mätvärden som finns per

möjligt värde. Varje informant avger ett mätvärde och då skall också det totala antalet mätvärden som finns i vår tabell motsvara antalet personer vi undersökt (antalet betecknas N då man undersöker hela populationen och n då man studerat stickprov). Relativ frekvens(rf) beräknas vanligen som procent och det betyder att man jämför mätvärdens frekvens med populationens storlek. Frekvenserna anger sedan hur mätvärdena fördelar sig över skalan, d.v.s. variabelns fördelning. (Patel & Davidson, 2007, s. 111-114).

Genom att pricka in mätvärden i en frekvenstabell kan vi enkelt se hur materialet fördelar sig över skalan och detta möjliggör för visuella diagram i resultatpresentationen. Om variabelns fördelning är normalfördelad är den symmetrisk kring sin mittpunkt. Om den däremot är förskjuten åt någotdera håll säger man att variabeln endera är positivt- eller negativt snedfördelad. Om tyngdpunkten ligger mot skalans lägre värden är fördelningen positivt snedfördelad medan om tyngdpunkten ligger mot de högre värden kallas att fördelningen är negativt snedfördelad. Frekvensen i ett diagram presenteras alltid på den lodräta axeln medan variabelvärdena alltid presenteras på den vågräta axeln. (Patel & Davidson, 2007, s. 113-114).

Om man vill redovisa för hur olika variabler är relaterade till varandra kan man använda sig av en så kallad korstabell, där man prickar in två eller flera variabler per person som ingår i undersökningen. Enklast och bäst läsbart är en korstabell med två variabelvärden, en fyrfältstabell, men det finns ingen gräns för hur stor en korstabell kan vara. I korstabellen prickar man sedan in respektive person i rätt fält. I korstabellerna måste vi även ange summor för varje rad och kolumn och det totala antalet (N). Då vi prickar in varje person i tabellen får vi en absolut frekvens för varje cell. Utifrån dessa tabeller kan vi sedan läsa ut olika förhållanden mellan de medtagna data. (Patel & Davidson, 2007, s. 114-117).

Beskrivning av mittpunkt i kvantitativa data är en av de grundläggande saker som skall göras i en forskning. Beskrivning av centralmått kan göras på tre olika sätt. Då man beskriver medelvärde, eller genomsnittsvärde, räknar man ihop summan av alla värden och dividerar med antalet värden. Medelvärde kan användas på intervall- eller kvotskalenivå. Medelvärdets negativa sida är att det påverkas av extrema värden. Medianen betyder det mittersta värdet i serien. Medianen är den punkt som ligger i

mitten av en antingen stigande eller fallande serie. Medianen kan användas på ordinal-, intervall- och kvotskalenivå och medianen påverkas inte av extrema värden. Medianens nackdel är att den inte tillåter någon som helst ytterligare matematisk bearbetning. Typvärdet avser det värde som är vanligast i en skala. Typvärde kan användas på alla fyra skalnivåer och den påverkas inte heller av extrema värden. Typvärdet ger inte heller möjlighet till någon ytterligare matematisk bearbetning och den kan ge ett eller flera typvärden som delar topplaceringen. (Denscombe, 2016, s. 353-356).

Då kvantitativa resultat presenteras kan med fördel olika diagram användas för att göra resultaten visuella och mer lättförståeliga för läsaren. Diagram ger forskaren möjlighet att presentera tillräckligt med information utan att presentera för mycket information. Diagrammen bör dock tolkas och förklaras genom lämpliga presentationer. Tabellen bör, förutom resultaten, innehålla en rubrik och information om de enheter som presenteras i tabellen. Med tabeller är enkelhet en dygd för att tabellens effekt inte skall gå förlorad. (Denscombe, 2016, s. 368-377).

Den kvantitativa dataanalysen underlättades i denna studie genom att man som datainsamlingsmetod använde webbenkät. Svaren på webbenkäten sammanställdes och analyserades till viss del redan på nätbasen där enkäten var gjord och dit svaren kom. Likaså fick skribenten därifrån vissa enkla diagram som kunde användas i resultatredovisningen.

4.3.2 Kvalitativ dataanalys

Kvalitativa data kan förekomma i flera olika former. Kvalitativa data kan bestå av ord, bilder, text, inspelningar, anteckningar o.s.v. och kvalitativa data kan produceras genom olika forskningsmetoder exempelvis intervjuer, observationer och svar på öppna frågor. Eftersom kvalitativa data är så mångsidig måste det bearbetas för att kunna analyseras. Rådata måste skyddas, då kvalitativa data har tendens att vara oersättlig, och data måste katalogiseras och indexerats så att forskaren skall kunna återvända till ställen i råmaterialet som är av särskilt intresse. (Denscombe, 2016, s. 383-384).

De huvudsakliga alternativen för kvalitativ dataanalys är innehållsanalys, grundad teori, diskursanalys, samtalsanalys och narrativ analys. Ord och text kan användas och hanteras på en yttlig nivå för det de innehåller, eller så kan de användas som

utgångspunkt för att försöka analysera den riktiga innebörden bakom orden genom att leta efter en dold mening. (Denscombe, 2016, s. 389-391). För att analysera kvalitativ data från enkäterna i denna studie har innehållsanalysen valts ut som den mest lämpliga metoden.

Innehållsanalys är mångsidig och kan tillämpas på vilken text som helst. Genom innehållsanalys kvantifierar man innehållet i texten genom en förutbestämd procedur. Innehållsanalysen börjar med att välja ut ett lämpligt textavsnitt, exempelvis svar på en enkätfråga. Sedan bryts texten ner i mindre enheter så som ord, hela meningar eller stycken. Om forskaren använder sig av innehållsanalys bör hen ha en klar föreställning om vilka typer av kategorier som intresserar då relevanta kategorier sedan utarbetas för analysen. Forskaren kan ha utarbetat nyckelord associerat till temat som hen sedan letar efter i texten. Enheterna skall sedan kodas i enhet med kategorierna för att sedan räkna förekomsten av dessa enheter. Texten analyseras sedan beträffande enheternas frekvens och förhållandet till andra i texten förekommande enheter. Genom de kodade enheterna kan en analys göras, som förklarar när och varför de förekommer som de gör. Innehållsanalysen möjliggör en kvantifiering av kvalitativa data men den har en inbyggd tendens att enheterna och betydelsen ur den ursprungliga kontexten. Innehållsanalysen har därför svårt att hantera underförstådda meningar i en text och är ett ganska primitivt sätt för att hantera det en text uttrycker. (Denscombe, 2016, s. 392-393).

Eftersom kvalitativ dataanalys inte kan utföras enligt ett visst mönster eller en viss process är det av största vikt att analysprocessen redogörs för i forskningsrapporten. Det bör framgå hur forskaren analyserat data och hur forskaren har kommit fram till sina slutsatser. Kvalitativa data har stora volymer information, från vilken forskaren skall sammanfatta sina resultat och ge läsaren explicit information om de metoder som använts vid dataanalysen. Kvalitativa forskare måste vara selektiva med vad som presenteras och prioritera vissa delar framom andra. Dessutom måste forskaren inse att det som hen väljer ut inte utgör belegg som bevisar något och det hänger på forskarens litterära färdigheter när det gäller att skriva en övertygande redogörelse för sina forskningsresultat. För att stöda sina forskningsresultat och de slutsatser forskaren gjort kan hen i redogörelsen presentera utdrag ur de analyserade texterna. (Denscombe, 2016, s. 406-408).

5 Resultat

Resultaten av enkätundersökningen och värdeflödeskartläggningen presenteras här näst. Både resultaten från enkätundersökningen och det som framkom ur värdeflödeskartläggningen resulterade i den slutprodukt som presenteras i sin helhet i bilaga 3. Resultaten redovisas i samma ordning som frågorna i enkäten. Detta för att göra det enkelt för läsaren att hänga med från enkätfrågorna, som kommer i logisk ordning i jämförelse med vårdkedjan, till resultatredovisning och till färdig slutprodukt.

Enkäten skickades åt totalt 67 st inom vårdpersonalen på de avdelningar som deltog i undersökningen. Totalt inkom 42 svar efter 2 påminnelser till informanterna. Svarsprocenten var således 62,69.

5.1 Värdeflödeskartläggning

Skribenten gjorde tillsammans med avdelningssköterskan och biträdande avdelningssköterskan på A3 en värdeflödeskartläggning över angio-patientens vårdprocess på avdelningen, en värdeflödeskartläggning över den elektiva nedre-extremitets ASO-patientens vårdprocess på avdelning A3 och ytterligare en över hemförlovningsprocessen på avdelning A3.

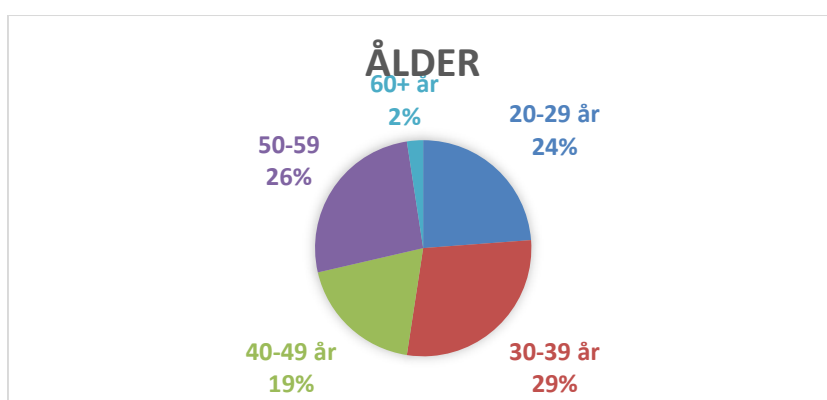
I värdeflödeskartläggningen över angio-patientens vårdprocess kunde vi konstatera att den fungerar väldigt bra och smidigt redan nu. Det enda som vi fann vara problematiskt med den vårdkedjan var att medicinlistan för de patienter som kom in på undersökningsdagens morgon ofta var okontrollerad och föråldrad. Detta tog mycket tid av vårdarna på morgonskiftet då de skulle klargöra med patienten vilka mediciner de åt.

Värdeflödeskartläggningen över den elektiva operationspatienten visade på ett betydligt större problem. Nämligen hemförlovningsprocessen som var koncentrerad till hemförlovningsmorgonen, då allting skulle ske på en gång. Resten av också den vårdprocessen fungerade bra. Därför bestämdes för att göra ytterligare en värdeflödeskartläggning över hemförlovningsprocessen, som genast egentligen visade på vilket det största problemet är. Problemet med hemförlovningsprocessen är att allting är koncentrerat till de 6 sista timmar som patienten är på avdelningen. Och på de

sex timmar skall vårdarna hinna sköta och koordinera allting som har med hemförlovningsen att göra, utöver alla andra arbetsuppgifter som de har.

5.2 Bakgrundsinformation i enkäten

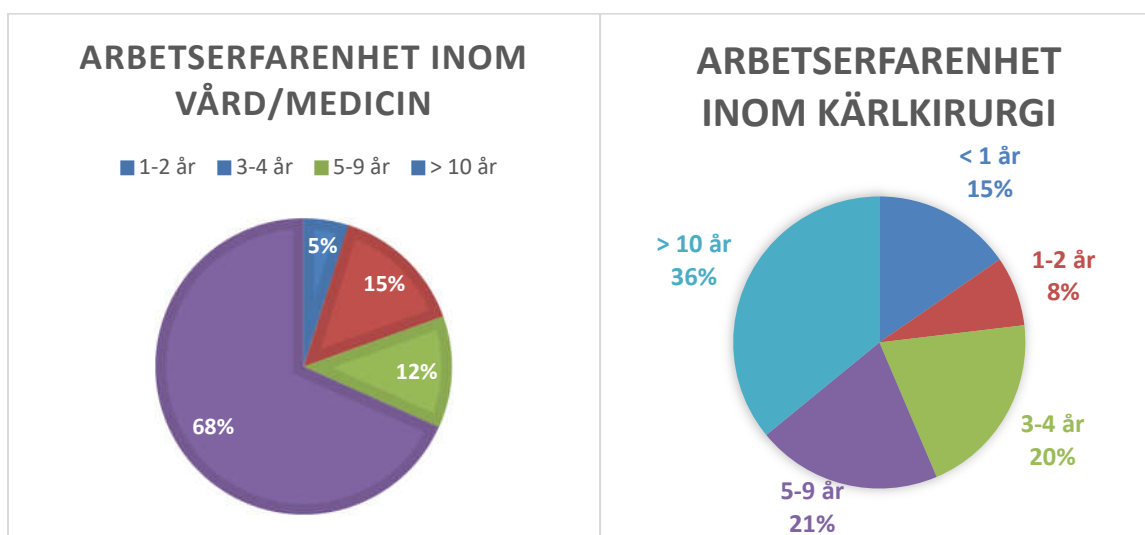
Enkäten skickades ut till all vårdpersonal som i sitt jobb sköter om elektiva nedreextremitets ASO-patienter på Vasa Centralsjukhus. Av informanterna var 71,4% finskspråkiga och 28,6% svenskspråkiga. Av informanterna var största delen (28,6%) personer 30-39 år, men åldersfördelningen var jämt fördelad mellan åldrarna 20 och 59 år.



Figur 1 åldersfördelning

De flesta av informanterna var sjukskötare, 57,1%, medan fysioterapeuterna hade minst representation med sina 2,4%. De informanterna som valde annan som alternativ, 4,8%, uppgav sig alla vara specialiserande läkare inom kärlkirurgi. Läkarna utgjorde 16,7% av informanterna medan röntgenskötarna utgjorde 19,0%.

De flesta av informanterna hade >10 års arbetserfarenhet inom vården/medicinen, medan ingen hade <1 års arbetserfarenhet. Arbetserfarenhet inom kärlkirurgi var även där de flesta experter och hade en arbetserfarenhet >10 år, inom kärlkirurgi fanns det flera som var totala noviser med en arbetserfarenhet på <1år. 2 informanter lämnade denna fråga obesvarad.



Figur 2 arbetserfarenhet inom vård/medicin respektive arbetserfarenhet inom kärlkirurgi

Den största avdelningen som vårdar nedrextremitets ASO patienter är A3 och naturligt nog var största svarsprocenten, 40,5%, från just den avdelningen. Från röntgen och kirurgiska polikliniken var 19,0% och operationsavdelningen 14,3%. Preoperativa enheten och fysiatrien representerade 4,8% respektive 2,4% av alla svarade. Alla avdelningar som var med i studien finns representerade bland svaren. Man har alltså fått input från hela vårdkedjan.

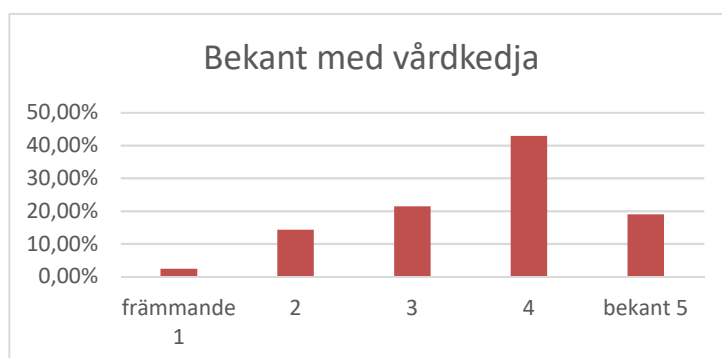


Figur 3 informanternas arbetspunkt

5.3 Vårdkedja ur personalperspektiv

De egentliga frågorna som utreder den nuvarande vårdkedjan, samarbetet och informationstillgång inleddes med frågor där informanterna ombads fundera på svaren utifrån ett personalperspektiv.

Två grundläggande frågor om hela vårdkedjan och processerna på de olika avdelningar och hur bra man anser sig själv känna till dessa, inledde den egentliga enkäten. Den första frågan löd "Hur bekant anser du dig vara med den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja på VCS?" Glädjande nog svarade hela 42,9% att de anser sig vara ganska bekanta med hela vårdkedjan. 19% ansåg sig vara bekant medan 21,4% svarade en neutral 3:a på en skala från 1-5 där 1 var främmande och 5 var bekant. 14,3% ansåg sig vara ganska främmande och 2,4% ansåg sig vara ganska främmande med hela vårdkedjan.



Figur 4 hur bekant personalen anser sig vara med hela vårdkedjan

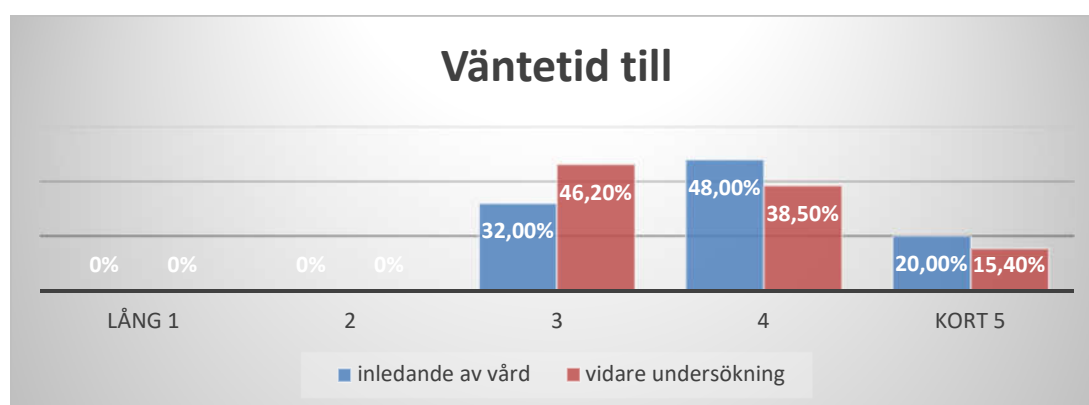
Något färre ansåg sig känna bra till de andra avdelningars vårdprocesser. På den frågan svarade majoriteten en neutral 3:a, medan 26,2% ansåg sig känna ganska bra till och bara 9,5% ansåg sig känna bra till de andra avdelningars vårdprocess. 21,4% ansåg sig känna ganska dåligt till och 7,1% ansåg sig känna dåligt till de andra avdelningarnas vårdprocesser. Trots att personalen anser sig ganska bra bekant med hela vårdkedjan, som den var utarbetad förut, så ansåg sig färre känna till de processer som sker på de andra avdelningar. Ur detta kunde man tolka att vårdkedjan i sin helhet funnits att hitta för personalen, men övriga avdelningars vårdprocesser inte finns tillgängliga för alla att hitta.



Figur 5 hur bra personalen anser sig känna till andra avdelningarnas vårdprocess

På frågan om remisskvalitet på inkommande remisser önskades att frågan enbart skulle besvaras av läkarna, eftersom de är de som läser de inkomna remisserna. Denna fråga ställdes för att få reda på om remisskvaliteten eventuellt kan ha något att göra med hur vårdkedjan på centralsjukhuset kommer igång och om det eventuellt finns rum för förbättringar även innan vårdkedjan på centralsjukhuset startar. Ingen av de svarade ansåg att remisskvaliteten är bra, 50,0% ansåg dock att remisskvaliteten är ganska bra. 35,7% ansåg att remisskvaliteten varken var bra eller dålig och 7,1% tyckte remisskvaliteten var ganska dålig eller dålig. Endast 14 svar på denna fråga kom in, men då stod det också i enkäten att frågan skall besvaras av läkare. Detta betyder att även andra än läkarna besvarade denna fråga.

Från personalsynvinkel tyckte majoriteten av informanterna som svarade att både väntetid för patienten från ankommen remiss till inledande av vård på centralsjukhuset och väntetid från första patientkontakt till vidare undersökning eller åtgärd var kort eller ganska kort, medan 32% respektive 46% inte direkt tog ställning. Ingen av informanterna som svarat på frågan tyckte att patienten behövde vänta ganska länge eller länge på varken första kontakt eller vidare undersökning eller åtgärd. 16 informanter lämnade frågan om väntetid för inledande av vård obesvarad medan 15 informanter lämnade frågan om väntetid till vidare undersökning eller åtgärd obesvarad.

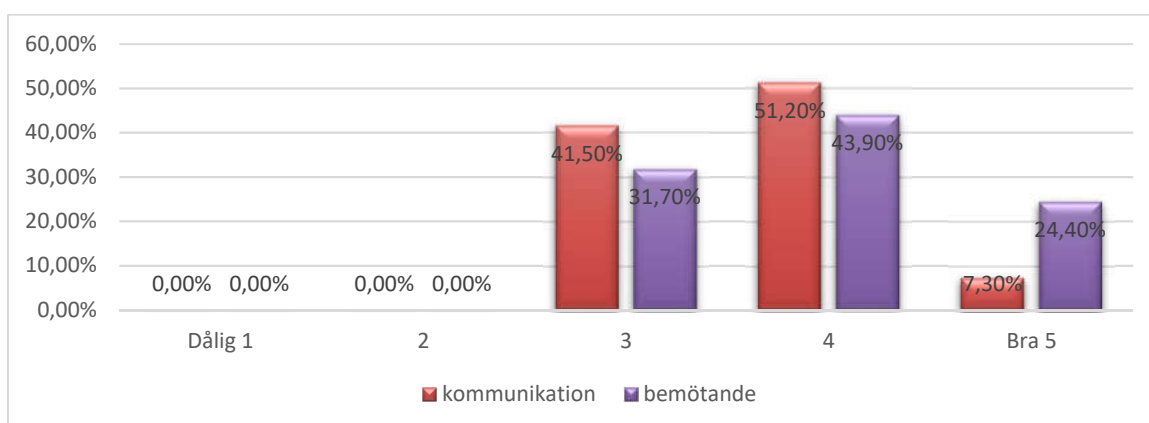


Figur 6 Väntetid för patienten från remiss till inledande vård, och från inledd vård till vidare undersökning.

För att vården skall fungera smidigt är det viktigt att det kommunikationen mellan avdelningarna fungerar och att personalen bemöter varandra på ett professionellt sätt. För att få hela vårdkedjan att fungera är samarbetet en av de viktigaste aspekterna.

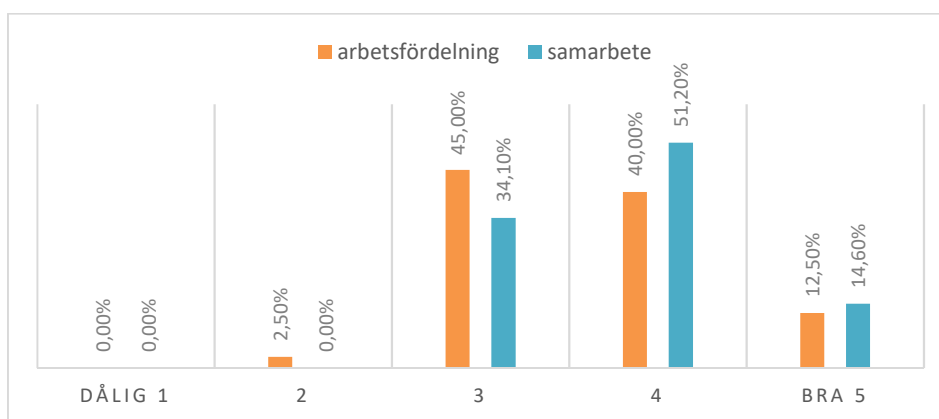
Arbetsfördelningen mellan avdelningarna är viktigt att få fungerande. Det är även av största vikt att personalen hittar olika föreskrifter, både ämnade för vårdpersonal och för patienterna, som kan underlätta i arbetet.

Kommunikationen mellan avdelningarna och bemötande vid kontakt till andra avdelningar ansågs av majoriteten vara ganska bra, 51,2% respektive 43,9%. 7,3% ansåg att kommunikationen mellan avdelningarna var god och hela 24,4% ansåg att bemötandet från andra avdelningar var gott. På ingendera frågan har informanterna svarat att kommunikationen eller bemötandet skulle vara dåligt eller ganska dåligt.



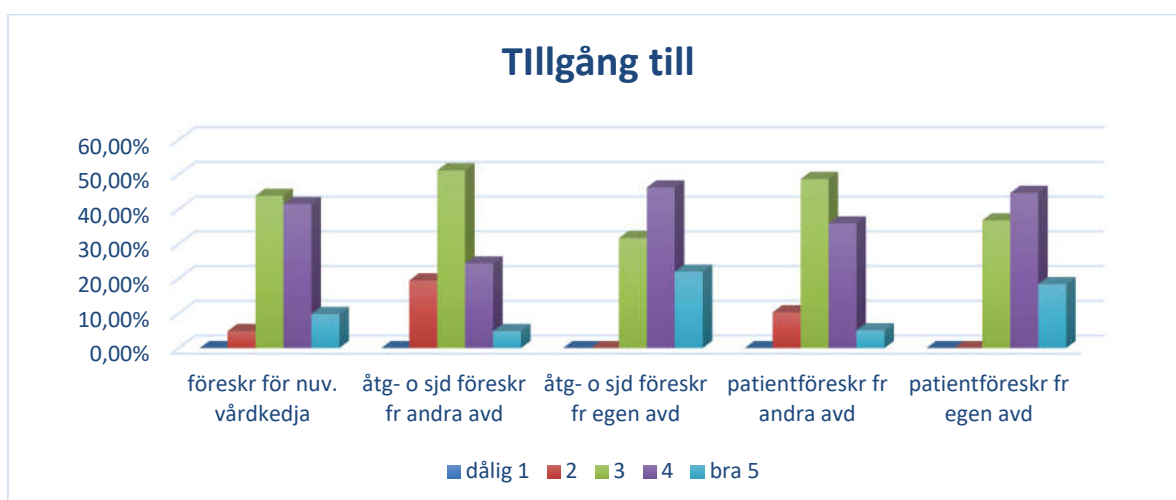
Figur 7 hur bra personalen anser att kommunikationen med och bemötande från de andra avdelningarna är.

Arbetsfördelningen ansågs av 12,5% av informanterna vara bra, medan 40,0% ansåg den vara ganska bra. 45,0% av informanterna valde en neutral 3:a medan 2,5% anser att arbetsfördelningen är ganska dålig. Ingen ansåg att arbetsfördelningen var dålig. Hela 51,2 % ansåg att samarbetet mellan avdelningarna var ganska bra och 14,6% ansåg att samarbete fungerar bra. 34,1 % valde att på denna fråga svara neutralt men ingen såg att samarbetet skulle fungera ganska dåligt eller dåligt. 1 informant lämnade frågan om arbetsfördelning obesvarad.



Figur 8 Hur bra informanterna anser att arbetsfördelningen mellan avdelningarna är och hur bra samarbete man har mellan avdelningarna.

Majoriteten av informanterna ansåg att tillgång till föreskrifter för den nuvarande vårdkedjan är ganska bra eller bra medan endast 4,9% av informanterna ansåg att tillgången är ganska dålig. Ingen ansåg att tillgången är dålig. Tillgång till åtgärds- och sjukdomsspecifika föreskrifter från andra avdelningar ansågs vara sämre än tillgången till föreskrifter från den egna avdelningen. Ingen tyckte att tillgången för varken patient- eller personalföreskrifter var dåliga eller ganska dåliga från den egna avdelningen men 19,5% tyckte att tillgång till personalföreskrifter från andra avdelningar var ganska dålig och 10,3% tyckte att tillgången till patientföreskrifter från andra avdelningar var ganska dålig. 2 informanter lämnade frågan om patientföreskrifter från andra avdelningar obesvarad medan 3 informanter lämnade frågan om patientföreskrifter från egen avdelning obesvarad.



Figur 9 tillgång till olika föreskrifter från egen respektive andra avdelningar

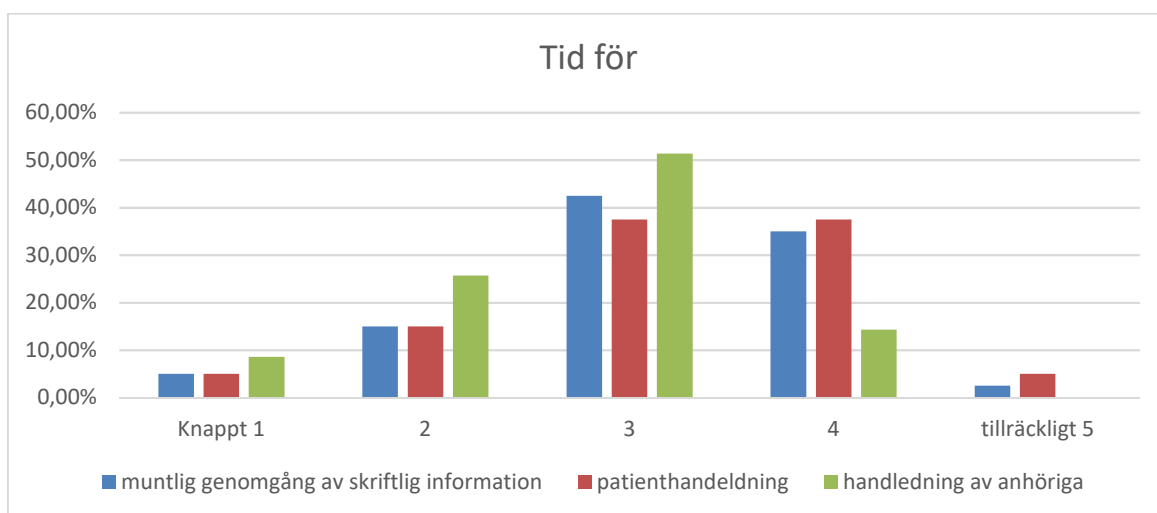
Majoriteten har svarat neutralt på frågorna angående föreskrifter från andra avdelningar medan majoriteten har tyckt att föreskrifter från den egna avdelningen var mera lättillgängliga. Med detta resultat kan man fråga sig om det förefaller sig vara så att det nog finns åtgärds- och sjukdomsspecifika personal- och patientföreskrifter på alla avdelningar som är tämligen lättillgängliga, men problemet ligger i att man inte hittar var de finns på de andra avdelningarna.

För att vårdkedjan kan anses fungera bra och vara värdegivande för patienten måste vårdarna ha tid för patienten. För att vården skall fungera enligt Lean principer bör man göra sig av med onödiga moment, exempelvis att patienter ringer för att de är osäkra på det som står i föreskrifterna eller något har blivit ogjort på grund av missförstånd då personalen inte har tid att ge handledning och information.

Majoriteten av alla informanter ansåg sig varken ha tillräckligt eller för knapp tid till muntlig genomgång av skriftliga patientföreskrifter. 35,0% ansåg sig ha nästan tillräckligt med tid och 15,0% ansåg sig ha ganska knappt med tid för detta. Bara 2,5% tyckte sig ha tillräckligt med tid och 5,0% tyckte sig ha knappt med tid.

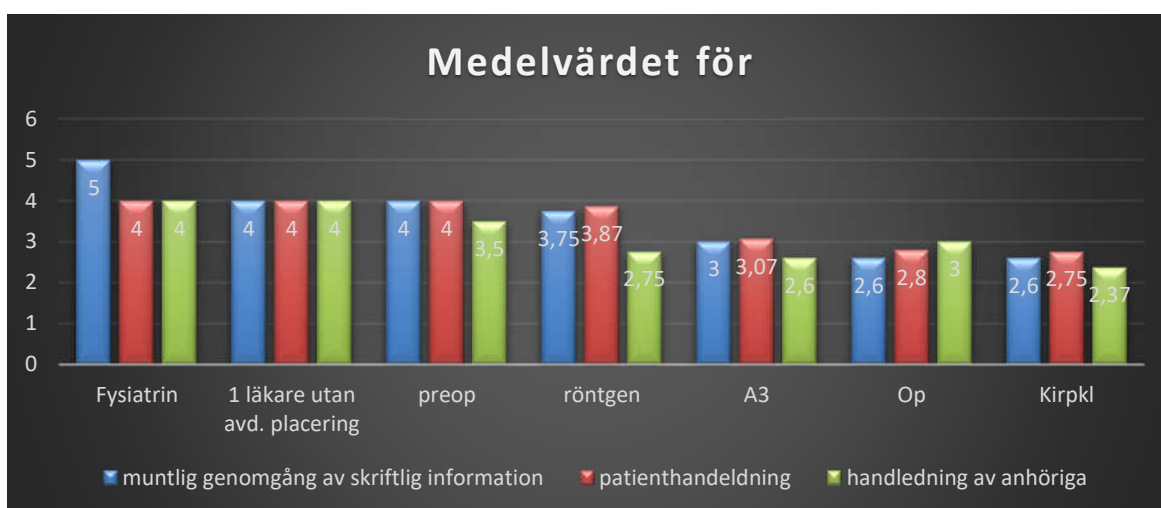
Aningen flera ansåg sig ha nästan tillräckligt med tid för patienthandledning, 37,5% och lika stor andel angav ett neutralt svar. 15,0% ansåg att deras tid för patienthandledning var ganska knapp medan 5,0% tyckte att deras tid var knapp och 5,0% tyckte att deras tid var tillräcklig för patienthandledning.

Till skillnad från patienthandledning fick tid för handledning av anhöriga ännu sämre vitsord. Ingen ansåg sig ha tillräckligt med tid för detta ändamål och bara 14,3% ansåg sig ha nästan tillräckligt med tid för handledning av anhöriga. 51,4% ställde sig neutrala till frågan men hela 25,7% ansåg sig ha ganska knappt och 8,6% ansåg sig ha knappt med tid för handledning av anhöriga. 1 av informanterna lämnade alla dessa tre frågor obesvarade medan 5 informanter lämnade frågan om handledning av anhöriga obesvarade. Då resultatet analyserades närmare sågs att alla dessa bortfall kom från de avdelningar där anhöriga inte är en del av vårdprocessen i samma utsträckning på övriga avdelningar.



Figur 10 tid för handledning

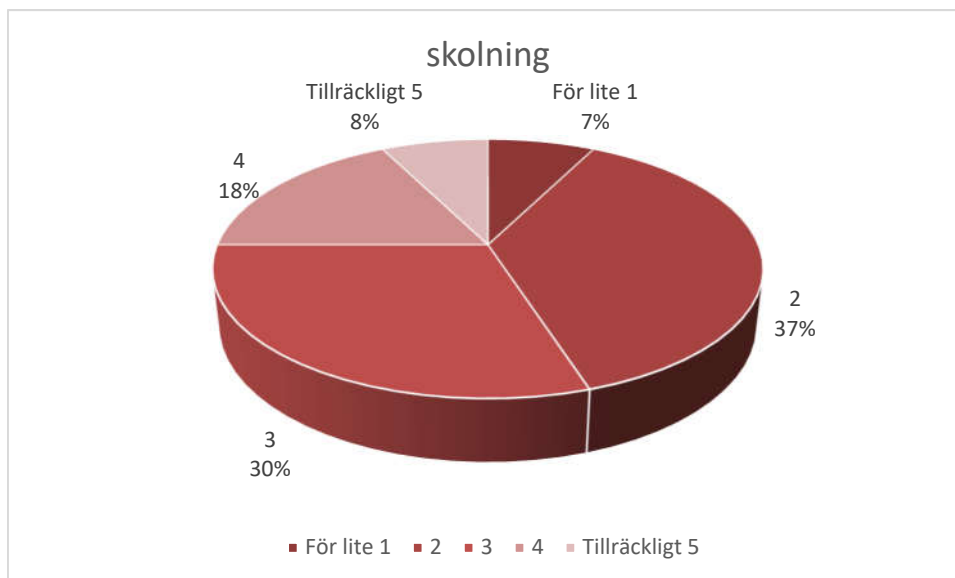
Eftersom handledning av patienten är ett värdeskapande moment i vårdkedjan och det är en väsentlig del för att allting skall löpa så smidigt som möjligt, så räknades även ut medelvärden för dessa olika handledningar per avdelning. På så vis kan man se på vilken avdelning man har tillräckligt med tid för handledning och på vilka avdelningar man bör ta fasta på att minska på tidssvinnet för att få mera tid för det värdeskapande arbetet.



Figur 11 Medelvärden för tid att handla patienter och anhöriga sett per avdelning

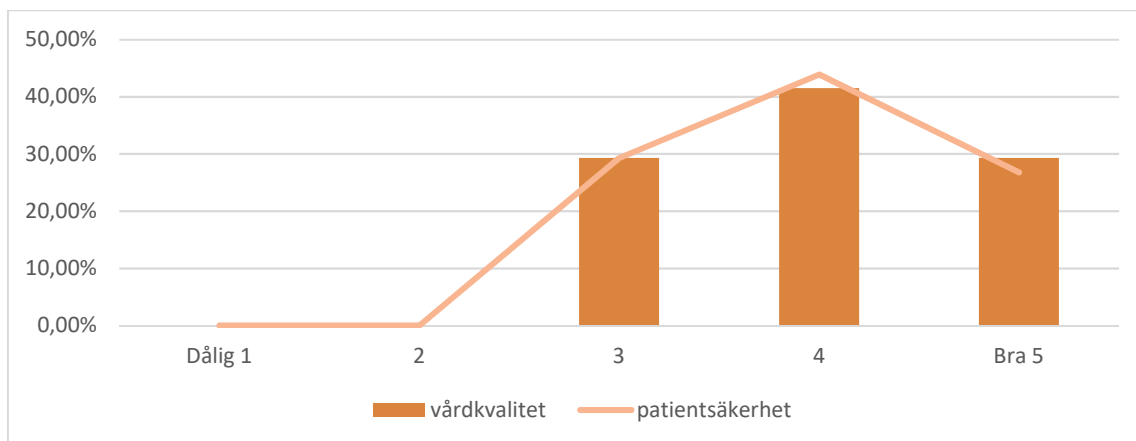
För att få fram hurdan förutsättningen är för upprätthållning av den kunskap som personalen besitter och vilka förutsättningar det finns för kunskapsutveckling ställdes även en fråga om skolning inom området för kärllkirurgi på Vasa Centralsjukhus.

Majoriteten av informanterna ansåg att det borde finnas mera skolning inom specialområdet. På 1 st av enkäterna lämnades frågan obesvarad.



Figur 12 Hur personalen anser att skolning ordnas inom specialiteten

Personalen som arbetar med kärtpatienter anser att både vårdkvaliteten och patientsäkerheten är bra eller ganska bra. Ingen anser att någon av dessa är varken ganska dålig eller dålig.



Figur 13 vårdkvaliteten och patientsäkerheten går hand i hand

Frågan om den totala vårdtiden gav en stor spridning av åsikterna. Enligt personalen var vårdtiden varken lång eller kort. De överlägset flesta, 40,5%, svarade med neutral 3:a, medan ingen svarade att totala vårdtiden är lång. Ganska lång svarade 18,9% medan

27,0% svarade ganska kort. 13,5% tyckte att vårdtiden var kort. På 4 st av enkäterna lämnades frågan obesvarad.

5.4 Kvalitativa resultat för frågor som berör personalperspektivet

De öppna frågorna som ställdes i enkäten fick flera bra och långa svar. På dessa svar gjordes innehållsanalyser för var fråga för sig. Innehållsanalysen gav upphov till **kategorier** och underkategorier som beskrivs nedan.

Övrigt som du vill framföra om nuvarande vårdkedja ur personalens synvinkel?

1. Samarbete.

Kategorin samarbete består av underkategorierna utveckling, mångprofessionellt och samarbetsmöten.

Ett smidigt samarbete gynnar patientens vårdprocess och för att vi skall kunna ge patienterna det stöd och hjälp de behöver behövs ett smidigt, mångprofessionellt samarbete. Detta kan uppnås genom flera samarbetsmöten där så många som möjligt kan närvara. Ett bra samarbete höjer arbetsmotivationen och gör arbetet mera givande och trivsamt. Då samarbetet fungerar felfritt blir det även lättare att i fortsättningen utveckla både vårdprocesser och hela vårdkedjan mot ett håll som gynnar både patienter och vårdpersonal.

"mångprofessionellt samarbete A och O, även mellan olika enheter, för att det skall gynna patienten på bästa möjliga sätt"

"Hyvä yhteistyö kaikkien kesken tekee työskentelystä mukavaa"

"yhteistyöpalaverit tärkeitä yhteistyön ja prosessien kehittämisessä potilaan hoidon parantamisessa"

"Suurimmaksi osaksi yhteistyö on hyvää toisten yksiköiden kanssa mutta joskus varsinkin puhelimessa tulee esiin tilanteita, joissa joutuu perustelemaan itseään ja itsestään selvyyksiä"

2. Processer

Kategorin processer har underkategorierna anvisningar, skolning, lättillgänglighet och visualitet.

I svaren framkom att många önskade mera klarhet i och visualitet för processerna i vårdkedjan. Vårdkedjan ansågs redan idag vara fungerande men med visuella och lättillgängliga anvisningar från olika avdelningar och gemensam användning av dessa skulle gynna vårdkedjan. Efterfrågan på klara anvisningar finns helt klart inom vårdpersonalen. För att få till stånd sådana anvisningar som alla känner till behövs mera skolning inom området. Man önskade sig mera kunskap om vad man gör på andra avdelningar.

”Yksiköiden ohjeiden pitäisi olla helposti saatavilla intrassa, nykyisinne on usein vaikea löytää”

”Koulutusta lisää, että miten hoitoketju menee”

”Hoitoketju on hyvä ja se toimii mutta ehkä olisi syytä kirjoittaa se paremmin näkyviin”

”olisi hyvä kun hoitoketjun osat tietäisivät tarkemmin mitä toiset tekevät ja mitä heidän työkuvaan kuuluu”

”Kotiutusohjeet? Vaikka niitä käydään läpi ja annetaan kirjallisena niin miten ne saataisiin niin selviksi, että potilas osaa ottaa yhteyttä oikeaan paikkaan jos hänellä toimenpiteiden jälkeen ongelma?”

Genom vilka åtgärder kunde man enligt dig förbättra den elektiva nedre-extremitets ASO-patientens vårdkedja vid VCS, sett från personalens synvinkel?

1. Resurser

Underkategorier till resurser är personal och apparatur.

Mera personal och apparatur stod högt på mångas önskelista. Främst önskades flera specialistläkare. Mera resurser i form av mera personal är svårt att få idagens läge. Denna studie är gjord för att eventuellt kunna frigöra resurser från onödiga saker och sättas dit det behövs. Att denna kategori kom upp visar att en liknande studie är aktuell.

"mera resurser i form av kompetent läkarpersonal och apparatur"

"Mera personal?"

"Lisää oikeita verisuonikirurgeja töihin"

2. Vårdprocess

Underkategorier till vårdprocess är kommunikation, kompetens och skolning.

Även under denna fråga kom vårdprocess upp som en huvudkategori. Detta visar att det finns ett stort behov av att utveckla och synliggöra vårdprocesserna i vårdkedjan. Mera skolning önskas för att personalen skall upprätthålla sin kompetens och kunna ta hand om patienterna på bästa möjliga sätt. Bättre och tätare kommunikation mellan avdelningarna önskas för att förståelsen för den andras arbete skall öka och på så sätt kunna göra processerna smidigare.

"työnjako esimerkiksi lääkelistojen tarkistuksissa ja koneelle viemisessä pitäisi selkiyttää"

”Kommunikaatio eri osastojen välillä pitäisi lisätä. Tietoisuutta koko hoitoprosessista kaikkien hoitoon kuuluvien kesken lisättävä esim yhteistyökokouksilla ja tutustumisilla eri yksiköihin.”

”vårdplaneringen börjar genast patienten sätter foten på VCS”

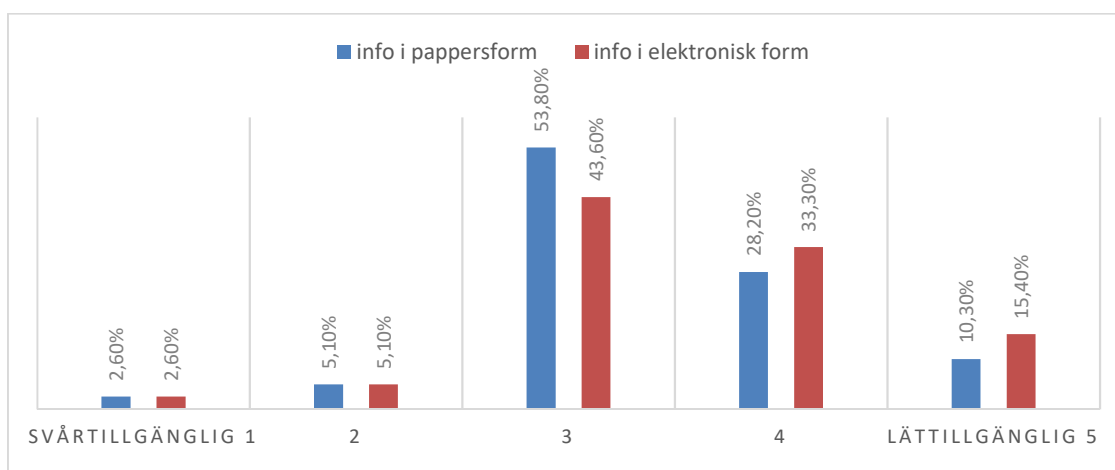
”Hyvä informaation kulku osastojen välillä”

5.5 Vårdkedja ur patientperspektivet

Eftersom Lean metoden är viktig med att man hela tiden skall ha kunden i focus så togs även några frågor upp i enkäten där personalen ombads granska frågorna ur patientperspektivet.

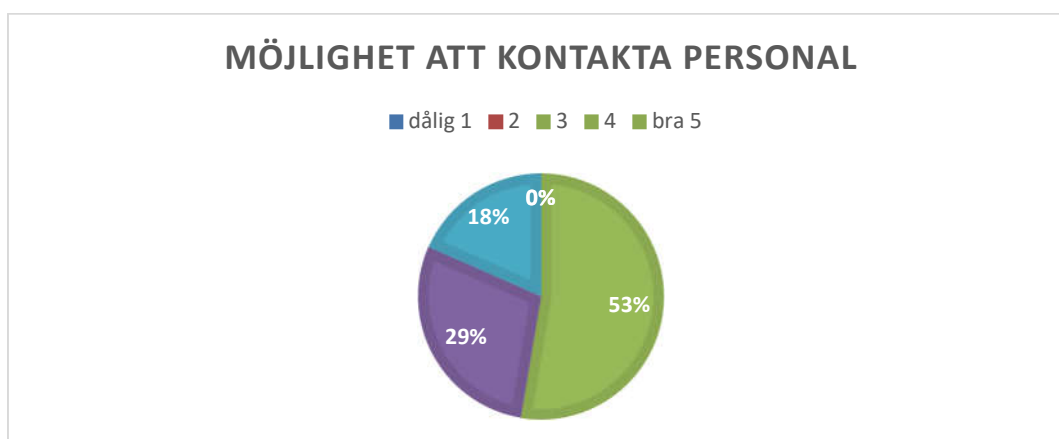
Personalen ansåg att det ur ett patientperspektiv finns tillgång till åtminstone ganska lättillgänglig åtgärds- och sjukdomsspecifik patientinformation i pappersform. 2,6% ansåg att patientinformationen i pappersform var svårtillgänglig och 5,1% ansåg att informationen var ganska svårtillgänglig. 53,8% valde att svara neutralt på frågan medan 28,2% ansåg att informationen var ganska lättillgänglig och 10,3% ansåg att informationen var lättillgänglig.

Aningen fler ur vårdpersonalen ansåg att samma information i elektronisk form var mera lättillgänglig än i pappersform för patienterna. 15,4% ansåg att information i elektronisk form är för patienterna lättillgänglig medan 33,3% ansåg att den är ganska lättillgänglig. 43,6% höll sig till att svara mera neutralt på frågan och 5,1% tyckte att informationen i elektronisk form var ganska svårtillgänglig och 2,6% tyckte den var svårtillgänglig. Två informanter lämnade dessa frågor obesvarade.



Figur 14 Tillgänglig patientinformation i pappers- respektive elektronisk form

Den sista slutna frågan handlade om patientens möjlighet att få kontakt med personal under väntetider eller vid problemsituationer. Ingen av informanterna som besvarade denna fråga ansåg att möjligheten var dålig eller ens ganska dålig. 52,6% svarade neutralat en 3:a. 28,9% ansåg att möjligheten till kontakt med personal var ganska bra och 18,4% ansåg att möjligheterna var bra. 3 informanter valde att lämna denna fråga obesvarad. Denna fråga ställdes eftersom all kontakt som patienten har med vårdpersonal ger mervärde åt patienten. Då är det också viktigt att hen har möjlighet att få kontakt med vårdpersonal även vid andra tidpunkter än då hen exempelvis är inne på mottagningen för undersökning.



Figur 15. Möjlighet att kontakta personal

5.6 Kvalitativa resultat som rör patientperspektivet

Finns det några andra saker som du tycker fungerar speciellt bra i den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja på VCS, sett från patientens synvinkel?

1. Snabb vård

Under kategorin snabb vård fanns underkategorier som inga köer och fungerande vårdkedja. Nästan alla svar innehöll något som hänvisade till att vårdkedjan fungerar smärtfritt redan idag och patienterna får vård snabbt utan att behöva köa. Detta är, som redan tidigare framkommit i litteraturgenomgången, ett av det viktigaste inom vården av patienter med kritisk iskemi. Genom att erbjuda en snabb vårdkedja kan vi minska komplikationer så som amputationer och mortalitet.

"Nopea hoitoonpääsy kaikilta osin niin polille kuin leikkuriin ja röntgeniin"

"Tutkimus ja toimenpidejanoja ei juurikaan ole. Potilas pääsee useimmiten 1-2 vkon sisällä ja akuutit pystytään hoitamaan"

"Tarpeen mukaan saadaan potilaalle järjestettyä kiireellinen tutkimusaika/leikkausaika nopeast"

"arbetsuppgifterna klart fördelade i kedjan"

2. Kvalitativ vård

Underkategorier till denna kategori är patientcentrerad vård och välfungerande eftervård. Vården blir ganska automatiskt åtminstone till viss del kvalitativ då vårdkedjan fungerar bra. I svaren framgår även att patienterna är bra informerade inför ingrepp och patienternas eftervård/uppföljning är av hög kvalitet.

"Gott bemötande, patientcentrerad- och kvalitativ vård."

"Patienterna är ofta ganska bra informerade när de kommer till angio."

"Får bra info på pre-op besöket"

"Potilas voi aina soittaa polille"

"Potilaiden seuranta osastolla leikkauksen jälkeen, ja graftiseuranta ansaitsevat erityismaininnan"

Finns det några andra saker som du tycker fungerar mindre bra i den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja på VCS, sett från patientens synvinkel? Vilka?

1. Rutiner saknas

Som underkategori finns här dubbelarbete och bristfällig vård.

Då rutiner saknas i en vårdkedja blir vården lätt bristfällig. Något glöms bort och patienten får inte den vård hen förtjänar. Patienterna blir oroliga och ängsliga vilket gör att även vården kan bli lidande. Patienterna ringer ofta till då de blir oroliga över symptom som är helt normala efter ett ingrepp, men på grund av bristfälligt vårdförlopp kanske inte informationen nått ut till patienten tillräckligt klart. Dubbelarbete är något som enligt Lean filosofin helt borde slopas. Det är det mest värdeslösande arbetssättet att göra saker och ting två gånger för att exempelvis inget gemensamt patientdatasystem finns.

"Många av rutinerna i patientens vård finns inte mera, mycket oklart postoperativt."

"ibland är patienterna fel förberädda"

"Detta utgör risk för patienten då det är många oklara saker kring medicineringen då man endast skrivit till pappers och inte tagit i beaktande helheten i Esko"

"Onko puhelinaikaa soittamiseen riittävästi?"

"Joskus potilailta puuttuu aika haavahoitajalle"

2. Bristfälliga instruktioner

Under bristfälliga instruktioner kommer underkategorierna skriftliga och muntliga instruktioner.

De skriftliga instruktionerna kunde ses över i hela vårdkedjan för att bättre tjäna sitt syfte. Vissa instruktioner är föråldrade och vissa instruktioner är bristfälliga. Det skulle vara viktigt med uppdaterade och riktiga instruktioner då vårdkedjan verkar fungera så bra. Hinner patienterna med i förloppet om de till på köpet får bristfällig eller felaktig information någonstans på vägen? Informationen som patienten får av läkaren angående kommande ingrepp eller undersökning varierar från kirurg till kirurg. Det borde även vara standardiserat vem som ger instruktionerna åt patienten och i vilket skede av vårdkedjan det görs. De muntliga instruktionerna kan ändra från gång till gång en aning och därför skulle det vara viktigt att de skriftliga instruktionerna är rätta.

”joskus voisi kuvitella, että hoitoketju menee niinkin nopeasti, että potilas ei osaa valmistautua tuleviin isoihin leikkauksiin. Saako hän varmasti tarpeeksi hyvän ohjeistuksen?”

”Eli ohjauksen oikea aikaisuuteen, selkeyteen, toistoon ja kirjalliseen osuuteen kannattaisi kiinnittää huomiota ja varmistaa sen toimivuutta”

Övrigt som du vill framföra om nuvarande vårdkedja ur patientens synvinkel?

1. Diskussion angående vårdbeslut

Information och klara vårdlinjer skulle underlätta att motivera för patient och anhöriga varför ett visst vårdbeslut har tagits. Det är viktigt med information och möjlighet till diskussion i synnerhet då vårdbeslutet kan vara något negativt för patienten, ex enda utvägen man har för att få bort värk är att amputera benet.

Det skulle även vara viktigt att få ut informationen till exempelvis hälsovårdscentraler om de riktlinjer man har, så att den remitterande läkaren är införstådd i vad man vårdar och med vilka metoder.

”Viktigt att man diskuterar med både anhöriga och patient vid svåra vårdbeslut då det gäller tex amputation.”

”Viktigt även med klara vårdlinjer vad man sköter akut och konservativt och på vilket sätt man önskar att patienten deltar aktivt, tex slutar röka för att uppnå ett gott vårdresultat.”

”Potilaan näkökulmasta olisi mukavaa jos suunniteltu toimenpide ja tutkimusajat voisi käydä vielä läpi jossain rauhallisessa tilassa lääkärin vastaanoton jälkeen”

”Lähetä TK:sta. Joskus tuntuu, että potilas olisi pitänyt lähettää jo paljon aikaisemmin erikoissairaanhoidon.”

”Monet potilaat kiittelevät jälkikontrolleissa kuinka hyvin heitä on kohdeltu, joka vaiheessa ja henkilökunta on ollut ystävällistä ja ammattitaitoista. Eli jotain koko hoitoketjussa osataan tehdä oikein.”

Genom vilka åtgärder kunde man enligt dig förbättra den elektiva nedre-extermitets-ASO-patientens vårdkedja vid VCS, sett från patientens synvinkel?

1. Information

Genom effektivisering av information både inom den egna organisationen och till hälsocentralerna kunde man i fortsättningen se till att patienterna blir remitterade i ett tidigare skede och man kunde få ännu bättre vårdresultat än vi har idag. Information om vilka vårdmöjligheter och vårdresultat vi har på VCS kunde ytterligare förbättra vårdkedjan.

”Någon person/tel nr som de kan kontakta och rådgöra med då problem med benet, cirkulationen, såret o.s.v. uppstått hemma (efter kontorstid)”

”...lähettävien perusterveydenhuollon yksiköiden kouluttamiseen, jotta oikeat potilaat osattaisiin lähettää verisuonikirurgiseen arvioon oikea-aikaisesti.”

2. Samarbete

Även under denna fråga tas samarbete mellan avdelningarna upp som en viktig aspekt då det gäller förbättring av vårdkedjan.

”regelbundna linjemöten som berör hela kedjan, ta upp vad som kunde utvecklas och kanske göras på ett annat sätt”

5.7 Allmänt om vårdkedjan

På vilka sätt kunde man enligt dig upprätthålla eller förbättra samarbetet mellan de olika avdelningar som sköter elektiva neder-extremitets-ASO-patienter?

Gemenskap och samarbete

Under gemenskap och samarbete kommer tydligt fram två underkategorier. Dessa är skolningar och möten. Så gott som alla som har besvarat denna fråga har nämnt endera gemenskap eller samarbete som ett sätt att upprätthålla och förbättra samarbetet mellan avdelningarna. Regelbundna skolningar önskas att ordnas oftare, likaså regelbundna linjemöten där man har möjlighet att gå igenom hela vårdkedjan och tillsammans utveckla den till att fungera ännu bättre.

”mera gemensamma skolningar/möten”

”Säännölliset yhteistyökokoukset, jossa asioista ja kehitysideoista voitaisiin keskustella”

”Kaikkien mahdollisuus osallistua linjakokouksiin”

Hur kunde man göra vårdkedjan smidigare, så att den bättre skulle betjäna både patienterna och personalen?

Förutseende vård

Genom att ha en helhetsöversikt och kunskap om hur vården framskider och vad man gör på respektive avdelning kan man i ett tidigare skede planera och förutse kommande händelser i vården. Planering för eftervården redan i början av vårdkedjan kunde underlätta hemförlovning av patienten. Klart uppgjorda vårdrutiner så att ingenting glöms bort och så att det även skall vara lättare att introducera nyanställda i hela vårdkedjan. Det är även viktigt att informera resten av vårdkedjan om en vårdprocess på en enhet förändras.

”Planering för eftervården kunde börja redan i början av vårdkedjan. Vissa postoperativa uppföljningar kunde inplaneras tidigare (tex DD)”

”Starta ett lean-projekt”

”Tutkiumsohjeiden tarkistaminen/noudattaminen, siten, että esim. kaikki labrat on otettu ajoissa, laskimoyhteys laitettu käteen yms. päivän suunnittelua.”

”Työnjakoa voisi selkeyttää kaikkien osalta. ”

”hoitohenkilökunnalla mahdollisuus konsultoida verisuonikirurgia tai verisuonihoitajaa riittävän nopeasti.”

Någonting övrigt du vill tillägga?

Vårdkedjan fungerar redan ganska bra men det finns rum för förbättringar.

”Ongelmia on ollut silloin, kun vuodeosastolla on ollut hoitajia, jotka kiertävät (mahd. siis resurssipalveluyksikössä olevat hoitajat), ja eivät ole jatkuvasti tekemisissä verisuonipotilaiden kanssa”

5.8 Resultatdiskussion

I detta avsnitt kommer resultatet att speglas mot den teoretiska bakgrunden och frågeställningarna som ställdes för denna studie. Syftet med denna studie var att underlätta utvecklingen av den elektiva nedreextremitets ASO-patientens hela vårdkedja på Vasa Centraljukhus. Frågeställningarna som studien har besvarat var: Vad fungerar bra inom kärllpatientens nuvarande vårdkedja från vårdpersonalens synvinkel? Genom vilka åtgärder kunde man starta upp en Lean-process som strävar till kontinuerlig förbättring och mera värdeskapande vård åt patienterna? Och Hur kan vårdkedjan utvecklas för att i större grad stöda inledandet av en fortgående Lean-process, som skulle involvera hela personalen som vårdar patienter med nedre-extremitets ateroskleros?

Resultatet av enkätundersökningen och värdeflödeskartläggningarna visar att vårdkedjan redan nu fungerar väldigt bra på Vasa Centralsjukhus. Majoriteten av de som arbetar inom den kärllkirurgiska vårdkedjan på Vasa Centralsjukhus kan anses vara skickliga eller experter både på sjukvård och medicin i allmänhet, men även inom kärllkirurgin hade de flesta jobbat över 3 år. (Benner, 1993, s. 41-48). Detta kan anses som en fördel då en Lean-process startas upp. Det har framkommit i teoretiska bakgrunden att kunskap om sitt eget arbete ger en förmåga att se vad som behöver förändras. (Sörqvist, 2013, s. 69-71).

Webbenkäten besvarades av 62,69% av alla som blivit ombedda att delta i studien. Detta kan anses som en god svarsprocent och resultaten kan anses som täckande. Tyvärr svarade endast få informanter på alla frågor i enkäten, så det sänker trovärdigheten något. Bortfallet kan ses bero på att enkäten behandlade frågor från hela vårdkedjan. Ifall informanten inte ansåg sig känna till ett visst område i vårdkedjan som en fråga

handlade om, kanske hen därför lämnade frågan obesvarad. Skribenten hade valt att inte ta med ett svarsalternativ som hade möjliggjort för informanterna att inte ta ställning i frågan. Det hade kunnat lyfta svarsprocenten per fråga till 100%. Trots detta fick man bra svar på enkäten och svaren var till hjälp vid utarbetningen av modellen till den nya vårdkedjan.

Majoriteten av informanterna ansåg sig vara bekant med hela vårdkedjan men aningen färre svarade ändå att de var bekanta med andra avdelningars vårdprocess. Liknande trend kunde anas vad gäller frågorna om olika föreskrifter på egen avdelning jämfört med föreskrifter från andra avdelningar. De flesta ansåg att föreskrifterna var mer lättillgängliga på den egna avdelningen än på andra avdelningar. Utifrån dessa svar kan man läsa att vårdkedjan i sin helhet, så som den varit utformad tidigare, är känd bland personalen. Vårdkedjan har dock varit så komprimerad och snävt utskriven så den har inte gett personalen insikt i vad som görs på andra avdelningar. Detta antagandet stöds av svaren på de öppna frågorna. Flera gånger, under olika frågor kom det fram att föreskrifter och hela förloppet inom vårdkedjan borde vara mera synliga och personalen önskar sig mera skolning i hela vårdkedjan. Dessa ordnas väldigt sällan nu för tiden på Vasa Centralsjukhus.

Informanterna ansåg att samarbetet mellan avdelningarna och arbetsfördelningen i vårdkedjan var ganska bra. Ändå lyftes just dessa fram som huvudkategorier i innehållsanalysen på flera frågor. Personalen önskar sig ett tätare samarbete och en klarare arbetsfördelning mellan avdelningarna. Ett tätare samarbete skulle resultera i att personalen skulle lära känna varandra bättre, vilket i sin tur skulle underlätta utvecklingen av processerna och på så vis även göra arbetsfördelningen klarare.

Något som man såg skillnaden på i resultat mellan avdelningar var tiden man hade för att lägga på information. Preoperativa avdelningen, operationsavdelningen, fysiatrin och röntgen ansåg sig ha bättre med tid för information och handledning av patienterna än vad man ansåg sig ha på A3 och kirurgiska polikliniken. För att vårdkedjan skall vara så smidig som möjligt och för att man skall kunna undvika "onödiga" kontakter som patienterna är tvungna att ta så borde man genom att Lean få processerna att löpa så pass smidigt att man får tid för handledning i tillräcklig utstreckning.

Enligt Yura & Walsh (1988) är vårdplanen lättare att greppa och att förstå då man konkretiserar den och delar in den i tydliga stadier. Informanterna i denna undersökning är på samma linje och de önskar att hela vårdkedjan skulle konkretiseras för att det skall vara lättare att utveckla.

I den nya modellen har skribenten förutom att ha gjort modellen mera konkret och utförlig också gjort små förändringar vid de skeden i vårdkedjan som har framstått som problematiska. Eftersom resultatet visar att vårdkedjan redan nu fungerar bra så krävs inga stora förändringar för att komma igång med en Lean-process. Inom kärllkirurgin på Vasa Centralsjukhus får patienten redan en kvalitativ vård i enlighet med den som lagen säger och enligt god vård praxis.

Denna studie har besvarat frågeställningarna på ett konkret sätt och enkätundersökningen och värdeflödesanalyserna har hjälp till att utforma den nya modellen. Modellen hinner inte tas i bruk under denna studies gång, men skribenten fungerar även som teamledare för kärllkirurgiska polikliniken och har för avsikt att ta i bruk den nya modellen i höst under ett linjemöte, då alla länkar i vårdkedjan är på plats och man kan påbörja samarbetet genom att diskutera om hur man skall gå till väga för att på bästa sätt starta upp Lean-processen.

6 Kritisk granskning

För att redogöra för studiens styrkor och svagheter bör arbetet kritiskt granskas. Det är forskarens uppgift att göra en studie som ger mervärde och som kan anses ge tillförlitliga och generaliserbara svar och som är utfört på ett tillförlitligt och trovärdigt sätt.

Tillförlitligheten och validiteten i kvantitativa och kvalitativa studier mäts på något från varandra avvikande sätt. Det är lättare att mäta både tillförlitligheten och validiteten i kvantitativa studier. Validiteten i kvantitativa data hänvisar till hur noggrann och precis data är. Det handlar även om att data har uppmätts på rätt sätt och att data är av rätt typ för att undersöka det aktuella ämnet. Vid inmatning av data bör kontrolleras att inga misstag har skett. Detta är tidkrävande men nödvändigt för validiteten. (Denscombe, 2016, s. 377-378). Kvantitativa data presenteras i arbetet i form av skriftliga resultat som visualiseras med hjälp av diagram av olika slag. Misstag vid inmatning av data är i denna

studie nära omöjlig eftersom webb-basen där enkäten gjordes i direkt från svaren förde över och gjorde en sammanställning av dessa.

Validiteten eller trovärdigheten i kvalitativa data handlar om att övertyga läsaren att forskaren har fått exakta och träffsäkra resultat. Åtgärderna som finns att tillgå handlar om att försäkra läsaren om att kvalitativa data har producerats och kontrollerats enligt god praxis. En respondentvalidering görs genom att återvända till deltagarna med data och fynd för att kontrollera fyndens validitet. Grundade data bygger på en detaljerad granskning av ingående texterna för att ge en trovärdig grund för de slutsatser som gjorts i forskningen. Forskaren kan genom metodtriangulering öka tilliten till att data man analyserat är exakt. (Denscombe, 2016, s. 409-410). Den kvalitativa delen av denna studie speglas till viss del mot svaren i den kvantitativa delen. Den kvalitativa delen av enkäten gjordes för att ge mervärde åt den kvantitativa delen och dessa två kompletterar varandra. Ingen av delarna hade ensamma gett samma bredd på resultatet som de gav tillsammans. Värdeflödeskartläggningen, som även den kan ses som en kvalitativ del av studien, gjordes för att få fram de problemområden som man erfar på avdelning A3. Den gjordes som en del av Lean-metodologin och behöver i sig inte analyseras mera ingående då resultaten och problemområden framkom vid värdeflödesanalysen.

Tillförlitligheten mäts i huruvida konsekvent mätinstrumentet var om det användes vid andra tillfällen. Skulle man få samma resultat vid ett annat tillfälle om alla andra omständigheter var lika? Forskaren kan försöka ta reda på detta genom att använda samma forskningsinstrument vid ett senare tillfälle och jämföra resultaten. Forskaren kan även dela upp datauppsättningen i två halvor och jämföra resultaten från dessa med varandra. Forskaren kan även försöka ta reda på om andra forskare kunde komma fram till samma slutsatser. Extern validitet kan mätas genom att se på hur generaliserbara forsknings fynden är. Om data baserar sig på stora representativa urval kan det antagas att forsknings fynden kan generaliseras. (Denscombe, 2016, s. 378). Enkäten som gjordes är ett detaljerat frågeformulär som har för avsikt att kartlägga hela vårdkedjan för elektiva patienter med ateroskleros i nedre extremiteterna. Enkäten kan med litet modifiering användas som sådan för att kartlägga andra vårdkedjor inom kirurgiska områden i specialistsjukvården. Forskningsresultatet beror på informanternas kunskap om hela vårdkedjan, och om informanterna byttes ut kunde det vara omöjligt att få en

population med samma kunskap och engagemang som den populationen som undersöktes i denna studie. Enkäten kan som sådan användas för att i ett senare skede mäta förändringarna som förändringsarbetet fört med sig. Genom att ställa samma frågor på samma sätt kan ett jämförbart resultat fås.

Även tillförlitligheten i kvalitativa studier är svårare att bestämma eftersom forskaren i kvalitativa studier är nära knutet till forskningsinstrumentet. Då tillförlitligheten utreds i kvalitativa studier kunde man fråga huruvida forskningsinstrumentet skulle ge samma resultat om det användes av en annan forskare? Det som är av stor vikt då tillförlitligheten granskas i kvalitativa studier är att forskningsprocessen måste vara möjlig att granska. (Denscombe, 2016, s. 411-412). Forskningsprocessen har beskrivits i studierapporten och torde vara möjlig att följa från början till slut. En del av mätinstrumentet är kvantitativt och tillförlitligheten på den kvalitativa studien är lättare att bedöma då den går att jämföra mot resultaten av den kvantitativa delen.

Generaliserbarheten i kvalitativa studier ses mera som möjlighet till överförbarhet till andra fall. Eftersom urvalet av informanter ofta är små är sannolikheten för att samma fenomen skall påträffas i andra fall ganska liten. Frågan för att säkerställa överförbarheten lyder "I vilken utsträckning skulle fynden kunna överföras till andra fall?" (Denscombe, 2016, s. 412-413). Eftersom en hel vårdkedja undersöktes och man på Vasa Centralsjukhus strävar till att liknande vårdkedjor skulle ha liknande förfarande, så borde fynden i denna studie kunna överföras på andra vårdkedjor inom kirurgin.

Forskarens objektivitet är en viktig aspekt inom den kvalitativa forskningen. Forskaren bör ha en god självkänedom och vara öppen med på vilka vis man som forskare kan ha påverkat resultaten. Forskarens identitet och tidigare kunskaper kan aldrig helt elimineras från forskningsprocessen. Forskaren måste veta vad som är hens egna övertygelser och försöka stänga av dessa vid produktionen och analysen av data. Forskaren måste närma sig data med öppet sinne och undvika att försumma data som inte stämmer överens med analysen. (Denscombe, 2016, s. 413-416). I denna studie har skribenten varit en väl känd person för alla informanter. Likaså är arbetet med kärtpatienter väl känt för skribenten, som har jobbat med kärtpatienter på Vasa Centralsjukhus i ca. 10 år. Under hela studiens gång har skribenten erfarit sig sitta och analysera egna tankar om vissa fenomen. Likaså vid dataanalysen kom ibland de egna

tankarna smygande. Då var det av ytterst stor vikt att medvetandegöra detta för att kunna stänga ute sina egna tankar och fokusera på de svar som man fått. Vid eftertanke skulle det vara enklare att göra en likadan studie på en mindre bekant vårdkedja där egna erfarenheter inte skulle vara så starka. Det viktigaste har varit att analysera vilka tankar som är egna och vad som egentligen fås fram av dataanalysen.

Enkäten var lång, med både öppna och slutna frågor. Enkätens omfattning kan vara en delorsak till att vissa frågor lämnades obesvarade. Orsaker till obesvarade frågor kan vara att informanterna inte kände sig ha tillräcklig kunskap för att svara på frågorna eftersom enkäten sträckte sig över avdelningsgränserna. Om skribenten hade lämnat bort alla enkäter som hade någon fråga obesvarad hade knappt någon enkät lämnat kvar. Trots att många enkäter hade enstaka obesvarade frågor ser skribenten att alla inkomna svar, utom ett, ger ett mervärde till studien och valdes att ta med. En enkät slopades eftersom endast några frågor var besvarade och resten obesvarade. Enkätens funktion i denna studie var att få fram personalens åsikter om hur vårdkedjan kan utvecklas och denna funktion uppfyllde enkätsvaren trots att många har valt att hoppa över frågor som de inte var säkra på svaret. Skribenten valde att inte ta med "vet ej" som svarsalternativ på de slutna frågorna. I efterhand tänkt kunde det vara en metod för att informanterna skulle svara någonting på varje fråga i enkäten. Underförstått, vid analysen av enkäten, hade de som lämnat frågor obesvarade svarat "vet ej" om det svarsalternativet hade varit möjligt. Detta kan minska studiens validitet något men eftersom enkätsvaren i denna studie kan ses motsvara förbättringsförslag på nuvarande vårdkedja så har alla svar valts att innefattas i studien.

7 Diskussion

Denna studie har gjorts som ett beställningsarbete från avdelning A3 på Vasa Centralsjukhus. Studien får ett mervärde då det fanns efterfrågan för ett sådant här karläggnings och utrednings arbete. Skribenten själv arbetar inom linjen för kärlkirurgi på kirurgiska polikliniken på Vasa Centralsjukhus och är därför själv i nyckelroll för vad som skall hända näst. Till hösten kommer ett större linjemöte att hållas för att svara på efterfrågan om ett tätare samarbete och på samma gång kommer den nya modellen att presenteras mera ingående och diskuteras inom linjen.

Skribentens position inom kärllinjen kunde ses både som ett hinder och som en fördel i studien. Skribenten har arbetat länge inom kärllkirurgin på Vasa centralsjukhus, på olika avdelningar och är känd bland medarbetarna inom hela vårdkedjan. Detta gjorde det lätt för skribenten att ta kontakt och att utföra studierna. Dock märkte skribenten i ett tidigt skede att närheten till ämnet gör det väldigt svårt att se objektivt på studien och resultatet. Skribenten har fått fundera mycket på egna tankar och gjort ett stort arbete med att försöka skilja på egna tankegångar och vad som är de objektiva svaren. Det var även en utmaning att lämna egna åsikter utanför då den nya modellen gjordes. I vissa fall hade skribenten en litet avvikande åsikt om hur vissa saker kunde förändras, än vad som framkom i resultatet av studien. Skribenten har dock uppfattat vad som är hennes egna åsikter och vad som är de objektiva resultaten i studien.

Enkäten som är utarbetad till denna studie kan med små förändringar användas till att utreda även andra vårdkedjor. Enkäten kan även användas som ett redskap för att utvärdera hur situationen har förändrats inom nedre-extremitets ASO patientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus efter att den nya modellen har tagits i bruk. Likaså kan den nya modellen fungera som grund för andra som vill kartlägga och klargöra någon vårdkedja.

Som vidare studier kunde tänkas att utvärdera och förbättra samarbetet även med primärhälsovården för att få patienterna remitterade i tid till kärllkirurgiska mottagningen. Detta förslag uppkom ur resultatet från denna undersökning och kan väl ligga för grund för ett utvecklingsarbete.

Källförteckning

- Aboyans, V. et al, 2018. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, (2018) 55, 305-368.
- Benner, P., 1993. *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Collins, T. C., Nelson, D. & Ahluwalia, J. S., 2010. Mortality following operations for lower extremity peripheral arterial disease. *Vascular Health and Risk Management*, 2010:6, s. 287-296.
- Denscombe, M., 2016. *Forskningshandboken. För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Graban, M. & Swartz, J. E., 2012. *Healthcare Kaizen – Engaging front-line staff in sustainable continuous improvements*. Boca Raton: Taylor & Francis Group, CRC Press.
- Hansagi, H. & Allebeck, P., 1994. *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Hinders, M., 2016. *Lean*. [Föreläsning på yrkeshögskolan Novia 11.3.2016].
- Holme, I. M. & Solvang, B. K., 1997. *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Jalkanen, J., 2017. *Clinical and molecular manifestations of lower limb peripheral artery disease*. Åbo: Doktorsavhandling. Turun Yliopisto, Department of Vascular Surgery.
- Jarvis, P., 2015. *Lean osana päivittäistä johtamista*. [Föreläsning på Vasa Centralsjukhus 25.11.2015].
- Makaraoff, K. S., Storch, J., Pauly, B. & Newton, L., 2014. Searching for ethical leadership in nursing. *Nursing Ethics*, 21(6), s. 642-658.
- Noronen, K., 2016. *Causes and consequences of delay in vascular surgery*. Helsingfors: Doktorsavhandling. Helsingin Yliopisto, Department of Vascular Surgery.
- Pajalic, Z. & Westergren, A. (2013). Aktionsforskningens grunder. Ingår i: Jakobsson, L. (red.), *Aktionsforskning i vård och omsorg*. Malmö: Gleerups.
- Patel, R. & Davidson B., 2007. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera om undersökningar*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Petersson, P., Johansson, O., Broman, M., Blücher, D. & Alsterman, H., 2009. *Lean. Gör avvikelser till framgång!*. Bromma: Part Media.

Petersson, P., Olsson, B., Lundström, T., Johansson, O., Broman, M., Blücher, D. & Alsterman, H., 2012. *Ledarskap. Gör Lean till framgång!*. Bromma: Part Media.

Rönneman, K. (2012). Vad är aktionsforskning. Ingår i: Rönneman, K. (red.), *Aktionsforskning i praktiken – förskola och skola på vetenskaplig grund*. Lund: Studentlitteratur.

Suomen Lääkäri-seura Duodecim & Suomen Versuonikirurginen Yhdistys, 2010a. *Alaraajojen tukkiva valtimotauti*. [Online].
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50083.pdf> [hämtat: 10.12.2017].

Suomen Lääkäri-seura Duodecim & Suomen Versuonikirurginen Yhdistys, 2010b. *Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa*. [Online].
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00093&suositusid=hoi50083> [hämtat: 10.12.2017].

Svedberg, L., 2012. *Gruppsykologi. Om grupper, organisationer och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.

Sörqvist, L., 2013. *Lean – Processutveckling med fokus på kundvärde och effektiva flöden*. Lund: Studentlitteratur.

Toledo, A. H., Carroll, T., Arnold, E., Tulu, Z., Caffey, T., Kearns, L. E. & Gerber, D. A., 2013. Reducing liver transplant length of stay: a Lean Six Sigma approach. *Progress in Transplantation*, 23(4), s. 350-364.

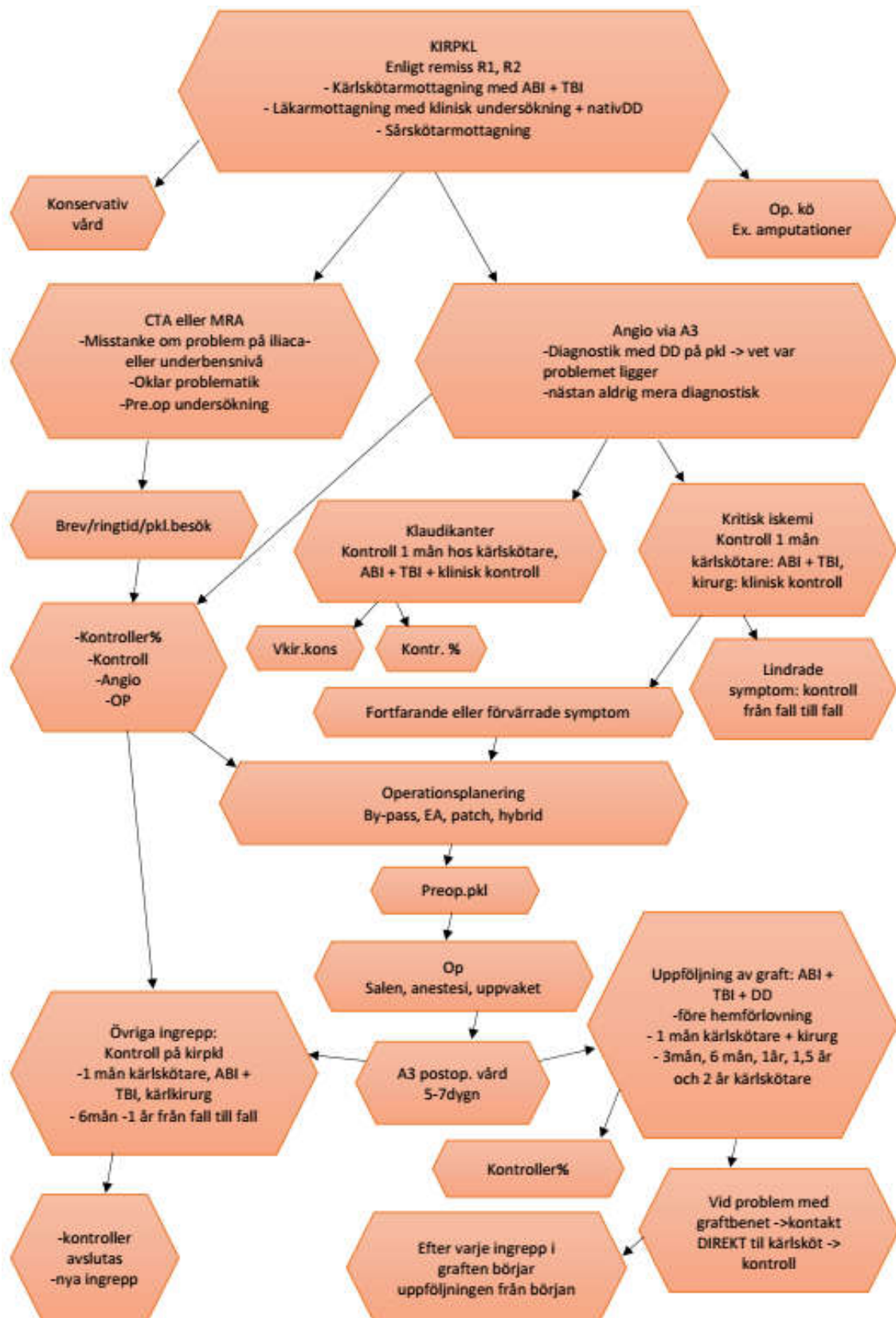
Yura, H. & Walsh, M. B., 1988. *Hoitotyön kehittäminen*. Juva: WSOY.

ExReport,

Finlands författningssamling

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326. [Online]
<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> [hämtad: 19.8.2018]

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. [Online]
<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> [hämtad: 19.8.2018]



Nedre-extremitets-ASO patientens vårdkedja, ursprunglig

Kirurgiska polikliniken:

- Då läkaren godkänt remissen hanterar kärlskötare den och kallar patienten till polikliniken.
- Kärlskötare utför ABI + TBI, vid behov TcpO2 före läkarmottagning
- Läkare utför klinisk undersökning och gör nativDD. Vid behov sköts såren av skötare som är med i läkarrummet. Om möjligt sårvårdare i samband med mottagning.
- Fortsättning beroende på fynd:

CT eller MRI

- Skötaren på polikliniken begär att Krea tas inom 2 veckor före undersökning och bokar in det på sin lista för att kontrollera svaret.
- Behövs vätskning inför CT? Kan MRI göras överhuvudtaget? Beror på Krea-svar.
- Kontrollerar medicinlista ifall patienten tar diabetesmediciner som bör vara på paus
- Tid till undersökning och undersökningsföreskrifter ges endera med det samma eller skickas hem per post.

Angiografi

- ❖ Skötaren på polikliniken kontrollerar medicinlista, ifall pat. tar mediciner som bör vara på paus. Hinner inte uppdatera den i ESKO.
- ❖ Kontrollerar blodprov, krea, pvk, inr och beställer nya ifall det är längre än 1 vecka till angio.
- ❖ Bokar undersökningen och platsen till avdelningen. Ger tiden och föreskrifter åt patienten och går igenom viktiga delar av föreskrifterna med patienten.

A3: förberedelser inför angiografi, vid behov vätskning inför CT

- Försäkrar sig om identitet
- Medicinlista kontrolleras och uppdateras. Försäkras om att viktiga mediciner varit på paus.
- Patienten klär om till op. kläder och ljumskar rakas.
- Sticker kanyl + påbörjar vätskning om sådan ordinerats. försäkras om att patienten varit fastande
- Esko dokumentation
- Transportör för ner patienten till röntgen.

Angiografi

- Skötarna tar emot patienten. Har bekantat sig med patientuppgifterna på ESKO, försäkrar sig om identitet.
- Informerar patient om ingrepp och hjälper pat. till/från britsen.
- Kontrollerar allergier.
- Tvättar och vid behov rakar ljumskar
- Övervakar patient under ingreppet, assisterar läkare
- Trycker på punktionsstället efter ingreppet
- Dokumenterar mediciner och hur undersökningen har gått, fortsatt vård.
- Rapport till avdelningspersonal

Konservativ vård

-> gångträning.
Tobak % Vid behov kontroll, tiden bokas på polikliniken, annars avslutas vården.

Vid beslut om amputation

sätter skötaren patienten i operationskö. Om op. skall ske akut rings patienten in till A3.

CT eller MRI

Strävan till att göra undersökningar polikliniskt.

- Röntgenskötare kontrollerar krea.
- Kontrollerar identitet och förfrågan som patienten fyllt i på förhand.
- Sticker kanyl.
- Utför undersökning

Röntgenmeeting + brevsvvar/ringtid
Skötare på polikliniken bokar tid för undersökningar eller sätter patienten i operationskö och skickar hem information åt patienten

A3: eftervård

- RR uppföljning och uppföljning av stickstället
- Medicinadministrering av listmediciner, smärtmediciner, dropp enligt ordination
- Ger mat och dryck
- Observation av lägesändring medan patienten är sängliggande
- Följer med spontanuriner, hjälps medan sängliggande
- Dokumentation av eftervård
- Dopplermätning och observation av det åtgärdade benet
- Pat. hemförlovas samma kväll eller följande morgon.
- Ordnanande av fortsatt vård; operation, kontroll till pkl.
- Informering av patienten. Uppdaterar pat.s medicinlista
- Hjälper med klädbyte och ordnande av skjuts hem

Leiko: ordnandet av operation

- Planerar operationstidpunkt i samråd med kirurgerna. Dokumenterar i Lesu. Skickar kallelse åt patienten.
- Bokar lab, spiro, thx, blodreservation
- Intervju via telefon eller med patienten på plats.
- Kontrollerar medicinlista, pausar vissa mediciner.
- Ger med klyx som pat. får ta hemma
- Informerar pat. om operationen, fastande, exakt tidpunkt när pat skall komma till sjukhuset på op.dagen.
- Förbereder pat. på operationsdagsmorgonen. Rakning, op kläder, dokumenterar i ESKO, försäkrar sig om identitet och att pat. är fastande
- Följer patient till op vid fastslagen tid.

Operationsavdelningen

Anestesiskötare:

- Bekantat sig med patientuppgifter, försäkrar identitet
- Förbereder britsen där patienten ligger, madrasser, värmetycken, dynor m.m.
- Förbereder och administrerar läkemedel under operationens gång
- Observerar och monitorerar patienten under operationens gång, artärtryck, p, sat, ekg, smärta, iv, timdiures, blödning
- Dokumentering under operationen och eftervård, pulssyättning, abi, mediciner m.m.
- Flödesmätning av bypass kärl

Instrumentskötare:

- Förbereder instrumenten
- Förbereder patienten, tvätt, liggställning, katetrisering, intäckning
- Assisterar operatören
- Putsar op. området och lägger om såret efteråt
- Räknar instrument och tuffrar

Uppvakningen:

- Observerar smärta, RR, p, sat
- Observerar bedövning, sår, abi, blödning, vätskning, diures
- Dokumenterar på papper till avdelningen.
- Ger rapport åt avdelningspersonalen.

A3: postoperativ vård

- Tar emot patienten på uppvaket, får rapport som man för in i ESKO då man kommit till avdelningen.
- RR, p mätning av patienten, följer med urinproduktion, vätskning. Första dagarna mest intensivt.
- Följer med doppler, både op- och kroniska sår, blödning, K-epid kontroller. Första dagarna mer intensivt sedan trappas det sakta ner.
- Mobilisation: vid varje måltid, alltid då pat kommer upp o.s.v, fysioterapi
- Administrering av mediciner, ändringar i medicinlista, konsulterar läkare ang smärtmedicin o.s.v. Obs. antikoagulanter.
- Beställer och kontrollerar lab-prover
- Då patientens tillstånd tillåter: hemförlovning (se även skild bilaga)
 - Läkarslut om hemförlovning
 - Kontroll av slutgiltig medicinlista
 - Checklista åt patienten att gå igenom inför hemfärd
 - Kontakt med hemförlovningsskötare
 - Ordande av sårvård
 - Postoperativ kontroll av bypass kärlet på kir.pkl
 - Fastställande av vårdbehov hemma
 - Tvätt
 - Om ingen bäddavdelningsplats fås, ändrade planer
 - Dokumentation, HOI-HOI rapport
 - Lunch
 - Handledning av anhöriga
 - Transport
 - Kontrolltid

Kirurgiska polikliniken: schemalagda kontroller

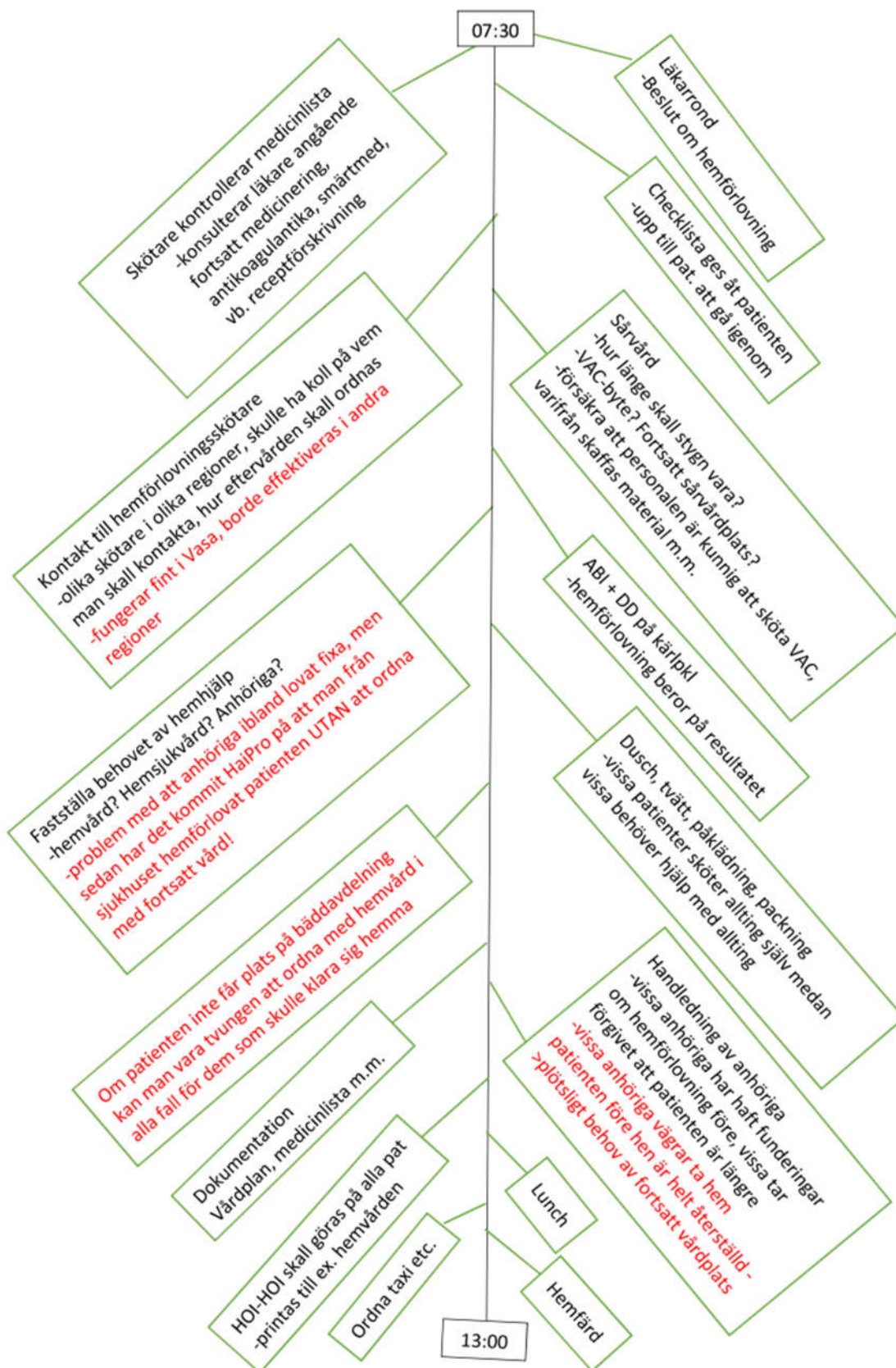
Efter angiografi, PTA och stentning:

- 1 mån efter ingrepp: ABI och TBI och klinisk kontroll; enbart hos kärlskötare om klaudikationspatient, om kritisk iskemi-patient ordnas även kärlikirurgkontroll
 - Kontrolleras: undersökningsresultat, symptombild, medicinering, patientens subjektiva upplevelse
- I enskilda fall kontroll om en tid, bestäms individuellt.

Efter bypass operation

- Postoperativt ABI +TBI + DD av graften före hemfärd
- 1 mån efter ingrepp: ABI + TBI + DD hos kärlskötaren, läkarkontroll
- 3, 6, 12, 18 och 24 mån efter ingreppet ABI + TBI + DD hos kärlskötare
 - Kontrolleras: undersökningsresultat, symptombild, medicinering, patientens subjektiva upplevelse
- Ifall ingrepp i bypassen görs under uppföljningstiden, så börjar kontrollerna från början
- Om allting är bra med graften, inga symptom eller fynd i undersökningarna, avslutas kontrollerna efter 2 år. I annat fall börjar processen från början eller eventuellt kan extra kontroller bokas in.
- Efter avslutade kontroller får och bör patienter omedelbart ta kontakt ifall symptom uppstår i det opererade benet

Hemförlovningsprocessen ursprunglig



Klinisk vårdkedja: Kirurgiska polikliniken

	Besök: vårdbedömning, Vhoit, vkir + vb hhoit	Kontroll: Lab: vhoit Veinmap: vhoit	Kontroll: Telefontid: vkir, Besök: vhoit + vkir	Kontroll: 1 mån efter åtgärder, vhoit, vkir + vb hhoit	Kontroll: Graftpatienter, Vhoit Postop, 3 & 6 mån, 1, 1,5 & 2 år efter åtgärd
Remiss	<ol style="list-style-type: none"> Läkaren läser och godkänner remissen Skötaren ger tid till pkl (vkir + vhoit, vb hhoit om sår) enligt ordination: R1: brådskande, tid inom 2 veckor R2: tid inom ramen för vårdgarantin Skötaren skickar eller ringer tiden åt patient/anhörig eller till instans som vårdar patienten. <ul style="list-style-type: none"> Om tiden skickas bifogas förhandsuppgiftsblanketten. Om tiden meddelas per tel. Påminna att ta med medicinlista 				
Vhoit	<ol style="list-style-type: none"> Identifiering Hjälp med sko och strump av och påklädning Mätning av ABI + tåtryck Kontrollera att pat har med ifylld förhandsuppgiftsblankett. Annars ge en åt pat. att fylla i under väntetiden Dokumentation av undersökning i ESKO 	Kontrollera labsvar före och vb efter undersökningar. <ul style="list-style-type: none"> Vätskning? Lp-bokning ok? Metformin påbörjas pånytt? Ring patienten Dokumentation 	<ol style="list-style-type: none"> ID Klädhjälp ABI + tt 	<ol style="list-style-type: none"> ID Klädhjälp ABI + tt DD åt graftpatienter <p>Klaudikatorer kommer enbart på kontroll till kärlskötare:</p> <ol style="list-style-type: none"> ID 	Postoperativ kontroll före hemförlovning: <ol style="list-style-type: none"> ID Hjälpa pat med av- och påklädning DD av graft <ul style="list-style-type: none"> Om problem med graft > kons.

Bilaga 4
2 (1)
Klinisk vårdkedja

		<p>Patienter som skall på by-pass op kommer för veinmap före op, om man tar egen ven som graftmaterial</p> <ul style="list-style-type: none"> - ID - Ultraljud av det ben som skall opereras. - VSM i första hand <p>Anteckning på bild:</p> <p>Diameter:</p> <p>Anatomi:</p> <p>Förgreningar:</p> <p>Ritning av ven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Om VSM är oanvändbar på op sidan, kontrolleras armvener och andra benets VSM, - även dessa ritas ut - Anteckning på bild <p>Informera pat</p> <ul style="list-style-type: none"> - vad kan väntas efter op, normala symptom ex svullnad. 		<ol style="list-style-type: none"> 2. Klädhjälp 3. Nuvarande symptom 4. Mät och tolka ABI och tt. 5. Klinisk undersökning 6. Gör en bedömning av situationen 7. Om allting ok, avslutas vården <ul style="list-style-type: none"> - Pat får ta kontakt inom 6 mån 8. Om problem -> läkarkons, endera med det samma eller papperskons vid följande pkl. 9. Information åt patienten 10. Diktering till ESKO 	<p style="text-align: right;">läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meddela avd - Informera patient <ol style="list-style-type: none"> 4. Byte av sårförband 5. Ge med lapp om kontrollintervallen 6. Om allt ok, boka kontrolltider om 1 mån och ge patienten 7. Beställ potku-tillbaka till avdelningen 8. Dokumentera åtgärd i ESKO 9. Gör betalningsklass i oberon <p>Graftkontroller vid 3 mån, 6mån, 1 år, 1,5 år och 2 år</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ID 2. Klädhjälp 3. Nuvarande symptom 4. Mät och tolka ABI + tt 5. DD av graft 6. Klinisk undersökning 7. Sårvård vid behov 8. Gör en bedömning av situationen
--	--	--	--	--	--

Bilaga 4
3 (1)
Klinisk vårdkedja

		<ul style="list-style-type: none"> - Berätta om kontrollintervall - När bör pat ta kontakt!!! - Om oklart: läkarkons. - Dokumentation i ESKO - Skanna dokument - Boka tid för postop DD på pop. 5 			<ul style="list-style-type: none"> 9. Boka ny kontrolltid enligt schema 10. Informera patienten om vad hen bör vara uppmärksam på och när och varför HEN MÅSTE TA KONTAKT direkt till kärlskötaren. 11. Om problem -> läkarkons 12. Diktering 13. Betalningsklass i Oberon
Vkir	<p>Läkare:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifiering 2. Anamnes; Riskfaktorer: Mediciner: Allmäntillstånd: Sjukdomsbild: Varaktighet: Klaudikation: Iskemi: 3. Klinisk undersökning 4. Wlfl: 5. Undersökningsresultat 6. DD-ul: 7. Vårdplanering och -beslut: kons. vård, CTA/MRA, angio, op 8. Diktering + vb. rtg-begäran 		<p>Läkare:</p> <p>Telefontid:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Svar på rtg-undersökning 2. Nuvarande symptombild 3. Vårdplan: kons.vård, angio, op 4. Diktering <p>Pkl-besök:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ID 2. Nuvarande 	<p>Läkare:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ID 2. Nuvarande symptombild 3. Kontroll av op sår och ev. iskemiska sår 4. Undersökningsresultat 5. Vårdplan: kontroller avslutas, ny kontroll, nya åtgärder 	

	<p>Skötare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Öppna vårddag i ESKO 2. Assistera patient med på- och avklädning 3. Gå igenom förhandsuppgiftsblankett 4. Gå igenom medicinlista, rätta i ESKO 5. Sårvård 6. Boka följande tider: <ul style="list-style-type: none"> - Kontrolltid åt pat med kons.vård enligt ordination - Lab: <ul style="list-style-type: none"> • Krea inom 2 veckor före CT, inom 4 veckor före MRI • Krea, pvk, inr inom 1 vecka före angio • Krea kontroll 3 dagar efter undersökning om metforminmedicinering • Boka tid för kontroll av labsvar på vhoit listan före undersökningen och efter ev. metformin-krea kontroll - CTA; brådskande inom 2 veckor <ul style="list-style-type: none"> • polikliniskt om GFR >45, Lp-plats för vätskning på dagenheten om GFR lägre • Obs! Metforminmedicinering - MRA; brådskande inom 2 veckor 		<p>symptombild</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Undersökningsresultat 4. Vårdplan: kons.vård, CT/MRI, angio, op 5. Diktering + ev. rtg begäran <p>Skötare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Öppna vårddag i ESKO 2. Boka tid för ordinerad undersökning eller sätt i kö för op 3. Muntliga och skriftliga instruktioner 4. Kontroll av medicinlista 5. Kontroll att förhandsuppgiftsblankett finns skannad 6. Dokumentation i ESKO 7. Dokumentation i bakgrundsuppgifter. 	<p>Skötare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Öppna vårddag i ESKO 2. Hjälpa pat med ev. på- och avklädning 3. Förbandsbyte på sår om sårvård inte är bokad 4. Boka ny kontrolltid enl. ordination 5. Muntliga och skriftliga anvisningar för fortsatt vård 6. Dokumentering i vårdplan, printa med om pat har hemvård eller bor annanstans än hemma 7. Dokumentering i "taustatiedot" sådant som är viktigt för vården. Ex hemförhållanden osv 8. Betalningsklass görs i Oberon 	
--	---	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinisk • kan göras om GFR >35, annars överväga konvertering till CTA • Obs! PaceMaker (ring rtg!!), klaustrofobi, metall i kroppen • Obs! Metforminmedicinering <ul style="list-style-type: none"> - Telefontid för svar av CT och MRI. 1 vecka om kritisk iskemi 2 veckor om icke-brådslande - Angio; brådslande inom 2 veckor + Lp-plats på dagenheten: kludikatorer med kort väg till sjukhuset, Lp-plats på A3: kludikatorer med lång väg, kritisk iskemi-pat., graftpat., pat som kräver vätskning över natten <ul style="list-style-type: none"> • Obs! Metforminmedicinering, blodförtunnande, insulin, vätskedrivande, oäten till avd. - Köreservation för op: <ul style="list-style-type: none"> • Dg: • Th: • Lp: • Veinmap • antibiotikaproylax • Ring Preop om brådslande patienter <p>7. Muntlig och skriftlig info om undersökning åt patient</p> <p>8. Skanna förhandsuppgiftsblankett och</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>övriga dokument</p> <p>9. Dokumentering i vårdplan, printa med vårdplanen om pat. har hemvård eller för tillfället bor någon annan stans än hemma.</p> <p>10. Dokumentering i bakgrundsuppgifter "taustatiedot" sådana uppgifter som har betydelse för vården och hemförlovning, ex. hemförhållanden osv</p> <p>11. Betalningsklass görs i oberon</p>				
Hhoit	<p>1. ID</p> <p>2. Påbörja aktiv och effektiv sårvård</p> <p>3. Föreskrifter för HVC/hemvård</p> <p>4. Diktering/dokumentering av besöket</p>			<p>1. ID</p> <p>2. Aktiv sårvård nu då revaskularisatio n har gjorts.</p> <p>3. Försäkra om vem som sköter såren</p> <p>4. Kontroller?</p> <p>5. Väldokumenterade föreskrifter till HVC/hemvård</p> <p>6. Dokumentering /diktering</p>	<p>1. ID</p> <p>2. Aktiv sårvård</p> <p>3. Föreskrifter till HVC/hemvård</p> <p>4. Dokumentering/dik tering</p>

Klinisk vårdkedja röntgen

	CT	MRI	Angio
Förberedelser	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanta sig med patientpappren - Finns kontraindikationer - Remissen ok? - Vilken undersökning - Är krea taget och ok? Om oklart, ring kärlskötarna. - Gör i ordning undersökningsrummet och apparatur - Kontrollerar undersökning, rätt protokoll? - Gör i ordning för iv-kanylering - Förbereder kontrastmedel 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanta sig med patientpappren - Pat har skickat frågeformulär på förhand - Har pat. pacemaker? -> kontakt med hjärtstation, kan MRI göras? - Finns andra kontraindikationer - Remissen ok? - Vilken undersökning - Är krea taget och ok? - Om oklart, ring kärlskötarna - Gör i ordning undersökningsrummet och apparatur - Kontrollerar undersökning, rätt protokoll? - Gör i ordning för iv-kanylering - Förbereder kontrastmedel - 	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanta sig med patientpappren - Finns kontraindikationer för undersökningen - Kontrollerar lab - Bekanta sig med remissen och planera undersökningen - Gör i ordning undersökningsrummet och apparaturen - Plockar fram sterila saker till undersökningsrummet - Förbereder automat-sprutan - Ring in patienten till röntgen
Undersökningen	<ul style="list-style-type: none"> - Mottagning av patient - Kontroll av identitet - Genomgång av ifyllt frågeformulär, vikt, allergier, mediciner - Kontrollerar metformin paus - Ev omklädning av patienten, assistans - Kanylering - Assisterar pat till undersökningsbritsen - Övervakar pat under undersökningens gång 	<ul style="list-style-type: none"> - Mottagning av patient - Kontroll av identitet - Genomgång av ifyllt frågeformulär, vikt, allergier, mediciner - Kontrollerar metformin paus - Ev omklädning av patienten, assistans - Försäkra att pat inte har metall på sig. Om metall i kroppen, informera - Kanylering - Assisterar pat till 	<ul style="list-style-type: none"> - Ta emot patienten av patienttransportören - Kontrollera ID - Informera pat om undersökningen - Hjälpa pat till undersökningsbritsen - Fästa pat vid övervakningsapparat - Försäkra att pat inte har allergier - Ev. rakning av ljumske och tvätt av punktionsställe - En skötare klär sig sterilt - Assisterar radiologen under ingreppet

Bilaga 4
8 (1)
Klinisk vårdkedja

	<ul style="list-style-type: none"> - Hjälper pat ner från britsen - Avlägsnar kanyl - Hjälper med ev. omklädning - Kontrollerar om pat med metforminmedicinering har krea kontroll inbokad. Om inte, kontakta kärlskötare. - Om pat har varit in för vätskning, beställ potku 	<ul style="list-style-type: none"> undersökningsbritsen - Övervakar pat under undersökningens gång - Hjälper pat ner från britsen - Avlägsnar kanyl - Hjälper med ev. omklädning - Kontrollerar om pat med metforminmedicinering har krea kontroll inbokad. Om inte, kontakta kärlskötare. - Om pat har varit in för vätskning, beställ potku 	<ul style="list-style-type: none"> - Angioradiolog utför ingreppet - Övervakar patienten - En skötare fungerar som passare - Sköter apparatur och bildtagning - Övervakar patienten - Dokumenterar mediciner, instrument och bildtagning. - Assistenten klämmer på punktionsstället efter att ingreppet är klart. - Dokumenterar eftervårdsföreskrifter i vårdplanen, mediciner på medicinlistan i ESKO - RIS dokumentation - Bortstädning av material - Förflyttar patienten till egen säng - Övervakar patienten tills skötaren hämtar - Kontrollerar punktionsstället - Muntlig rapport till skötare från avdelningen
Efter undersökningen	<ul style="list-style-type: none"> - Radiolog analyserar bilder och dikterar utlåtande. - Iordningställer undersökningrummet 	<ul style="list-style-type: none"> - Radiolog analyserar bilder och dikterar utlåtande - Iordningställer undersökningrummet 	<ul style="list-style-type: none"> - Radiologen dikterar åtgärdsberättelse i RIS - Iordningställer undersökningrummet

Klinisk vårdkedja A3: angio

	Dagen före undersökning	Undersökningsdagen	Dagen efter undersökning
Dagspersonal	<p>Sekreterare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inskrivning av patient i oberon - Kontroll att lab är tagna eller beställer till kvällsronden, INR om marevanpatient tas på morgonen - Printar ut ID-armband 	<p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tyst rapportering - Utdelning av morgonmedicin - Med på läkarrond <p>Läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rond - Sår? - Mediciner? - Börja planering av eftervård - Dokumentering i vårdplan <p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sårvård - Uppdatering av matprogrammet - De patienter som kommer in undersökningsmorgonen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontroll av id, ger armbandet ▪ Visar avdelning och följer till rum ▪ Informerar om rutiner ▪ Kontroll av bakgrundsuppgifter och medicinlista ▪ Kontroll att pat varit oäten ▪ Assisterar med klädombyte ▪ Genomgång av rutiner inför ingreppet ▪ Inskrivning i ESKO ▪ Iv-kanylering + dropp - För sandpåse + förband som pat skall ha med till rtg - Kontroll så att de pat som varit inne under natten har droppet ok 	<p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tyst rapport - Utdelning av morgonmedicin - Med på läkarrond <p>Läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> - observation av punktionsställe - symptom - Sår - Genomgång av medicinlista - fortsatt vård; kontroll (vhoit, vkir, hhoit), op (Dg, Th, Lp) - Dokumentation i vårdplanen - skriver eventuella recept på nya mediciner vid rondan - dikterar epikris under dagen <p>Sekreterare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sekreteraren bokar kontrolltider (vhoit + vkir + OBS! vb. hhoit) enligt ordination och printar tiderna <p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sårvård - Kanyl och dropp bort - Morgontvätt och omklädning - Genomgång av fortsatt vård med patienten, kontrolltider, symptom osv. - Muntlig och skriftlig information. - Ordande av hemfärd. - Anhöriga? Taxi? - Skriver rese-ersättningsintyg - Hemvård? -> kontakta dem

		<p>Sekreterare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tar emot samtal från rtg när pat får föras ner - Beställer transportör - Meddelar skötare tidtabell för angiopatienterna <p>Patienten på angiografi ca 2-3 timmar</p> <p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hämta patient från angio, tar emot rapport - Pat sängliggande efter angio ca 4 h - Påbörja RR mätning enlig ordination - ESKO dokumentering om eftervård - Beställning av ev. lab - B-gluc kontroll av diabetespatienter - Hämta något att äta - Assistering vid mat och lägesändring medan sängpatient - Observation av det åtgärdade benet: stickställe, färg, temp, rörelse, doppler, smärtor - Fortsatt dropp - Observera så urinering kommer igång efter angio - Dokumentation - Kontroll av medicinlista - Delning av hela dygnets mediciner - Dela ut dagsmedicin - Dokumentering 	<ul style="list-style-type: none"> - Lunch - Utskrivning av patienten - Dokumentation i vårdplan + sammandrag på HOI-bladet <p>Sekreterare</p> <ul style="list-style-type: none"> - skriver läkarens diktering då den är gjord. - Skriver ut patienten i oberon
--	--	---	--

		<p>Läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskussion med patient om åtgärden - Tar ställning till medicinlistan, skall pausade mediciner påbörjas på nytt - Dokumentation i vårdplan 	
Kvällspersonal	<p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tar emot patienten ca kl. 18 - Kontroll av id, ger armbandet - Visar avdelning och följer till rum - Informerar om rutiner - Kontroll av bakgrundsuppgifter och medicinlista - Beställer mat till följande dag - Genomgång av rutiner inför ingreppet - Inskrivning i ESKO - Medicindelning kväll + morgon - Rakar ljumskar - Assisterar patient med dusch och av- och på klädning - Sticker kanyl och sätter dropp - Kontroll av b-gluc av diabetespatienter - Utdelning av kvällsmedicin - Kvällsmat - Kontroll av labsvar ->läkarkons om avvikande 	<p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tyst rapport - Fortsatta kontroller av åtgärdade benet: punktionsstället, smärtor, färg, temp, rörlighet - Ev. fortsatta RR kontroller - Kontroll att spontanuriner ingår - Fortsatt dropp - Assistera vid första uppstigningen efter sängliggandet. - Kontroll av b-gluc hos diabetespatienter - Dela ut kvällsmedicinen - Kvällsmål - Dokumentation 	
Nattpersonal	<p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tyst rapport - Rond efter rapport och minst varannan timme under natten, kontrollerar mående och dropp 	<p>Skötare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tyst rapport - Rond efter rapport och minst varannan timme under natten, kontrollerar mående, åtgärdade 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Assisterar patienten vid behov med ex. toalettbesök som är täta pga vätskningen - Pat är ofta i behov av extra värkmedicin under natten (vilosmärt) - Öppnar ny vård dag i vårdplanen - Tar b-gluc kontroll på diabetespatienter på morgonen - Dokumentation i ESKO 	<ul style="list-style-type: none"> benet, punktionsstället och dropp - Assisterar patienten vid behov med ex. toalettbesök som är täta pga vätskningen - Öppnar ny vård dag i vårdplanen - Tar b-gluc kontroll på diabetespatienter på morgonen - Dokumentation i ESKO 	
--	---	---	--

Klinisk vårdkedja PreOp

	Förberedande, några dagar före operationen	Op dagen
Operationsplanering	<ul style="list-style-type: none"> - planera in operationen i Lesu - datum, tidpunkt - tidsanvändning i salen - Skriv in antibiotikaproylax och urinkateter i Lesu - Skicka tiderna till patienten, om kort varsel, ring - Ring patienten föregående dag och meddela vilken tid hen skall komma till sjukhuset 	För ner patienten till op planerad tid, eller då op ringer.
Lab	<ul style="list-style-type: none"> - Blodgrupp - X-test - Vrab - Pvk - K - Na - Krea - Gluc - Inr om marevan-behandling - ekg 	
Blodreservation	<ul style="list-style-type: none"> - rec aortobifem: 4 påsar eryt - rec. fem- ja rec. popl- : 2 påsar eryt - Höga amputationer (lår och underben): 2 påsar eryt - Tåamputationer: behöver inga eryt reservationer 	
Preoperativa undersökningar	<ul style="list-style-type: none"> - Spiro - THX-rtg om det är över 3 mån från den senaste - vein map om inguinal bypass 	<p>Rakning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rec aorto-bifem: magen och ljumskar + klä på TED strumpor - Rec fem- och rec popl- : från ljumskar till vrister
Intervju	<ul style="list-style-type: none"> - Går igenom förhandsuppgifts-blanketten - Kontrollerar medicinlistan - Anestesiologen träffar patienten? - Hemförhållanden? - Hur bor patienten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollera att nykter - När har pat senast ätit: - När har pat senast druckit:

	<ul style="list-style-type: none"> - Gå igenom operationen och eftervården - Diskutera hemförlovningen <ul style="list-style-type: none"> ▪ EA patienter: dag 2-3 ▪ By-pass patienter dag 5 ▪ Har hen hjälp hemma? ▪ Behöver hen hemvård postoperativt? - Muntliga och skriftliga anvisningar - Klyx med för magfunktion 	Patientens saker förs till A3 på samma gång som pat förs till op
Medicinering	<p>Paus av blodförtunnande mediciner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marevan 3 dygn före - Plavix eller Clopidogrel 5 dygn före - Eliquis, Pradaxa eller Brilique: enligt ordination 2-7 dygn före - Xarelto: enligt läkarordination - Omega3: 1 vecka före - Varför tar patienten blodförtunnande? Behövs bryggmedicinering? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollera att pat har hållit medicinpauserna - Kontrollera vilka morgonmediciner pat har tagit och när

Klinisk vårdkedja op

	Anestesi skötare	Instrumentskötare	Uppvakningen
Patientvård	<ul style="list-style-type: none"> - Bekantat sig med patientuppgifter - försäkrar identitet - Förbereder och administrerar läkemedel under operationens gång - Observerar och monitorerar patienten under operationens gång <ul style="list-style-type: none"> ▪ artärtryck, p, sat, ekg ▪ smärtor ▪ iv ▪ timdiures ▪ blödning - Flödesmätning av bypass kärl 	<ul style="list-style-type: none"> - Förbereder patienten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tvätt ▪ Liggställning ▪ Katetrisering ▪ intäckning - Putsar op. Området och lägger om såret efteråt 	<p>Observerar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Smärta - RR, p, sat - Bedövning - Sår - Abi - Blödning - Vätskning - diures
Övrigt	<ul style="list-style-type: none"> - Förbereder britsen där patienten ligger <ul style="list-style-type: none"> ▪ Madrasser ▪ Värmetäcken ▪ dynor m.m. - Dokumentering under operationen - Dokumentering om eftervård <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulslyssning ▪ Abi ▪ mediciner m.m. 	<ul style="list-style-type: none"> - Förbereder instrumenten - Assisterar operatören - Räknar instrument och tuffrar 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumenterar på papper till avdelningen - Rapport åt avdelningspersonal

Klinisk vårdkedja A3: postoperativ

	operationsdagen	Pop. 1	Pop. 2	Pop. 3 och 4	Pop. 5
Skötare	<p>- Hämtar pat från uppvaket, muntlig rapport</p> <p>- Installerar pat i rummet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RR mätning ▪ Dropp ▪ Ringklocka ▪ Observera liggställning ▪ Smärtpump ▪ Telefon <p>- Inskrivning och dokumentering i ESKO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uppdatera vård dagen ▪ Medicinlista ▪ Lab <p>- Medicindelning kväll + morgon</p> <p>- Kontroll av vitala funktioner x1/h</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RR, p ▪ Temp ▪ Vätskebalans ▪ Sår/förband ▪ Blödning ▪ Pulspalpation ▪ B-gluc 	<p>- Med på läkarrond</p> <p>- Uppdatera ESKO enligt ordinationer</p> <p>- Medicinadministrering och utdelning x3 eller enlig skilt schema</p> <p>- Delar medicin för hela dygnet</p> <p>- Sårvård</p> <p>- Utför mätningar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kepad x3 ▪ Dopplerlyssning eller ABI x3 ▪ Gluc före måltider åt DM patienter <p>- Kontrollerar vätskebalans, KAD + dropp</p> <p>- Dropp kan avslutas då pat dricker och äter ordentligt</p> <p>- Tyst rapport + bedside rapportering till kvällspersonal</p> <p>- Assistans och mobilisering vid måltider och ex. wc-besök</p>	<p>- Med på läkarrond</p> <p>- Uppdatera ESKO enligt ordinationer</p> <p>- Medicinadministrering och utdelning x3 eller enlig skilt schema</p> <p>- Delar medicin för hela dygnet</p> <p>- Sårvård</p> <p>- Utför mätningar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dopplerlyssning eller ABI x3 ▪ Gluc före måltider åt DM patienter <p>- Kepad trappas ner med 1 h mellanrum, extra kontroller</p> <p>- Kepad avslutas då det är möjligt</p> <p>- Kepad kateter tas bort 12 h efter senaste klexane</p> <p>- Kontrollerar vätskebalans, KAD + dropp</p> <p>- KAD tas bort efter att kepid katetern har tagits bort</p> <p>- Följa med spontanurinering</p>	<p>- Med på läkarrond</p> <p>- Uppdatera ESKO enligt ordinationer</p> <p>- Medicinadministrering och utdelning x3 eller enlig skilt schema</p> <p>- Delar medicin för hela dygnet</p> <p>- Sårvård</p> <p>- Utför mätningar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dopplerlyssning eller ABI x2 ▪ Gluc före måltider åt DM patienter <p>- Tyst rapport + bedside rapportering till kvällspersonal</p> <p>- Ev. assistans och mobilisering vid måltider och ex. wc-besök</p> <p>- Dokumentation i ESKO</p> <p>- Börja förbereda för hemförlovnin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behövs öppna vården? Ta kontakt ▪ Kan pat åka direkt 	<p>- Med på läkarrond</p> <p>- Sårvård, plocka med eventuellt material om patienten kan anses behöva hemma.</p> <p>- Assistera vid dusch, omklädning m.m.</p> <p>- Gå igenom checklistan för hemfärd med patienten i god tid.</p> <p>- Involvera patienten i hemfärdsprocessen.</p> <p>- Kontakta hemförlovninsskötaren</p> <p>- Ordna med färdmedel om pat inte själv har ordnat så anhörig hämtar</p> <p>- Psykiskt stöd åt både patient och anhörig</p> <p>- Kontrollera vad som har kartlagts angående patientens hemförlovnin tidigare? Behöver det bara meddelas till ex. hemvård eller boende när pat åker hem</p> <p>- Ordna med sårvård om det inte redan är gjort</p> <p>- Vilka papper behöver patienten med sig hem?</p> <p>- Behöver man vänta på anhörig innan</p>

Bilaga 4
17 (1)
Klinisk vårdkedja

	<p>kontroller av diab pat</p> <p>-Kepidkontroll x1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sedation ▪ Motorik ▪ VAS <p>-ABI eller dopplerlyssning enl. Ordination</p> <p>-</p> <p>Medicinadministration</p> <p>-Assistans med lägesändringar, mobilisering</p> <p>-Assistans med mat</p> <p>-Information åt anhöriga som ringer</p> <p>-Psyiskt stöd åt patienterna</p> <p>-Dokumentation i ESKO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Räknar vätskebalansen ▪ nattpersonalen öppnar ny vård dag <p>-Santsibeställning till</p>	<p>-Dokumentation i ESKO</p>	<p>-Tyst rapport + bedside rapportering till kvällspersonal</p> <p>-Assistans och mobilisering vid måltider och ex. wc-besök</p> <p>-Dokumentation i ESKO</p>	<p>hem?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Finns hjälp hemma? Ring anhörig, informera om planerna ▪ Sårvård? Om iskemiska sår behövs tid för sårvård till HVC, ring och boka. ▪ Ring patientens boende om hen inte bor hemma. ▪ HVC? Börja kontrollera om det finns plats på bäddavd ▪ Ge checklista åt patienten så hen kan engagera sig i hemfarandet 	<p>man går igenom patienten?</p> <p>-Om anhörig inte har möjlighet att komma till sjukhuset, behövs ett telefonsamtal för att förklara hemvårdsföreskrifterna? Obs pat med minnesstörningar</p> <p>-Gå igenom informationen med patienten på ett lugnt ställe.</p> <p>-Försäkra att patienten har förstått allting</p> <p>-Be patient eller anhöriga spegla upp det som sagts</p> <p>-Dokumentation</p> <p>-<printa och skicka med HOI-HOI om pat åker till annan vårdinstans</p>
--	--	------------------------------	---	--	--

Bilaga 4
18 (1)
Klinisk vårdkedja

	följande dag				
Fysioterape ut		-Besöker patienten -Visar olika gymnastikrörelser för att förbättra mobiliseringen. Kontrollerar hur pat klarar av att stiga upp, promenera etc. -Evaluerar behov av hjälpmedel -Kartlägger hemsituationen -Skriftlig och muntlig information	Besök + mobilisering	Besök + mobilisering	-Besök + mobilisering
Läkare		Rond: - sår - medicinering - ABI - Lab - Diskuterar operationen - Dokumenterar i vårdplanen	Rond: - sår - medicinering - ABI - Lab - Dokumenterar i vårdplanen	Rond: - sår - medicinering - ABI - Lab - Börja förbereda för hemförloving, gör upp en exaktare plan för hemfärd, när abi + DD? - Dokumenterar i vårdplanen	Rond: - Sår - Medicinering <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uppdatera medicinlista ▪ Skriv recepten klart ▪ Kontroller ▪ Patient infomation - Dokumentation i vårdplanen Diktera epikris
sekreterare	Skriver in patient i Oberon	Kontrollerar läkarordinationer Beställer lab enl ordination	Kontrollerar läkarordinationer Beställer lab enl ordination	- Kontrollerar läkarordinationer - Beställer lab enl ordination	- Kontrollera att pat fått med sig kontrolltid från pkl - Utskrivning av patienten - Skriv diktering och skicka

Bilaga 4
19 (1)
Klinisk vårdkedja

				- Kontrollera om postop abi + DD kontroll finns bokad, boka annars in den till vhoit	texten - Boka tider om något fattas
--	--	--	--	--	--

Informationsbrev

Jag studerar på Högre YH vid yrkeshögskolan Novia och håller för tillfället på att göra mitt examensarbete på Vasa Centralsjukhus. Rubriken på mitt slutarbete är Lean av den elektiva nedre-extremitets-ASO patientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus. Jag kommer inom kort att dela ut en enkät till alla avdelningar där elektiva nedre-extremitets-ASO patienter vårdas. Jag hoppas att alla som vårdar patienter inom denna patientgrupp skall svara på enkäten, såväl vårdpersonal som läkare.

Undersökningsgruppen är anonym och all information kommer att behandlas konfidentiellt. Deltagandet är frivilligt men jag önskar att de utvalda informanterna svarar på enkäten för att resultatet i min studie skall bli tillförlitligt.

Jag ber nu Er avdelningsskötare att bedöma hur många i avdelningspersonalen som vårdar dessa patienter, så att jag vet ungefär hur många enkäter jag skall hämta till avdelningen och för att jag skall ha möjlighet att senare bedöma svarsprocenten. Jag önskar även att Ni kunde sända åt mig avdelningens riktlinjer för vården av nedre-extremitets-ASO-patienten. Endast genom dem kan jag kartlägga hur vårdkedjan ser ut i dagsläge och få en bild av patientens vård på vårt sjukhus. På detta sätt kan jag från svaren från enkätundersökningen bedöma hur man kunde ändra vårdkedjan så att patientens väg genom vårdkedjan skulle bli smidigare.

Vid eventuella frågor ber vi Dig kontakta mig eller min handledande lärare.

Tack på förhand

Med vänliga hälsningar

Fredrika Ingves

xxx-xxxxxxx

fredrika.ingves@vshp.fi

Handledande lärare:

Lisen Kullas-Nyman

xx-xxxxxx

Informaatiokirje

Minä opiskelen korkeampaa ammattikoulua Yrkeshögskolan Noviassa ja olen nyt tekemässä opinnäytetyötä Vaasan keskussairaalassa. Opinnäytetyöni aihe on elektiivisen alaraaja-ASO potilaan hoitopolun leanaaminen Vaasan Keskussairaalassa. Tulen lähiainkoina jakamaan, kaikille osastoille jotka hoitavat elektiivisiä alaraaja-ASO potilaita, kyselykaavakkeen. Toivon teidän osastolta kaikkien jotka työkseen hoitavat tätä potilasryhmää vastaavan kyselykaavakkeeseen, niin hoitohenkilökunta kuin lääkäritkin.

Tutkimusryhmä on anonyymi ja kaikki informaatio käsitellään luottamuksellisesti. Osallistuminen on vapaaehtoista mutta toivon että vastausryhmä vastaisivat kyselyyn jotta tutkimuksestani tulee luotettava.

Toivoisin nyt Teidän osastonhoitajien arvioivan kuinka moni työyksikössänne tekevät työtä alaraaja-ASO potilaiden kanssa, jotta tiedän montako kaavaketta teille toimitan ja jotta pystyn arvioimaan vastausprosenttia. Toivoisin myös Teidän lähettävän minulle osastonne toimintaohjeet koskien alaraaja-ASO-potilasryhmää. Vain tällä tavalla pystyn kartoittamaan hoitopolun nykyistä kulkua ja saan oikean kuvan potilaan hoidosta meidän sairaalassamme. Näin pystyn kyselykaavakkeen vastausten perusteella arvioimaan miten hoitopolkua voitaisiin muuttaa jotta potilaan kulku hoitopolun läpi helpottuu.

Mahdollisissa kysymyksissä pyydämme Sinua ottamaan yhteyttä joko minuun tai minua ohjaavaan opettajaan.

Kiitos etukäteen

Ystävällisin terveisin

Fredrika Ingves

xxx-xxxxxxx

fredrika.ingves@vshp.fi

Ohjaava opettaja:

Lisen Kullas-Nyman

xx-xxxxxxx

Bästa avdelningsskötare,

Ni fick för en tid sedan information om studien angående Lean av nedreextremitets-ASO-patientens vårdkedja som jag håller på att göra på Vasa Centralsjukhus. Nu är enkäten klar och jag skickar den med detta mail åt Er.

Vänligen vidarebefordra denna enkät åt **alla arbetstagare** på Er avdelning **som sköter nedreextremitets-ASO-patienter, även åt läkare**. Vänligen meddela mig till hur många informanter Ni vidarebefordrade enkäten, så att jag har möjlighet att beräkna svarsprocenten för enkäten.

Ni som inte ännu har sänt mig avdelningens riktlinjer för vården av nedre-extremitets-ASO-patienten, ber jag nu igen att snarast möjligen sända dessa. Endast genom dem kan jag kartlägga hur vårdkedjan ser ut i dagsläge och få en bild av patientens vård på vårt sjukhus och därefter utifrån svaren jag får på enkäten, utveckla vården inom denna patientkategori.

Med vänliga hälsningar

Fredrika Ingves

Hyvä osastonhoitaja,

Saitte jonkun aikaa sitten informaatiota tekemästäni tutkimuksesta, joka käsittelee alaraaja-ASO-potilaiden hoitoketjun leanaamista Vaasan keskussairaalassa. Nyt kysely on valmis ja lähetän sen tässä sähköpostissa teille.

Ystävällisesti lähettäkää kysely **kaikille työntekijöille jotka** osastollanne **hoitavat alaraaja-ASO-potilaita, myös lääkäreille**. Ystävällisesti ilmoittakaa minulle kuinka monelle olette tämän kyselyn lähettäneet, niin minulla on mahdollista laskea vastausprosenttia.

Te jotka ette ole vielä lähettäneet minulle osastonne toimintaohjeet koskien alaraaja-ASO-potilasryhmää, voisitteko ystävällisesti lähettää ne minulle? Vain tällä tavalla pystyn kartoittamaan hoitopolun nykyistä kulkua ja saan oikean kuvan potilaan hoidosta meidän sairaalassamme. Näin pystyn kyselykaavakkeen vastausten perusteella arvioimaan miten hotiopolkua voitaisiin muuttaa jotta potilaan kulku hoitopolun läpi helpottuu.

Ystävällisin terveisin

Fredrika Ingves

Följebrev till enkäten

Bästa informant

Jag håller på att slutföra mina studier i Avancerad klinisk vård på högre yrkeshögskolan vid yrkeshögskolan Novia.

I mitt examensarbete vill jag kartlägga hur den nuvarande vården av nedre-extremitets-ASO-patienterna fungerar och utifrån detta göra Lean och utforma en förhoppningsvis förbättrad vårdkedja för nedre-extremitets-ASO-patienter på Vasa Centralsjukhus.

Syftet med undersökningen är att kartlägga såväl problem som möjligheter med den nuvarande vårdkedjan för nedre-extremitets-ASO-patienter på Vasa Centralsjukhus. Detta för att förbättra vårdkedjan och för att minska väntetiderna och för att förbättra patientens flyt genom kedjan.

För att göra kartläggningen av hur den nuvarande vårdkedjan fungerar vänder jag mig nu till Dig med denna enkät. Denna enkät riktas till all vårdpersonal, läkare och skötare, som vårdar nedre-extremitets-ASOpatienter.

Ditt svar är ytterst viktigt för att kunna göra rätt bedömning över hur dagsläget ser ut, vad som fungerar bra och vad som behöver förändras. Detta är viktigt för att jag skall kunna göra Lean så bra som möjligt och åstadkomma en ny, förbättrad vårdkedja som tjänar såväl vården som patienten.

Tyvärr kan vissa automatiska formuleringar i enkäten variera mellan svenska och finska. Detta beroende på vilka språkinställningar som är valda i den dator som du använder för att svara på enkäten med.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och alla svar behandlas konfidentiellt. Jag önskar få ditt svar så fort som möjligt, dock senast 31.1.2017.

Hyvä vastaaja

Olen parhaillaan päättämässä opintojani Kliinisessä hoitotyössä, joka kuuluu ylempiin ammattikorkeakoulu-opintoihin yrkeshögskolan Noviassa.

Lopputyössäni haluan kartoittaa alaraaja-ASO-potilaiden hoidon toimivuutta tällä hetkellä ja Leanauksen avulla muodostaa toivottavasti entistä paremmin toimivan hoitoketjun alaraaja-ASO-potilaille Vaasan Keskussairaalassa.

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa alaraaja-ASO-potilaiden nykyisen hoitoketjun ongelmakohdat ja mahdollisuudet Vaasan Keskussairaalassa. Tarkoituksena kehittää hoitoketjua, lyhentää odotusaikoja ja helpottaa potilaan kulkua hoitoketjun läpi.

Tehdäkseni tämän kartoituksen käännyn nyt Sinun puoleesi tällä kyselylomakkeella. Kysely suunnataan kaikille alaraaja-ASO-potilaita hoitaville lääkäreille ja hoitajille.

Vastauksesi on erittäin tärkeä, jotta voin tehdä oikeat päätelmät siitä miltä nykytilanne näyttää, mikä toimii hyvin ja mikä tarvitsee muutosta. Tämä on tärkeätä jotta voin tehdä Leanauksen mahdollisimman hyvin ja saada lopputuloksena uuden parannellun hoitoketjun joka palvelee sekä hoitoalaa että potilasta.

Valitettavasti kyselyssä muutama automaattinen sanavalinta voi vaihdella suomen ja ruotsin kielen välillä. Tämä johtuu kieliasetuksista siinä tietokoneella, jota käytät kyselyn vastaamiseen.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Toivon saavani vastauksesi mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 31.1.2017.

Tack på förhand för samarbetet!
Kiitän etukäteen yhteistyöstä!

Fredrika Ingves
Kirurgiska polikliniken/Kirurgian poliklinikka
Vasa Centralsjukhus/Vaasan Keskussairaala
Tel. Xxx-xxxxxxx
fredrika.ingves@vshp.fi

Enkät för dem som arbetar med nedre-extremitets-ASO-patienten. Kysely niille jotka työskentelevät alaraaja-ASO-potilaiden parissa.

Vänligen börja med att välja på vilket språk Du vill svara på enkäten och tryck sedan "NÄSTA"

Ystävällisesti aloita valitsemalla millä kielellä haluat vastata kyselyyn ja paina sen jälkeen "SEURAAVA"

1. **Språk/Kieli**

Mark only one oval.

- ☐ Svenska Skip to question 2.
- ☐ Suomi Skip to question 41.

Kartläggning av den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus (VCS)

Med vårdkedja avser man i denna studie patientens hela vårdkontakt med sjukhuset vad gäller nedre-extremitets-ASO sjukdomen, allt från inkommen remiss till vårdens avslutande. (elektiv=planerad, ASO=ateriosklerosis obeliterans, åderförkalkning)

2. **Alder**

Mark only one oval.

- ☐ 20-29 år
- ☐ 30-39 år
- ☐ 40-49 år
- ☐ 50-59 år
- ☐ över 60 år

3. **Utbildningsnivå**

Tick all that apply.

- ☐ Sjukskötare
- ☐ Röntgenskötare
- ☐ Fysioterapeut
- ☐ Läkare; ange Ditt specialområde nedan i punkten för "övrigt"
- ☐ Annat; ange vad nedan i punkten för "övrigt"
- ☐ Other: _____

4. **Eventuell fortbildning inom kärlkirurgi och omfattningen av dessa**

5. **Total arbetserfarenhet inom vården/medicinen**

Mark only one oval.

- ☐ under 1 år
☐ 1-2 år
☐ 3-4 år
☐ 5-9 år
☐ över 10 år

6. **Arbetserfarenhet inom kärlkirurgi**

Mark only one oval.

- ☐ under 1 år
☐ 1-2 år
☐ 3-4 år
☐ 5-9 år
☐ över 10 år

7. **Arbetspunkt inom VCS**

Mark only one oval.

- ☐ Kirurgiska polikliniken
☐ Vårdavdelning A3
☐ Röntgen
☐ Preoperativa polikliniken
☐ Fysiatriska polikliniken
☐ Operationsavdelningen

8. **Hur bekant anser du dig vara med den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens hela vårdkedja på VCS?**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Främmande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bekant

9.

Hur bra anser du dig känna till de andra avdelningarnas vårdprocess för den elektiva nedre-extremitets-ASO-patienten?

med vårdprocess avses här en avdelnings hela vårdkontakt med patienten och allt som hör där till

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dåligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

PERSONALPERSPEKTIV

på nuvarande vårdkedja

10.

Remisskvalitet på inkommande remisser

(frågan besvaras av läkare)

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

11.

Väntetid från remiss till inledande av vård

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Lång	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kort

12.

Väntetid från första patientkontakt till vidare undersökningar eller åtgärd

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Lång	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kort

13.

Kommunikationen mellan olika avdelningar

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

14. **Bemötande vid kontakt till andra avdelningar**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dåligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

15. **Tillgång till föreskrifter för den nuvarande vårdkedjan**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

16. **Tillgång till åtgärds- och sjukdomsspecifika personalföreskrifter från de andra avdelningarna**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

17. **Tillgång till åtgärds- och sjukdomsspecifika personalföreskrifter från din egen avdelning**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

18. **Tillgång till åtgärds- och sjukdomsspecifika patientföreskrifter från de andra avdelningarna**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

19. **Tillgång till åtgärds- och sjukdomsspecifika patientföreskrifter från din egen avdelning**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

20.

Arbetsfördelning mellan de olika avdelningarna

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

21.

Samarbete mellan de olika avdelningarna

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dåligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

22.

Tid för muntlig genomgång av skriftlig patientinformation tillsammans med patienten

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Knappt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tillräckligt

23.

Tid för patienthandledning

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Knappt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tillräckligt

24.

Tid för handledning av anhöriga

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Knappt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tillräckligt

25.

Skolning inom kärlikirurgi på VCS

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
För lite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tillräckligt

26.

Vårdkvalitet

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

27.

Patientsäkerhet

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dålig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

28.

Total vårdtid

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Lång	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kort

29.

Övrigt som du vill framföra om nuvarande vårdkedja ur personalens synvinkel?

30.

Genom vilka åtgärder kunde man enligt dig förbättra den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja vid VCS, sett från personalens synvinkel?

PATIENTPERSPEKTIV

på nuvarande vårdkedja enligt personalen

31. **Tillgång till åtgärds- och sjukdomsspecifik patientinformation i pappersform**
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Svårtillgänglig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lättillgänglig

32. **Tillgång till åtgärds- och sjukdomsspecifik patientinformation i elektronisk form**
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Svårtillgänglig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lättillgänglig

33. **Möjlighet till kontakt med personalen under väntetiden eller vid problemsituationer**
Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Dåligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bra

34. **Finns det några andra saker som du tycker fungerar speciellt bra i den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja på VCS, sett från patientens synvinkel? Vilka?**

35. **Finns det några andra saker som du tycker fungerar mindre bra i den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja på VCS, sett från patientens synvinkel? Vilka?**

36. Övrigt som du vill framföra om nuvarande vårdkedja ur patientens synvinkel?

37. Genom vilka åtgärder kunde man enligt dig förbättra den elektiva nedre-extremitets-ASO-patientens vårdkedja vid VCS, sett från patientens synvinkel?

ALLMÄNT

om vårdkedjan

38. På vilka sätt kunde man enligt dig upprätthålla eller förbättra samarbetet mellan de olika avdelningar som sköter elektiva nedre-extremitets-ASO-patienter?

39. Hur kunde man göra vårdkedjan smidigare, så att den bättre skulle betjäna både patienterna och personalen?

40.

Någonting övrigt du vill tillägga?

Ett stort TACK för ditt svar!

Stop filling out this form.

Elektiivisen alaraaja-ASO-potilaan hoitoketjun kartoitus Vaasan Keskussairaalassa (VKS)

Hoitoketjulla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaan koko hoitosuhdetta sairaalaan alaraaja-ASO-tautiin liittyen. (elektiivinen=suunniteltu, ASO=aterosklerosis obeliterans, valtimokovettumatauti)

41.

Ikä

Mark only one oval.

- ☐ 20-29 vuotta
- ☐ 30-39 vuotta
- ☐ 40-49 vuotta
- ☐ 50-59 vuotta
- ☐ yli 60 vuotta

42.

Koulutustaso

Tick all that apply.

- ☐ Sairaanhoitaja
- ☐ Röntgenhoitaja
- ☐ Fysioterapeutti
- ☐ Lääkäri; ilmoita erikoisalasi alla, kohdassa "muu"
- ☐ Muu koulutustaso; ilmoita mikä alla, kohdassa "muu"
- ☐ Other: _____

43.

Mahdollinen jatkokoulutus verisuonikirurgiassa ja niiden laajuus

44.

Kokonaistyökokemus hoitoalalta/lääketieteestä

Mark only one oval.

- ☐ alle 1 vuosi
- ☐ 1-2 vuotta
- ☐ 3-4 vuotta
- ☐ 5-9 vuotta
- ☐ yli 10 vuotta

45.

Työkokemus verisuonikirurgiasta

Mark only one oval.

- ☐ alle 1 vuosi
- ☐ 1-2 vuotta
- ☐ 3-4 vuotta
- ☐ 5-9 vuotta
- ☐ yli 10 vuotta

46.

Työpaikka VKS:ssa

Mark only one oval.

- ☐ Kirurgian poliklinikka
- ☐ Vuodeosasto A3
- ☐ Röntgen
- ☐ Preoperatiivinen poliklinikka
- ☐ Fysiatrian poliklinikka
- ☐ Leikkausosasto

47.

Kuinka tutuksi koet koko VKS:n elekttiivisen alaraaja-ASO-potilaan hoitoketjun olevan sinulle?

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5
Vieras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuttu					

48.

Kuinka hyvin koet tuntevasi muiden osastojen hoitoprosessia elekttiiviseen alaraaja-ASO-potilaaseen liittyen?

Hoitoprosessilla tarkoitetaan tässä osaston koko hoitosuhdetta potilaaseen ja kaikki siihen liittyen

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huonosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvin

HENKILÖSTÖNÄKÖKULMA

nykyiseen hoitoketjuun

49.

Lähetelaatu saapuvissa läheteissä

(kysymys tarkoitettu lääkäreille)

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

50.

Odotusaika läheteestä hoidon aloitukseen

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Pitkä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lyhyt

51.

Odotusaika ensimmäisestä potilaskontaktista jatkotutkimuksiin tai toimenpiteeseen

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Pitkä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lyhyt

52.

Kommunikaatio eri osastojen välillä

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

53. **Kohtelu ollessasi yhteydessä muihin osastoihin**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

54. **Nykyistä hoitoketjua koskevien ohjeiden saatavuus**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

55. **Sairaus- ja toimenpidekohtaisten henkilökuntaohjeiden saatavuus muilta osastoilta**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

56. **Sairaus- ja toimenpidekohtaisten henkilökuntaohjeiden saatavuus omalta osastoltasi**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

57. **Sairaus- ja toimenpidekohtaisten potilasohjeiden saatavuus muilta osastoilta**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

58. **Sairaus- ja toimenpidekohtaisten potilasohjeiden saatavuus omalta osastoltasi**

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

59.

Työnjako eri osastojen välillä

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

60.

Yhteistyö eri osastojen välillä

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

61.

Alkaa käydä suullisesti läpi kirjallisia ohjeita potilaan kanssa

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Vähän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paljon

62.

Alkaa potilaan ohjaamiseen

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Vähän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paljon

63.

Alkaa omaisten ohjaamiseen

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Vähän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paljon

64.

Koulutusten määrä verisuonikirurgiaan liittyen VKS:ssa

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Liian vähäinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riittävä

65.

Hoidon laatu

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

66.

Potilasturvallisuus

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

67.

Holtoaika kokonaisuudessa

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Pitkä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lyhyt

68.

Muuta mitä haluaisit tuoda esille henkilökunnan näkökulmasta nykyisestä hoitoketjusta?

69.

Millä toimenpiteillä voitaisiin mielestäsi parantaa elektivisen alaraaja-ASO-potilaan hoitoketjua VKS:ssa, henkilökunnan näkökulmasta katsottuna?

POTILASNÄKÖKULMA

nykyiseen hoitoketjuun henkilökunnan mielestä

70.

Sairaus- ja toimenpidekohtaisten potilasohjeiden saatavuus paperisina

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Vaikeasti saatavilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helposti saatavilla

71.

Sairaus- ja toimenpidekohtaisten potilasohjeiden saatavuus elektronisesti

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Vaikeasti saatavilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Helposti saatavilla

72.

Mahdollisuus yhteydenottoon henkilökuntaan odotusaikana tai ongelmatilanteissa

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	
Huono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyvä

73.

Onko muita asioita jotka mielestäsi toimivat erityisen hyvin elektivisen alaraaja-ASO-potilaan hoitoketjussa, potilaan näkökulmasta katsottuna? Mitkä?

74.

Onko muita asioita jotka mielestäsi toimivat vähemmän hyvin elektivisen alaraaja-ASO-potilaan hoitoketjussa, potilaan näkökulmasta katsottuna? Mitkä?

75.

Muuta mitä haluaisit tuoda esille nykyisestä hoitoketjusta, potilaan näkökulmasta katsottuna?

76.

Millä toimenpiteillä voitaisiin mielestäsi parantaa elekttiivisen alaraaja-ASO-potilaan hoitoketjua VKS:ssa, potilaan näkökulmasta katsottuna?

YLEISTÄ

hoitoketjusta

77.

Miten mielestäsi voisi ylläpitää tai parantaa yhteistyötä niiden osastojen välillä jotka hoitavat elekttiivisiä alaraaja-ASO-potilaita?

78.

Miten hoitoketjusta voisi tehdä sujuvamman, niin että se paremmin palvelisi sekä potilaita että henkilökuntaa?

79.

Muuta lisättävää?

Iso KIITOS vastauksestasi!

Powered by



Google Forms

Ansökning om tillstånd för examensarbeten 1(3)

13 / 4 2016
Datum för när ansökningen ifyllts

Handläggningen av ansökningen har beskrivits i följande administrativa anvisning: Vasa sjukvårdsdistrikts anvisning angående yrkeshögskolornas lärdomsprov som utförs i Vasa sjukvårdsdistrikt. Ansökningen ska även föras med forskningsplanen, de blanketter som kommer att användas vid materialinsamling och följbrevet (vid en empirisk undersökning) eller arbetsplanen (vid ett praktiskt lärdomsprov).

Studerande	
Namn Fredrika Ingves	Namn
Adress, telefonnummer och e-postadress S... .. , fredrika.ingves@vshp.fi	Adress, telefonnummer och e-postadress
Studieplats	
<input checked="" type="checkbox"/> NOVIA <input type="checkbox"/> VAMK <input type="checkbox"/> annan yrkeshögskola	
Utbildningsprogram: Högre YH, Avancerad klinisk vård	



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala

2(3)

Examensarbete

Namn på examensarbetet Lean av elektiva ASOpatientens vårdkedja på Vasa Centralsjukhus

Kort beskrivning av examensarbetet

Empirisk undersökning: syftet, storleken på målgruppen och hur målgruppen har valts, när och hur materialet ska insamlas, analysmetod(er) samt tidtabell för examensarbetet och när examensarbetet beräknas vara färdigt.

Praktiskt examensarbete: syftet, beskrivning av metoderna för hur projektet ska genomföras, tidtabell för examensarbetet och när examensarbetet beräknas vara färdigt.

Arbetet är examensarbetet i den på magistersgrad utförda studierna inom Avancerad klinisk vård på Yrkeshögskolan Novia. Arbetet är ett beställningsarbete från avd. A3 och målgruppen är som titeln säger de elektiva ASOpatienterna men informanterna kommer att vara vårdpersonalen.

Materialet insamlas genom enkätundersökning och intervjuer, som riktas till vårdpersonal. Närmare beskrivet om undersökningen, bland annat tidtabell, finns att läsa i min forskningsplan.

Handledare för examensarbetet

Namn

Lisen Kullas-Nyman

Telefonnummer, e-postadress

lisen.kullas-nyman@novia.fi, tel.

+358 (0) 11 177 3333

☒ gemensamt överenskommit med den studerande och handledaren

14 / 1 2016

Namn

Telefonnummer, e-postadress

☐ gemensamt överenskommit med den studerande och handledaren

/ 20

Kontaktperson på Vasa centralsjukhus

Namn Bodil Mäki

Enhet 3204

Telefonnummer, e-postadress 06-213 1670, bodil.maki@vshp.fi

Beslut

- ☒ Tillstånd för examensarbetet beviljas enligt anhållan
- ☐ Tillstånd för examensarbetet beviljas inte
- ☐ Ansökan för godkännande av examensarbetet kräver:
- ☒ Vasa centralsjukhus namn får användas i examensarbetet
- ☐ Vasa centralsjukhus namn får inte användas i examensarbetet

Beslutsfattare

§ 6

18 / 4 20 16
Datum

Underskrift och tjänstställning

KOSTI HYVÄRINEN YLIMOTAKA
Förtydligande av namnet**BILAGOR****X** Forskningsplan med bilagor (bl.a. följebrev till enkäten) 11 sidor (totalt sidantal).