

# **Ditt arbete, mitt arbete och vårt samarbete**

En kvalitativ studie om teamarbete inom Soite

Jenny Pettersson

Examensarbete för högre YH-examen inom social- och hälsovård

Sjukskötare (högre yh)

Vasa 2022

## EXAMENSARBETE

Författare: Jenny Pettersson

Utbildning och ort: Högre yrkeshögskoleexamen, Vasa

Inriktning: Avancerad Klinisk Vård

Handledare: Ann-Louise Glasberg och Oskar Hagström

Titel: Ditt arbete, mitt arbete och vårt samarbete. En kvalitativ studie om teamarbete inom Soite

---

Datum: 30.5.2022

Sidantal: 47

Bilagor: 2

---

### Abstrakt

Syftet med examensarbete var att undersöka hur samarbetet mellan Jourhjälp 116 117, samjouren och förstavården fungerar idag och vad man kan göra för att förbättra patientflödet och minska patienternas väntetid på jöuren. I studien användes ett kvalitativt forskningsperspektiv innefattande intervjuer och en kvalitativ innehållsanalys samt en kvantitativ sammanställning av statistik som styrker den kvalitativa delen av studien.

I den kvalitativa delen gjordes sex semistrukturerade intervjuer, med personal på Jourhjälp 116 117, Samjouren och Första vården. Av de intervjuade var en läkare, två i chefsposition och tre sjukskötare, tre av dessa var kvinnor och tre var män. Utgående från denna gjordes en kvalitativ innehållsanalys där svaren delades in i tre kategorier.

Analysen av intervju svaren resulterade i tre huvudkategorier bestående av kommunikation, patientcentrerad vård och resurseffektivitet. Kvantitativa data presenterades som stöd till den kvalitativa analysen.

Utifrån de tre huvudkategorierna (kommunikation, personcentrerad vård och resurseffektivitet) kunde man konstatera att kommunikationen är grunden till både personcentrerad vård och resurseffektivitet. En utveckling och förbättring av dessa tre kategorier bör göras för att minska patientflödet och väntetiderna för patienterna skall kortas av.

Examensarbetet visade på vikten av att utveckla en bra kommunikation mellan de olika enheterna. Förbättringen av detta är något som man bör ta vidare i kommande analyser av hur vården är strukturerad.

---

Språk: svenska

Nyckelord: samarbete, Lean, patientbelastning, samjour, jourhjälp 116 117

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jenny Pettersson

Koulutus ja paikkakunta: Ylempi ammattikorkeakoulu, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kliininen hoitotyö

Ohjaaja(t): Ann-Louise Glasberg ja Oskar Hagström

Nimike: Sinun työsi, minun työni ja yhteistyömme. Laadullinen tutkimus tiimityöstä Soitessa

---

Päivämäärä 30.5.2022 Sivumäärä 47

Liitteet 2

---

### Tiivistelmä

Tutkintohankkeen tarkoituksena oli selvittää, miten Päivystysavun 116 117, yhteispäivystyksen ja ensihoidon yhteistyö toimii tällä hetkellä ja miten voidaan parantaa potilasvirtaa ja lyhentää potilaiden päivystysaikaa. Tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusnäkökulmaa, mukaan lukien haastattelut ja laadullinen sisältöanalyysi. Tutkimukseen kuuluu myös määrällinen yhteenveto statistikasta, joka tukee laadullista osaa.

Laadullisessa osassa tehtiin kuusi puolistrukturoitua haastattelua, jossa oli henkilökuntaa Päivystysavusta, Yhteispäivystyksestä ja ensihoidosta. Haastatelluista yksi oli lääkäri, kaksi johtotehtävissä ja kolme sairaanhoitajaa, joista kolme oli naisia ja kolme miehiä. Tämän perusteella tehtiin laadullinen sisältöanalyysi, jossa vastaukset jaettiin kolmeen luokkaan.

Haastatteluvastausten analyysi johti kolmeen pääluokkaan, jotka koostuivat viestinnästä, potilaskeskeisestä hoidosta ja resurssitehokkuudesta. Kvantitatiiviset tiedot esitettiin kvalitatiivisen analyysin tueksi.

Kolmen pääluokan (viestintä, henkilökeskeinen hoito ja resurssitehokkuus) perusteella todettiin, että viestintä on perusta sekä henkilökeskeiselle hoidolle että resurssitehokkuudelle. Näitä kolmea luokkaa olisi kehitettävä ja parannettava niiden vähentämiseksi potilasvirtaa ja potilaiden odotusaikojen lyhentämiseksi.

Opinnäytetyö osoitti, että on tärkeää kehittää hyvää viestintää eri yksiköiden välillä. Tämän parantamista olisi vietävä eteenpäin tulevissa analyyseissä jossa tarkastellaan miten organisaatio on rakennettu.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Yhteistyö, Lean, Päivystysapu 116 117, Yhteispäivystys, Ensihoito

## MASTER'S THESIS

Author: Jenny Pettersson

Degree Programme: Masters Programme

Specialisation: Advanced Clinical Nursing

Supervisor(s): Ann-Louise Glasberg and Oskar Hagström

Title: Your work, my work, and our cooperation. A qualitative study of teamwork within Soite

---

Date 30.5.2022 Number of pages 47

Appendices 2

---

### Abstract

The purpose of the degree project was to investigate how collaboration between Emergency support 116 117, the emergency services and ambulance services works today and what can be done to improve patient flow and reduce patients' waiting time on call. The study used a qualitative research perspective including interviews and a qualitative content analysis, as well as a quantitative compilation of statistics that prove the qualitative part of the study.

In the qualitative part, six semi-structured interviews were conducted, with staff at Emergency support 116 117, emergency services and ambulance service. Of those interviewed, one was a physician, two in a managerial position and three were nurses, three of these were women and three were men. Based on this, a qualitative content analysis was carried out in which the answers were divided into three categories.

The analysis of the interview responses resulted in three main categories consisting of communication, patient-centered care, and resource efficiency. The quantitative data was presented to support the qualitative analysis.

Based on the three main categories (communication, person-centered care, and resource efficiency), it was found that communication is the basis for both person-centered care and resource efficiency. A development and improvement of these three categories should be made in order to reduce patient flow and shorten waiting times for patients.

The thesis showed the importance of developing good communication between the different units. The improvement of this is something that should be taken forward in future analyses of how care is structured.

---

Language: Swedish

Key words: Cooperation, communication, Lean, emergency support.

## Innehållsförteckning

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Inledning .....                              | 1  |
| 2     | Syfte och problemformulering .....           | 2  |
| 3     | Bakgrund.....                                | 2  |
| 3.1   | Hälso- och sjukvårdssystemet i Finland ..... | 2  |
| 3.2   | Soite .....                                  | 4  |
| 3.2.1 | Soite samjour .....                          | 5  |
| 3.2.2 | Soite förstavårdscentral .....               | 6  |
| 3.2.3 | Jourhjälp 116 117 .....                      | 7  |
| 3.3   | Lean.....                                    | 9  |
| 3.3.1 | Fokus och koncept inom Lean .....            | 10 |
| 3.3.2 | Lean inom hälso- och sjukvård .....          | 13 |
| 3.4   | Samarbete.....                               | 15 |
| 3.5   | Vårdbedömning .....                          | 16 |
| 4     | Metod .....                                  | 17 |
| 4.1   | Datainsamlingsmetod .....                    | 17 |
| 4.2   | Semistrukturerad intervju.....               | 18 |
| 4.3   | Urval.....                                   | 19 |
| 4.4   | Etiskt övervägande.....                      | 19 |
| 4.5   | Kvalitativ innehållsanalys.....              | 20 |
| 4.6   | Kvantitativ analys.....                      | 21 |
| 5     | Resultat.....                                | 22 |
| 5.1   | Kvantitativt resultat .....                  | 22 |
| 5.2   | Kvalitativt resultat.....                    | 25 |
| 5.2.1 | Kommunikation .....                          | 26 |
| 5.2.2 | Personcentrerad vård .....                   | 27 |
| 5.2.3 | Resurseffektivitet .....                     | 28 |
| 6     | Diskussion .....                             | 30 |
| 6.1   | Resultatdiskussion .....                     | 30 |
| 6.2   | Kritisk granskning.....                      | 34 |
|       | Källförteckning.....                         | 36 |
|       | Figurförteckning                             |    |
|       | Bilagor                                      |    |

## 1 Inledning

Behovet att förändra hälso- och sjukvården har aldrig varit så tydlig som den är idag. Befolkningens livslängd blir bara äldre och behöver allt mera service. Sjukhus och andra hälsovårdsorganisationer måste tänka kreativt och söka nya vägar för att kunna leverera patientfokuserad och värdefull vård. (Kimsey, 2010, 53)

Samarbete mellan vårdpersonal är grundläggande när man vill skapa förutsättningar för en effektiv, säker och högkvalitativ vård för patienterna. Utvecklande av ett samarbete är en process där man förändrar individuella uppgifter till meningsfulla interprofessionella ansvarsområden. Ett välfungerande samarbete, i en arbetsgemenskap, skapas när man bryr sig om varandra och ser varje individ som en viktig del av helheten. (Wei, Corbett, Ray & Wei, 2020, 324 – 331)

Ett interprofessionellt teamarbete och samarbete är en viktig förutsättning för att man skall kunna förse individer och befolkning med en säker, högkvalitativ och tillgänglig vård. Samtidigt ger ett interprofessionellt samarbete mervärde även för vårdpersonal. Kunskap är till för att dela med sig och det finns alltid något man kan lära sig av någon annan eller lära ut till någon annan. Med kunskap om andras arbetsuppgifter, individuella kompetenser och med respekt för varandra och varandras yrkesroll, kan man arbeta tillsammans för att uppnå ett bra resultat. Både för det interprofessionella samarbetet och för patienterna (Ulrich, 2021, 109 - 114)

Denna undersökning är ett beställningsarbete av Mellersta Österbottens Sjukvårdsdistrikt (Soite). I början av 2021 tog man i bruk Jourhjälp 116117 och nu ville man undersöka om det hade påverkat patientbelastningen på samjouren och förstavården. Målet med detta examensarbete är att undersöka om ett resurseffektivt samarbete mellan Jourhjälp 116117, samjouren och förstavården kan förbättra patientflödet och minska patienternas väntetid på jouren. Denna studie kommer att använda ett kvalitativt forskningsperspektiv innefattande intervjuer och en kvalitativ innehållsanalys.

Studier har visat att implementeringen av Lean-principer i hälso- och sjukvården har förbättrat patientflödet. Detta genom att generera värde för samhället och ekonomin samt dessutom minska slösandet, så Lean-principen är teoretisk bakgrund i examensarbetet. (Souza et al. 2021, 764)

## 2 Syfte och problemformulering

Syftet med detta examensarbete är att undersöka hur samarbetet fungerar mellan Jourhjälp 116 117, samjouren och förstavården på Soite. Målet är att, få fram på vilket resurseffektivt sätt samarbetet bör utvecklas för att minska på patienttrycket på samjouren så att det är fördelaktigt för patienten, men så det samtidigt inte ökar på förstavårdens larmmängd och avlasta jouren. Samt att utifrån statistiken se om det finns skador och sjukdomsfall de olika enheterna kan samarbeta kring för att patienterna skall få den vård de behöver, från den instans som är rätt för dem, utgående från den vårdbedömning de fått när de ringt till Jourhjälp 116 117.

- På vilka sätt kan man utveckla samarbetet mellan Jourhjälp 116 117, samjouren och förstavården, så att det blir till en fördel för patienterna?

## 3 Bakgrund

Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt är ett av de mindre i Finland om man ser till patientunderlaget. Det gör att resurseffektivitet blir extra viktigt för att kunna erbjuda invånarna högkvalitativa hälso- och sjukvårdstjänster. Lean-principerna kan vara ett hjälpmedel för att utveckla samarbetet mellan Jouren, Jourhjälp 116 117 och förstavården. Genom ett gott samarbete kan man spara på resurserna, så att patienterna får den vårdbedömning och den vård de behöver.

### 3.1 Hälso- och sjukvårdssystemet i Finland

Alla människors rätt till social- och hälsovård är ett kännetecken för den finländska välfärdsmodellen. En systematisk utveckling av innehållet i hälso- och sjukvårdstjänsternas kvalitet och innehåll har pågått under de senaste årtiondena. Målet är ett samhälle som är hållbart och förutsättningen för detta är människorna får ett rättvist bemötande och att de får vara delaktiga och att deras gemenskapskänsla stärks. Man vill främja människors hälsa och funktionsförmåga genom att erbjuda alla, trygghet och service. För att man skall kunna uppnå ett hållbart samhälle måste man minska skillnaderna i medborgarnas hälsa och välfärd samt att man behöver förbättra situationen för dem som är mest utsatta. Fokuset

ligger på att stöda medborgarnas hälsa och funktionsförmåga samt förebygga sociala- och hälsorelaterade problem men även behandla sjukdomar för att kunna gynna välfärden. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013)

Enligt Finlands grundlag skall alla ha rätt till tillräckliga social-, hälso-, vårds- och sjukvårdstjänster. Hälsovårdstjänsterna delas in i primärvård och specialiserad sjukvård. Det är vid en hälsovårdscentral som kommuninvånarna får sina hälso- och sjukvårdstjänster. Där erbjuds det förebyggande hälsovård, rådgivningar och hälsoundersökningar. Sjukvård som innefattar undersökning av sjukdomar, ställa diagnoser och att ge den vård som behövs. Men även ge handledning och stärka patientens engagemang i vården och egenvården samt att hänvisa patienten till fortsatt vård. Med den specialiserade sjukvården menar man undersökningar, behandlingar och som hör till en viss specialitet. Den ges i de flesta fall på sjukhus. Det krävs alltid en läkarremiss till specialiserad sjukvård, förutom i brådskande och livshotande fall. Det är sjukvårdsdistrikten som har ansvar för den specialiserade sjukvården. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013)

Det är den kommunala social- och hälsovården, med stöd av staten, som ligger till grund för social- och hälsovårdssystemet. Det är sjukvårdsdistrikten som organiserar även förstavården, som för övrigt innefattas i den specialiserade vården, i Finland. Den finns till för patienter som insjuknat eller skadats plötsligt och är i behov av snabb transport till en vårdenhet. Brådskande vård i detta sammanhang betyder omedelbar bedömning och behandling av patienten, så att sjukdomen eller skadorna inte blir värre. Kommunen kan orda jourverksamhet antingen på egen hand eller i samarbete med andra kommuner. Dygnet runt jour, är oftast koncentrerad till sjukhusen inom sjukvårdsdistrikten. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013)

Det är sjukvårdsdistrikten som ansvarar för organiseringen av den specialiserade sjukvården. Sjukvårdsdistrikten organiserar och utvecklar den specialiserade sjukvården så att den tillsammans med premiärvården blir en fungerande helhet. Det finns 20 sjukvårdsdistrikt i Finland, Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt, är ett av dem. Sjukvårdsdistrikten hör i sin tur till miljondistrikten, som har bildats kring de fem universitetssjukhusen som finns i Finland. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013)

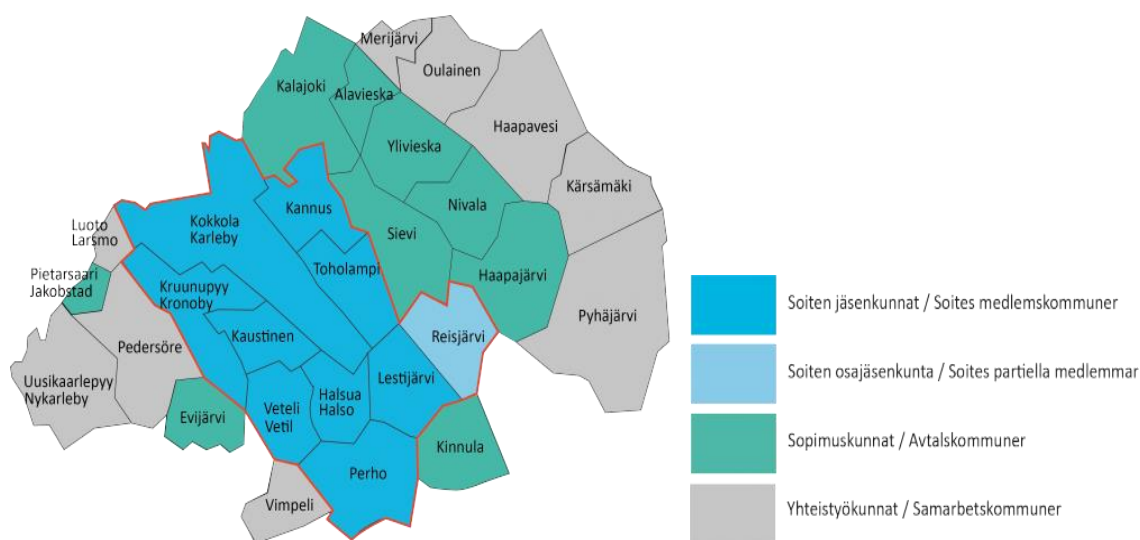


Kommunerna har ansvaret för att organisera social- och hälsovården. De kan göra det själva eller bilda samkommuner eller köpa tjänsten av en annan kommun eller organisation. Staten ger sedan sitt stöd genom att utbetala statsandelar till kommunerna. Dessa statsandelar bygger på invånarantalet i en kommun, åldersstruktur och sjukfrekvens. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013)

Privata företag och organisationer tillhandahåller också social- och hälsovårdstjänster. Systemet styrs av lagstiftningar, statsandelssystem, växelverkan och övervakning. Det är den kommunala social- och hälsovården, med stöd av staten, som ligger till grund för social- och hälsovårdssystemet. Det betyder att det är kommunernas ansvar att organisera vården inom kommunens gränser. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2013)

### **3.2 Soite**

Den 1.1.2017 inledde Soite (Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun) sin verksamhet. Samkommunen sammankopplar grund- och specialtjänster men även social- och hälsovårdstjänsterna. Det är tre organisationer som utgör grunden för Soite; Mellersta Österbottens samkommun för specialistsjukvård och grundservice Kiuru, Karleby social- och hälsovårdstjänster (även Kronoby) och Perho kommuns social- och hälsovårdstjänster. Inom Soite arbetar 3800 personer och största delen av dessa är läkare eller vårdpersonal. (Soite) "Individen i centrum" är samkommunen Soites motto, och den grundprincipen står i fokus när förnyandet av servicesystemet inom social- och hälsovården i Mellersta Österbotten genomförs. Målet är att det skall finnas ett klient- och patientorienterat system för service där murarna mellan tjänsterna inom social- och hälsovården och bas- och specialtjänsterna skall bli lägre. Man vill på Soite att servicekedjorna och sättet man producerar service ska bli lättare och smidigare att tillgå för invånarna i landskapet och i de omkringliggande kommunerna. Det finns tio medlemskommuner i samkommunen Soite. Befolkningsmängden är ca 78 000 personer, och nästan all den specialistsjukvård som invånarna behöver produceras av Mellersta Österbottens centralsjukhus, som också är det enda jourhavande sjukhuset för ungefär 200 000 invånare. (Soite, u.å., online)



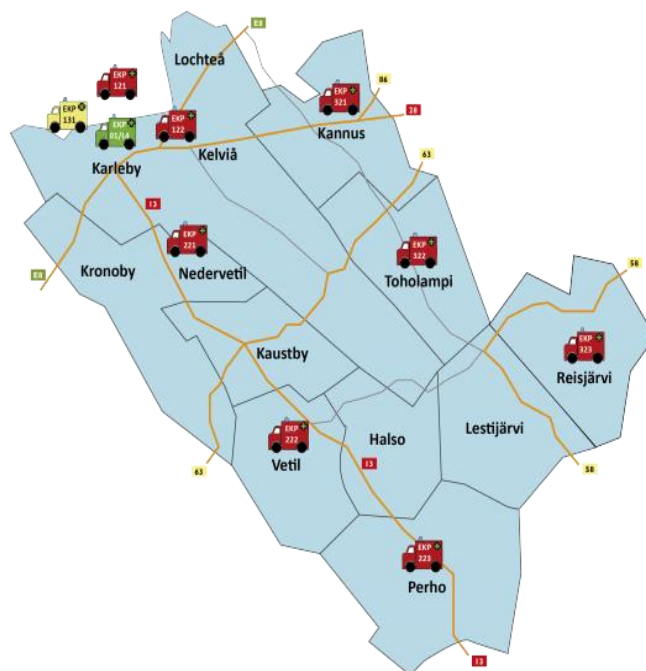
Figur 1. Samkommunen Soites medlemskommuner och dess avtals- och samarbetskommuner (Soite, u.å., online).

### 3.2.1 Soite samjour

Jourmottagningen på Mellersta Österbottens centralsjukhus kallas för Soite samjour. Med samjour menas att man vårdar både patienter inom grundhälsovård (YLE) och specialistsjukvården (ESH). Samjouren är öppen alla dagar dygnet runt. Barn och unga mellan 0 - 16 år har en egen jourmottagning. På YLE-jouren arbetar 1 – 2 allmänläkare och en dejourerande sjukskötare. En sjukskötare med ansvar för uppföljningen av patienterna och andra vårdare som hjälper till vid undersökningar och ingrepp arbetar också där. Förutom detta finns även telefonrådgivning dygnet runt. De ger patienterna hemvårdsföreskrifter och bedömer vårdbehov samt ser att patienterna får rätt vård på rätt plats. På jouren för specialistsjukvård arbetar två läkare. Den ena med ansvar för inremedicinska-, neurologiska- och lungsjukdomar medan den andra tar hand om de kirurgiska patienterna. Andra specialområden försöker man sköta under tjänstetid på olika klinkmottagningar och med hjälp av specialistläkare inom olika områden. På sjukhuset finns även dejourerande barnläkare, gynekolog och anestesiläkare. Till jourtjänsterna hör också inremedicinska och kirurgiska specialistläkare, samt radiologi och psykiater som dejourerar hemifrån. Tillgång till laboratorietjänster finns dygnet runt. (Soite, u.å. online)

### 3.2.2 Soite förstavårdscentral

Förstavårdscentralen inom Soite ser till att det finns förstavårdsservice och akut förstavårdsservice i Mellersta Österbotten. Dessutom vilar ansvaret för olika transportuppdrag mellan olika vårdinrättningar även på förstavårdscentralen. Verksamheten finns på 8 stationer i samkommunen och alla har dygnet runt jour. Det finns 10 ambulanser (förstavårdsenheter) som på årsbasis utför ca 15 000 larm- och förflyttningsuppdrag per år. På förstavårdscentralen arbetar det ca 100 vårdare som har ansvar för den dagliga förstavården i området. Detta görs i samarbete med socialväsendet, hälso-och sjukvårdstjänster men även andra myndigheter som polis, räddningsväsendet och gränsbevakningen. Förstavårdscentralens verksamhet leds av en jourhavande fältchef som finns tillgänglig dygnet runt. Förstavårdscentralens alla ambulanser är utrustade på samma sätt. Verksamheten är fördelad på tre olika förstavårdsområden: Karleby (område 1), Kronoby och Perho ådal (område 2) samt Lestijoki ådal och Reisjärvi (område 3). (Soite, u.å., online)



Figur 2. Förstavårdsenheterna och deras placering (Soite, u.å., online).

I Karleby (område 1) finns det två stationer: Karleby och Kasikulma. På stationen i Karleby som finns på sjukhusområdet verkar fältledningsenheten EKP01, samt förstavårdsenheterna EKP121 och EKP131. Vid Kasikulma är förstavårdsenheten EKP122

stationerad. I Kronoby och Perho ådal (område 2) finns det 3 förstavårdsenheter. I Nedervetil finns EKP221, Vetil opereras av EKP222 och Perho har förstavårdsenheten EKP223. Lestijokidalen och Reisjärvi (område 3) har en förstavårdsenhet EKP321, stationerad i Kannus, EKP322 finns i Toholampi och i Reisjärvi är EKP323 belägen (Soite, u.å., online).

### **3.2.3 Jourhjälp 116 117**

Jourhjälp 116 117 finns i de flesta av sjukvårdsdistrikten i Finland. Tanken var att alla sjukvårdsdistrikt bortsett från landskapet Åland skulle ha fungerande Jourhjälp inom 2020. Jourhjälp 116 117 är en gratis telefontjänst, inriktad på vägledning- och rådgivning, där erfarna sjukskötare gör brådskande vårdbedömningar enligt förutbestämda kriterier och leder patienten till rätt vårdinstans eller ger råd om självhjälp. Målet med denna service är att förbättra invånarnas hälso- och sjukvårdstjänster och lätta på patienttrycket på samjourerna samt förstavårdsenheternas alarmmängd. Jourhjälp 116 117 är till för dem som har tänkt besöka jouten för att den egna hälsovårdsstationen är stängd. Det kan röra sig om kvällar, nätter eller helger. För att vården för en patient skall lyckas är det viktigt att denne hänvisas till rätt vårdinstans i rätt tid. Patienterna måste under behandling till en joutenhet om man av ärendets natur inte kan hänvisa patienten till att uppsöka läkare nästa dag eller vänta över veckoslutet. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2020, online)

En lyckad vårdbedömning är grunden för valet av vårdanstalt. Bedömningen görs i samarbete med patienten och i flertalet av fallen vill bara ha råd och hänvisningar i hur de skall göra i en given situation. De har inte alltid behov av att göra ett sjukhusbesök. (Soininen, 2019, 227 - 228)

I en stor befolknings-baserad studie gjord i Australien visar resultatet att de personer som haft kontakt med telefonrådgivning för vårdbedömning, och som sedan gör ett besök på en jourmottagning, får den vård de behöver inom utsatt tid. Studien påvisar att dessa personer har en markant lägre risk, än de övriga patienterna, att få en icke-brådskande prioritering när de anländer till jourmottagningen. (Gibson, Randall, Tran, Byrne, Lawler, Havard, Robinson & Jorm, 2018, s. 1137 – 1162)

Telefontriage som görs av sjukskötare minskar på de icke brådskande uppdragen för förstavården visar en studie som gjorts i Finland. Av 700 samtal från patienter som inte hade livshotande sjukdomstillstånd kunde 17,3% vägledas till andra social- och hälsovårdstjänster medan 63.7 % av samtalen ledde till att förstavården fick uppdrag. 19% av samtalen sköttes via telefon, var en sjukskötare gav råd och vårdinstruktioner. Studien visade också att de vanligaste orsakerna till att patienterna tog kontakt med vården var generella och ospecifika symtom, muskeloskeletal symtom, mentala hälsoproblem samt missbruksproblematik. Genom att tillhandahålla telefonrådgivningstjänster och vårdföreskrifter kan man guida patienterna till andra vårdinstanser än förstavården, och på det sättet minska förstavårdsuppdragen med en tredjedel. (Roivanen et al., 2020, 556 – 563)

Vid IWK Health Centre i Halifax, Canada, togs ett omfattande initiativ för att förbättra effektiviteten på en operationsavdelning för vuxna. Genom att använda sig av Lean-principer och med hjälp av multiprofessionella team undersökte man patientens resa genom operationsavdelningen. Det första problemet man stötte på var handläggningstiden mellan operationerna. Med hjälp av Lean kunde man identifiera detta och förbättra arbetsflödet och handläggningstiderna. Man gjorde upp nya körscheman för operationerna och patienterna fick på det sättet en minskad tid på sjukhuset. Framgången med detta Lean-initiativ kan hänföras till flera faktorer som att följa arbetsstandarder för att klargöra arbetsroller, ständig förbättring och genom att skapa en förändringskultur och mäta framstegen. (Vandale, 2021. 16 – 25)

I Pennsylvania på Lehigh Valley Health Network, tog man in ett team, som skulle göra en snabb förändring, som ett projekt på en avdelning där man steriliserar instrument. Där infördes ett system PDCA: plan, do, check och act (fritt översatt: planera, göra, kolla upp och agera) för att upptäcka problem, hitta lösningar och dokumentera förbättrade processer. Med hjälp av post-it-lappar, tydliggjorde man på ett grafiskt sätt, nuvarande och framtida status, samt avståndet mellan dessa två, arbetade teamet för att förbättra effektiviteten och säkerheten samt sänka kostnaderna. Användandet av denna metod ökade samarbetet och möjliggjorde användarvänliga arbetspunkter och processer. Det ledde även till förändringar i ledarskapet, som ledde till ökad möjlighet för personalen att påverka och vara involverade i beslutsfattandet samt en förbättring av materialförsörjningen till den peri operativa avdelningen. (Kimsey, 2010. 53 - 60)

### 3.3 Lean

Redan år 1896 utvecklade Sakichi Toyoda en automatisk vävstol som gjorde att textilindustrin revolutionerades. Den hade en funktion som gjorde att vävstolen stoppades automatiskt ifall någon tråd gick av, och därigenom kunde man genast ta itu med problemet, analysera det och eliminera det. Detta gjorde att maskinerna blev mänskligt smarta. Jidoka, som betyder automatisering med mänsklig prägel, blev en av de två grundpelare i Toyotas produktionssystem. Sonen, Kiichiro Toyoda, utgick från detta när han i sin tur grundade Toyota Motor Corporation 1937, och anammade sin fars filosofi, om att "se trådar" genom hela produktionen och detta ledde till att han utvecklade, *just-in-time*, som blev den andra grundpelaren. Med "just in time" ville man skapa ett flöde genom produktionen så att det inte skulle finnas något lager utan varje enskild produkt skulle "flyta" genom produktionen. (Modig & Åhlström, 2020. 70 - 71)

Efter andra världskriget rådde det brist på många saker i Japan, bland annat landyta, råmaterial, teknologi och maskiner men även finansiella resurser. Detta gjorde att man fick komma på ett nytt tankesätt kring effektivitet. Man började med att fokusera på att göra rätt saker, vilket innebar att man tillverkade den produkt som kunden ville ha. Inga onödiga investeringar gjordes eftersom det innebar stora finansiella risker. Ingen produkt tillverkades heller utan att man hade fått en order. Ett snabbt informationsflöde i ena änden ledde till snabbt produktflöde i andra änden. Toyota ville inte heller ha något stort lager eftersom det också binder ett stort kapital. Bristen på material skapade ett starkt helhetsfokus. (Modig & Åhlström, 2020. 72 - 76)

Toyota Production System (TPS) har utvecklats under en period på hundra år och den är känd som Toyotas interna produktionsfilosofi. Den har idag utvecklats till ett känt koncept, som olika organisationer inom tillverknings- och tjänsteindustrin har tagit till sig. Lean, som begrepp, uppkom år 1988 i en artikel, "Triumph of the Lean Production System" som skrevs av John Krafcik och publicerades i Sloan Management Review. Denna artikel gav sedan upphov till en bok genom ett forskningsprogram International Motor Vehicle Program (IMVP) där många forskare världen över deltog. Dessa forskare kom fram till att kärnan i Toyotas framgång låg i fyra olika principer: lagarbete, kommunikation, effektivt resursutnyttjande och slöserieliminering samt en fortlöpande förbättring. (Modig & Åhlström, 2020. 77 - 79)

Sen dessa har Lean utvecklats som koncept av bland annat Wolmack och Jones som kom ut med boken Lean Thinking 1996, med syftet att ge verktygen till företagen för att dessa skall kunna "bli Lean". Takahiro Fujimoto, utkom med en historisk skildring om hur Toyotas produktionssystem utvecklats år 1999. Samtidigt som han utgav sin bok, publicerade två andra forskare Steven Spear och H. Kent Bowen, en artikel i Harvard Business Review som åter förde fram, TPS i västvärlden, i ramplyset. År 2001 skapade Toyota en egen skrift "The Toyota Way", för att de inom det multinationella bolaget skulle ha en gemensam syn på företaget och dess grundvärderingar. Jeffrey K. Liker publicerade en bok år 2004 som har samma namn som Toyotas egen interna skrift The Toyota Way och är författarens egen tolkning av filosofin som Toyota har. Sen dess har Lean utvecklats så att det passar andra typer av företag, men även så att det passar för hälso- och sjukvård, läkemedel och handel. (Modig & Åhlström, 2020. 80 - 84)

### **3.3.1 Fokus och koncept inom Lean**

Lean-filosofins fokus grundar sig på kundvärdet, vilket betyder att det är helheten av kundens alla kontakter som denne har haft med en organisation. För att höja kundvärdet måste organisationen etablera en helhetssyn som ger mervärde och kunna tillmötesgå sina kunders önskemål. Det behöver med andra ord finnas en gemensam syn på kundvärde som sträcker sig över flera enheter. Respekt för människan som individ, men också som grupp, då behöver man inte kontrollera att människan arbetar med de uppgifter som ålagts denne. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 61)

Den mest traditionella formen av effektivitet är resurseffektivitet och man har använt sig av denna form för att maximera utnyttjandet av effektiviteten i över 200 år, genom att dela uppgifterna så att flera personer gör åtskilda, mindre delar av samma uppgift kan man höja effektiviteten i resursutnyttjandet. Det betyder att man genom att man delar uppgifterna så att flera personer gör olika åtskilda, mindre delar av samma uppgift. Ett annat sätt att sköta det på kan vara att man sammanför uppgifterna till en helhet så att flera olika människor gör samma typ av uppgift, och på det sättet ökar man effektiviteten. Sedan långt tillbaka i tiden har man ansett att effektivitet är det samma som ett effektivt resursutnyttjande. (Modig & Åhlström, 2020. 9)

Flödeseffektivitet är ett sätt att tillgodose behov på och det fokuserar på vad som skall bearbetas inom en organisation. Inom vården är det en patient vars vårdbehov skall tillgodoses. Flödeseffektivitet mäter hur mycket en flödesenhet (patient) bearbetas inom en viss tidperiod. Den börjar när ett vårdbehov identifierats och tar slut sen när behovet har tillgodosetts. (Modig & Åhlström, 2020. 13)

Största delen av alla organisationer är indelade i olika funktioner och resurserna är det centrala för dessa funktioner. Att optimalt använda sig av dessa resurser är mycket viktigt, samtidigt som det är angeläget att också tillgodose patienternas behov. För att man skall kunna ha en hög lönsamhet och tillfredsställda patienternas behov är det viktigt med både resurseffektivitet och flödeseffektivitet. (Modig & Åhlström, 2020. 15 – 17)

Lean är en strategi för verksamhet där man lägger vikten på flödeseffektivitet fram om resurseffektivitet. Genom att sätta fokus på flödeseffektivitet kan man inom en organisation, minska på merarbetet, det vill säga likvärdiga uppgifter som upprepas, och på så sätt minska på slösandet. När dessa två minimerats, ökar man resurseffektiviteten. Med en Lean verksamhetsstrategi ligger fokuset alltid på en flödeseffektivitet, aldrig på resurseffektivitet. (Modig & Åhlström, 2020. 124 - 125)

Lean är tillvägagångssätt för att nå upplagda mål, och för att få en Lean verksamhetsstrategi bör man utgå från värderingar, principer, metoder och verktyg. Det kan göras på olika nivåer genom att man bara fokuserar på enstaka av ovanstående men också integrera alla. Allt som gör att vi utesluter, minskar eller hanterar variationer som finns i en organisation, är bra metoder för att förverkliga en Lean strategi för verksamheten. (Modig & Åhlström, 2020. 142 - 143)

Värderingar definierar en organisation. Enligt Toyota finns det två grundpelare i sättet att skapa ett effektivt flöde, det är respekt och samarbete. Med respekt menas att man skall respektera andra och göra sitt yttersta för att förstå och skapa förtroende för varandra. Att göra sitt bästa och ta ansvar för den egna arbetsuppgiften hör också till värderingar. Med samarbete menas att organisationen skall stimulera utveckling på det personliga och professionella planet, samt göra det möjligt att maximalt utveckla grupper och individers förmågor. Samarbete och respekt är villkor för en hög flödeseffektivitet, detta för att göra att alla inom organisationen blir beroende av varandra. (Modig & Åhlström, 2020. 144)



Principer står för hur människorna i en organisation skall reflektera för att flödeseffektiviteten skall öka. Det innebär att skapa ett funktionellt flöde som går genom hela organisationen, med också en organisation som är insatt och förebygger, känner igen och tar bort allt som hindrar, stoppar eller förstör flödet (Modig & Åhlström, 2020. 145).

Metoder är de sätt som organisationen skall använda sig av för att uppnå flödeseffektivitet. För att öka flödeseffektiviteten kan man studera befintliga processer och identifiera det värdefulla och det som är icke värdeskapande, och på så sätt kunna eliminera det som ligger till hinder för ett effektivt flöde. (Modig & Åhlström, 2020. 146)

Verktyg är ett sätt att minska på variationen i det hjälpmedel som en medarbetare använder sig av. Dessa verktyg är i sig det som kännetecknar de medel som hela organisationen skall använda sig av. (Modig & Åhlström, 2020. 146)

Det finns många olika Lean-verktyg som gör att Lean-principerna kan genomföras inom en organisation. Verktygen är egentligen metoder eller tekniker som underlättar det praktiska införandet av principerna. Det mest använda verktyget är processkartläggning. Man börjar med att känna igen en process och begränsa den. När detta är klart synliggörs processen endera genom ett dataprogram eller med post-it-lappar. Det klagör vilka aktiviteter som ingår i processen och som följd av detta ger det hela teamet en helhetssyn. Syftet med detta är att skapa sammanhållning i teamet och förståelse för hela processen, så att de sen kan sätta upp mål och bedöma förbättringen av arbetet. Efter detta följer således en ständig förbättringsspiral. Ett annat verktyg är PDCA, som står för plan, do, check, act. Planen väljs och genomförs, man kontrollerar vad som åstadkommit, och sist görs en utvärdering. Resultatet av utvärderingen blir att nya steg planeras och behandlas. PDCA ses som en oavbruten förbättring för att act leder till en ny plan. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 68 - 70)

Fem S (5S) – som kommer från orden: sortera, systematisera, städa, standardisera och sköta om, är ett annat verktyg inom Lean. Det användes ofta när man vill höja effektiviteten i en enskild process. Genom att göra alla dessa fem S:en kan man minska på slöseriet i processen och det ger upphov till höjd effektivitet. Alla verktyg som används för att realisera Lean-principerna förtydligar även hela Lean filosofin. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 71)

Toyotas framgångar inom bilindustrin, genom det resurssnåla produktionssystemet, har gjort att konkurrenter och även andra branscher har fått upp ögonen för Lean. Detta har resulterat i att Lean har blivit ett av världens mest spridda och populära managementkoncept. Det finns även andra förklaringar till att det gått bra för Lean-konceptet, eftersom minskade väntetiden, nöjda kunder samt en förbättring i arbetsmiljön för medarbetarna och bättre lönsamhet har kunnat rapporteras. Detta har gjort att Lean gått från företag som tillverkar bilar till tjänsteindustrin och vidare till offentliga sektorn. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 72)

### **3.3.2 Lean inom hälso- och sjukvård**

Orsaken till att hälso- och sjukvården intresserar sig för Lean är att de står inför stora utmaningar. Vården blir alltmer kostsam som en följd av att den medicinskt- tekniska utrustningen blivit allt dyrare och att befolkningen åldras. Detta gör att trycket på vården blir större och det krävs mera resurser för att klara av att ta hand om äldre med flera olika sjukdomar. Det finns inte heller några tecken på att vårdbehovet skulle minska. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 24)

Kundvärde, helhetssyn och respekt för människan är centrala värderingar inom Lean och måste förändras så att de passar inom hälso- och sjukvården. Förenklat kan man se patienten som kund och vården som värdet. Det problematiska med denna definition är att eftersom alla patienter är individer och alla har inte samma vårdbehov, vilket gör att kontakterna med hälso- och sjukvården inte är likadana. Helhetssynen kan anses vara lätt att översätta till vården, eftersom många anser att man måste se hela patienten samt hela dennes vårdbehov. Om man i detta avseende ser patienten som kund, så ser man att helhetssynen är patientens väg genom sjukvårdssystemet. Respekten för människan är en viktig del av Lean-filosofin. Den går tillbaka till bemyndigande och teamarbete. De viktiga delarna av Lean som kund, vilka värden som skapas och helhetssynen samt respekten för människa kan ge upphov till frågor, samtidigt som det är en förutsättning för att Lean skall kunna införas. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 78 - 80)

Utgångspunkten måste alltid vara i kundvärdet. Vid införande av Lean-principer börjar man med att identifiera kundvärdet. Inom vården handlar det förstås om att patienten vill bli frisk genom en snabb och kvalitativ vård. Detta kan se olika ut för olika patienter. För äldre

kan det handla om tydlighet och trygghet medan yngre kanske vill ha en individuellt anpassad vård. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 80 - 81)

Processkartläggningen är en viktig del av Lean, men förekommer också inom hälso- och sjukvården. Dock kan det vara svårt att veta när en process börjar och när den slutar; är det när symtomen uppkommer eller när patienten uppsöker vård? Avslutas den när patienten skrivs ut från sjukhuset eller fortsätter den om patienten får rehabilitering hemma? Det är viktigt att notera vilka inter- och intraorganisatoriska processen går igenom. Sammansattheten i processen är större om det går utanför hälso- och sjukvården. Dock är det i de större processerna som man ser de största effekterna. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 81)

Processoptimering är till för att skapa ett effektivt flöde och är lättare att genomföra då vården redan är planerad. Eftersom det ger en större kontroll över hur mycket som skall göras och när det skall göras, vilket gör det lättare att sammanfoga vårdaktiviteterna. I akutvårdssammanhang är det svårt att förutspå vad som kommer att hända och det gör det svårare att sammanfoga med andra vårdaktiviteter. Vid processoptimering är tanken att sammanfoga varenda steg i aktivitetskedjan. Förstavården är här ett viktigt steg. Vid akuta fall görs förhandsanmälan till rätt enhet, i rätt tid, så att patienten får ett förberett bemötande. På samma sätt borde patienter som är medicinskt färdigbehandlade slussas över till kommunal omsorg, men det händer att patienterna blir kvar flera nätter på sjukhus för att detta inte fungerar optimalt. Flödeseffektivitet uppnås genom att optimering av processen görs ur ett helhetsperspektiv, vilket kan ge upphov till konflikter om alla enheter enbart fokuserar på de egna uppsatta målen. Ifall att budgetstyrningen är stark kan den också förvärra denna konflikt. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 82)

Hälso- och sjukvården behöver styras av efterfrågan på tjänster. Både när det rör sig om planerade och akuta insatser. Detta ger upphov till utmaningar, eftersom det måste finnas reservresurser, som gör att man kan ta hand om patienter i akuta situationer. Inom hälso- och sjukvården kan det finnas stora variationer mellan veckodagar, årstider och olika diagnoser. Statistiken på dessa kan ligga till grund för planeringen. Schemaläggning och planering av semestrar är också verktyg för att kunna tillmötesgå variationen på efterfrågan, då det handlar om en organisation med mycket personal. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 82 - 83)

Till sist kommer principen om att stäva efter perfektion. Den väcker sällan större känslor inom hälso- och sjukvården eftersom det är en bransch som genomgår ständiga förbättringar. Det är svårt att argumentera mot att perfektion inte skall uppnås, men alla förändringar kräver tid och engagemang, samt en ledning och organisering som möjliggör detta. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 83)

De vanligaste Lean-verktygen som används inom hälso- och sjukvården är processkartläggning, PDCA och 5S. Man behöver dock komma ihåg att det inte är viktigt att använda specifika verktyg, utan verktygens syfte är att uppnå Lean principer och i slutändan skapa en organisation inom hälso- och sjukvården som genomsyras av ett Lean tankesätt. Vid introduceringen av dessa verktyg behövs anpassningar och en känsla för det specifika i kontexten. För att man skall kunna göra en processkartläggning bör man samla alla kompetenser som är representativa för processhelheten. För hälso- och sjukvården är kanske kundvärdet det att patienterna aldrig behöver vård. Genom att åskådliggöra patientens väg genom systemet, så ser man kanske att förebyggande åtgärder eller att en vårdssituation kan ske på hälsovårdscentralen. (Hellman, Kastberg & Siverbo, 2019. 84)

### **3.4 Samarbete**

Ett interprofessionellt samarbete kan minska på den tid som patienterna befinner sig på samjouren. Det beror på att vårdarna inte har så många patienter att ha ansvar för, men också det att patienterna inte har kontakt med flera vårdare. Att man kan hålla sig till vårdplanen och genast påbörja de undersökningar och vård patienten behöver. Detta leder till ökad effektivitet. Förbättringar i kommunikation och patientsäkerhet samt nöjdare vårdpersonal och patienter är resultatet av ett interprofessionellt samarbete. (Liu, Massiello, Ponzer & Farrokhnia, 2018, u.s.)

Respekt, går ut på att respektera individerna och göra det bästa för att förstå varandra, samt att ta ansvar för att skapa ett ömsesidigt förtroende. Samarbete går ut på att uppmuntra personlig och professionell utveckling, dela utvecklingen framåt och maximera både individernas och gruppens prestationer. (Modig & Åhlström, 2020, 144)

En studie som undersökte hur samarbetet mellan sjukskötare – sjukskötare fungerar i två nordiska länder, Finland och Norge, visar att sjukskötarna i båda länderna har en uppfattar samarbetet som positivt och givande. Dock framkom det skillnader länderna emellan som

hade att göra med olika organisations strategier och ledarskap. Sjukskötarna uppfattade att konflikthantering är en del av ledarskapsstrategierna, och att det måste finnas regler för hur man hanterar konflikter på arbetsplatsen för att upprätthålla en hälsosam arbetsmiljö. En öppen kommunikation är viktig och att ignorera konflikter är förödande för ett effektivt samarbete. De flesta av sjukskötarna som deltog in undersökningen hade en positiv inställning till klinisk kompetens, ömsesidig respekt och vilja att samarbeta. I studien framkom också att sjukskötarna efterlyste tydliga anvisningar för hur samarbetet skall gå till, ett starkare ledarskap som i sin tur ökar medvetenheten om de nedskrivna förhållningsreglerna, eftersom ett starkt ledarskap gör att bedömningen och förbättrandet av samarbetet mellan sjukskötare – sjukskötare enklare att utföra. (Ylitörmänen, Kvist & Turunen, 2019, 731 – 739).

### **3.5 Vårdbedömning**

Enligt Valvira (2017) är vårdbedömning en central del av patientens vård. Den kan göras av en legitimerad sjukskötare som har erfarenhet och kompetens att göra bedömningar av patientens vårdbehov. Hälsovårdslagen (1326/2010) i 51§ säger att en vårdbedömning måste göras senast tre dagar efter att patienten tagit kontakt med hälso- och sjukvården. Patienten har inte en obegränsad rättighet att få vilken vård som helst som denne önskar, utan tillgången till vård grundar sig på den utvärdering av patientens hälsotillstånd som en yrkesperson inom hälsovården gjort. Bedömningen av hur brådskande patientens vårdbehov är skall göras på alla patienter som kommer till Jouren. Detta kallas "triage". Detta görs på basen av ankomstorsak, grundsjukdomar och statusfynd som hittats. Ansvariga läkaren för jourenheten eller en annan legitimerad vårdare kan leda patienten till vård på jourenheten eller annan hälso- och sjukvårdsenhet eller på andra ändamålsenliga sätt.

Telefonrådgivningen är ofta den första kontakten som en patient har med hälso- och sjukvården när de behöver hjälp med sina problem. Telefonrådgivning är en del av modern hälsovård och erbjuder ett snabbt, billigt och geografiskt obehindrad tillgång till information som hälsa och råd. Resultatet av en studie gjord i Sverige visar att det behövs en god kommunikation för att kunna göra en vårdbedömning. Det är viktigt att sjukskötaren kan få en helhetsbild av patienten och dennes problem. Tillgång till patientens journaler underlättar, men det krävs också ett aktivt lyssnande och patienten bör få prata

till punkt. När sjukskötaren inte kan se patienten, är det en brist i kommunikationen och det kan leda till brister i vårdbedömningen. En annan faktor som påverkar är stress hos den som skall göra vårdbedömningen, så därför borde det ske i en lugn miljö. (Berntsson, Eliasson & Beckman, 2022, u.s.)

## **4 Metod**

Studien har genomförts med både kvalitativ och kvantitativ metod. Den kvalitativa delen, med deduktiv ansats, bestående av intervjuer med de sjukskötare som arbetar på Jourhjälpens 116117, jouren och förstavården, samt den ansvariga läkaren för samjouren och förstavårdschefen och därtill även chefen för serviceområdet. Dessa intervjuer kommer att göras genom en kvalitativ forskningsintervju och analysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys. (Henricson, red. 2018, 111 - 115)

Den kvantitativa delen gick ut på att studera deskriptiv statistik. Endast sammanställning och uppföljningar av data har gjorts, med andra ord en icke-experimentell observation. Undersökningen är retrospektiv, vilket innebär att data kommer att samlas in ur register som finns att tillgå ur Soites statistikbank. (Henricson, red. 2018, 100 - 101)

### **4.1 Datainsamlingsmetod**

Insamlingen av data till undersökningen gjordes på basis av den statistik som kommer efter varje samtal som rings till Jourhjälpens 116117, besök på jouren samt förstavården uppdrag på fältet. ICPC2 programmet samlar in data för alla samtal och besök på jouren medan Codea samlar in statistiken för förstavården. Eftersom alla som arbetar på Jourhjälpens 116117 inte kan använda sig av detta program ännu så valde skribenten att bara ta de uppgifter som statistikprogrammet ger. De data som berördes av undersökningen var tidpunkten för samtalet och orsaken till samtalet. Undersökningen gjordes så att signum på de som ringt eller andra uppgifter som möjliggjorde identifiering av patienterna. Data på hur många patienter som uppsökt vård och patientbelastning på de olika enheterna samlades ur uppföljningsstatistiken. Data på förstavårdsenheter larmuppgifter fanns att tillgå från förstavårdscentralen. Undersökningsdata samlades i mellan den 1.4.2021 och den 31.5.2021.

Den kvalitativa delen av studien skedde genom en semistrukturerad intervjuemetod med förutbestämda frågor. Detta innebar att frågorna är formulerade på samma sätt för alla som deltar i intervjun men de ställdes inte nödvändigtvis i samma ordning. Frågorna uppgick till högst en A4-sida. Intervjuguiden fanns som ett stöd under frågestunden och intervjuerna gjordes i en ostörd miljö med en bra atmosfär, där både intervjuaren och intervjuobjektet kunde öppna upp och prata i lugn och ro. (Henricson, red. 2018, 143 - 146)

I den kvantitativa delen användes deskriptiv (beskrivande) statistik för att den som läser undersökningen skall få en tydligare bild av det som studerats. På detta sätt sammanfattas grunddata och ger samtidigt en helhetsbild av materialet som samlats in. (Henricson, red. 2018, 267 - 270)

#### **4.2 Semistrukturerad intervju**

Forskningsintervjuer, skiljer sig från vanliga samtal på det sättet att den som intervjuar har gett sitt samtycke till forskningsdeltagandet och är medveten om att det som sägs är forskningsdata. Det är forskaren som bestämmer hur intervjun skall genomföras, det styr hur frågorna ställs och kan på det sättet kontrollera riktning och agenda på intervjun. (Denscombe, 2019. 267 – 268)

Intervju, som datainsamlingsmetod kan med fördel användas när det är fråga om mindre undersökningar, där man vill få fram åsikter, uppfattningar samt erfarenheter med ett mål att förstå djupet av det som berättas. Frågorna kan vara av sådan natur att det behövs en förståelse och uppfattning om hur olika system fungerar och hur de hör ihop med andra fenomen. Vid en intervju, har forskaren möjlighet att prata med personer som med sin kunskap och erfarenhet kan ge värdefull information om fältet (Denscombe, 2019. 268).

Semistrukturerade intervjuer görs genom att forskaren har en färdiglista på de frågor denne vill ställa men att de inte ställs i samma ordning och forskaren kan med hjälp av följdfrågor låta den som blir intervjuad utveckla sina tankar och idéer. Intervjuaren kan också ändra frågorna under forskningens gång för att följa upp ett spår som tidigare intervjuobjekt har gett forskaren. (Denscombe, 2019. 269)

Personliga intervjuer innebär att forskare och informanten möts och denna typ av intervjuer är lätta att ordna. Fördelen med dessa är att det är bara en person i taget och

forskaren kan fokusera helt på den som blir intervjuad. Det är även lätt för forskaren att uppfatta informantens specifika tankar och idéer och det är också ur en forskarsynpunkt även lättare att transkribera en intervju med bara en informant, för att det bara finns en röst att fokusera på. (Denscombe, 2019. 270)

Det finns både för- och nackdelar med intervju som undersökningsmetod. Till fördelarna hör hög svarsfrekvens, flexibilitet, djupet i informationen som informanten ger, samt validiteten i data, eftersom detta kan kontrolleras under intervjuens gång. Nackdelarna med intervju som datainsamlingsmetod är att det bygger på vad informanten säger inte vad den gör. Andra nackdelar kan anses vara intervjuareffekten och att det är tids- och resurskrävande. (Denscombe, 2019. 292 – 294)

### **4.3 Urval**

Intervjuobjekten valdes utifrån arbetserfarenhet och arbetsplats. Två av deltagarna arbetar både på jouten och jourhjälp 116117, en inom förstavården, en är överläkare på jouten, en är förstavårdschef och en är chef för välfärdsområdet. De informerades om intervjuerna via epost och intervjufrågorna sändes ut som bilaga till eposten. Forskningstillstånd fanns också med som bilaga. Intervjuerna gjordes både via teams och genom personliga möten när sådant tillfälle var möjligt. Fem av intervjuerna gjordes på svenska och en på finska.

### **4.4 Etiskt övervägande**

Denna undersökning har gjorts enligt Vetenskapsrådets rekommendationer om god forskningssed (2017), som innebär att man talar sanningsenligt om sin forskning. Medveten granskning och redovisning av studiens utgångspunkter samt att öppet redogöra för metoder och resultat. Kommersiella intressen och kontakter till andra aktörer skall klargöras. Det bör även nämnas att forskningresultat absolut inte får stjälas av andra. En god ordning skall hållas på studien genom god dokumentering och rätt arkivering. Forskningen skall utföras så att inga människor djur eller miljö kommer till skada. Det är viktigt att idka en rättvis bedömning av andras forskning under hela studiens gång. (Sohlberg, 2019. 273)

Forskningslov har erhållits av Soite och Mellersta Österbottens Centralsjukhus. Samtliga medverkande i studien har givit sitt godkännande att delta frivilligt. Handledaren på fältet



och jourens avdelningsskötare hjälpte till med att hitta personer som skulle vara lämpliga att intervjua. Ingen av deltagarna i studien har skadats av delta i den. Personerna visste att medverkade i en studie och de har varit viktiga för att kunna genomföra den.

Statistiken från besöken på jouren, samtalen till jourhjälp 116117 och förstavårdens uppdrag har inte innehållit namn, adresser eller signum Endast anledningarna till kontakterna med sjukvården har framkommit. Intervjufrågorna utvecklades utifrån forskningsfrågorna och handledaren på arbetsplatsen godkände dem. De rymdes på en A4 sida

#### **4.5 Kvalitativ innehållsanalys**

Innehållsanalys har sin början i den kvantitativa ansatsen i den logiska positivismen medan den kvalitativa ansatsen utgått från hermeneutiken. Kvalitativ forskning kan grundas på bilder, skulpturer men också på nedskrivna ord. Intervjuer, dokument och observation är datainsamlingsmetoder som lämpar sig för kvalitativ innehållsanalys. Analysen av data sker med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, eftersom den kan användas på vilken skriven text som helst. Texterna delas upp i mindre delar, som stycken meningar eller enskilda ord. Forskaren arbetar fram olika analysenheter, domäner, meningsenheter, koder, kategorier eller teman. (Henricson, 2018. 285. (Denscombe, 2019. 393 – 394)

De två vanligaste metoderna som används när man analyserar text genom den kvalitativa innehållsanalysen, är induktiv eller deduktiv. (Henricson, 2018, 290)

Efter att intervjuerna genomförts kan de transkriberas från ljudfiler till skriven text. Det vanligaste tillvägagångssättet är att man gör alla intervjuer först och sedan transkriberar man dem. Analysen av texterna kan göras så fort intervjuerna skrivits ner. Texterna bör dock läsas igenom flera gånger så att analysformen och sättet att utföra analysen blir tydligt. Därefter kan respondenten dela in texten i mindre meningsenheter, dessa meningsenheter bildar sen koder. När kodgrupperingen är gjord, börjar processen med att få fram kategorier och subkategorier, för att till slut kunna skönja ett mönster. Utifrån identifierbara mönster bildas ett analysresultat. (Henricson, 2018, 292)

I resultatpresentationen måste syftet för undersökningen framkomma klart och tydligt. Man kan presentera resultatet med både text och tabell. Ifall syftet gett upphov till två

forskningsfrågor skall även detta redovisas med resultat ur två domäner för att översikten skall tydliggöras. Resultaten skall slutligen diskuteras. Görs det induktivt kan resultaten kopplas till aktuell forskning eller teorier och med deduktiv redovisning verifieras teorier eller modeller. Kvaliteten är en mycket viktig del av hela forskningsprocessen. Tillförlitlighetsaspekter, som validitet och reliabilitet förekommer ofta i samband med kvalitativ innehållsanalys. För att tillförlitligheten skall bibehållas vid användningen av kvalitativ innehållsanalys, krävs det att alla steg redovisas tydligt så att resultaten av forskningen går att verifiera. (Henricson, 2018, 296 - 297)

#### **4.6 Kvantitativ analys**

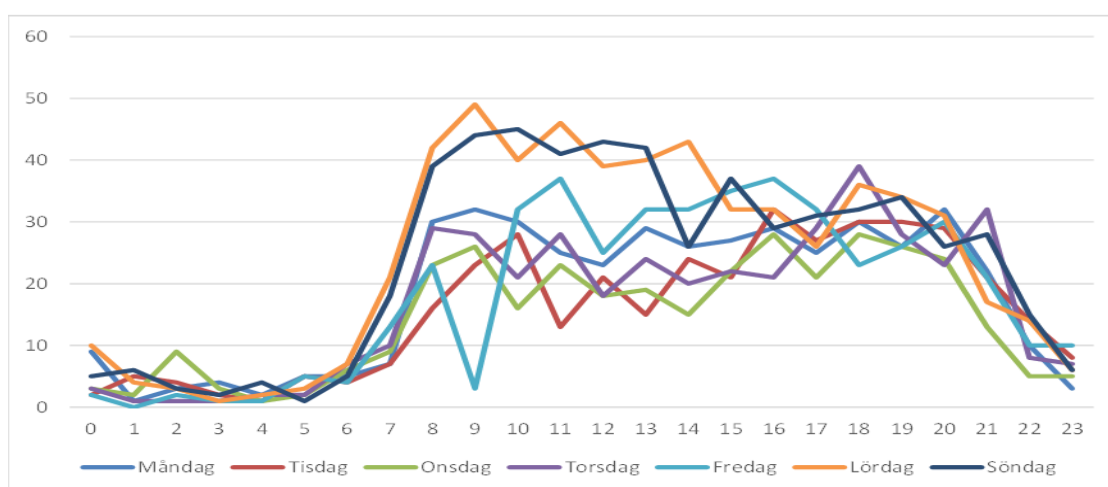
Kvantitativa analyser fungerar bra om man har stora mängder av data att analysera. Det hör till god praxis att samla in en så stor mängd data som möjligt, och svårigheten med småskaliga forskningsprojekt är att de begränsar möjligheten till den mängd data som går att samla in och analysera. Beskrivande (deskriptiv) statistik används för att få en överblick över den data som studien innefattar. På så sätt sammanfattar man grunddata som sedan kan komprimeras så att det ger en samlad bild av det insamlade materialet (Henricson, 2018, 267).

## 5 Resultat

Resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen på intervjuerna där sammanlagt sex personer deltog, kommer att redogöras i följande kapitel. Fokuset var att se hur samarbetet fungerar idag och hur man kan förbättra teamarbetet till patienternas fördel. Medeltalet på arbetserfarenheten bland dessa uppgick till 23,3 år. Av de intervjuade var en läkare, två i chefsposition och tre sjukskötare, tre av dessa var kvinnor och tre var män. Den kvantitativa delen av denna studie har gjorts som en bakgrund för att den förklarade situationen som den var mellan den 1.4.2021 och den 31.5.2021. Stapel- och linjediagrammen beskriver hur situationen med patientbelastningen på de olika enheterna ser ut och dessa ger ett stöder den kvalitativa undersökningen. Statistiken har tagits ut via arbetsplatsens datorer för att åtkomsten av dessa inte gick att ta fram på den egna datorn.

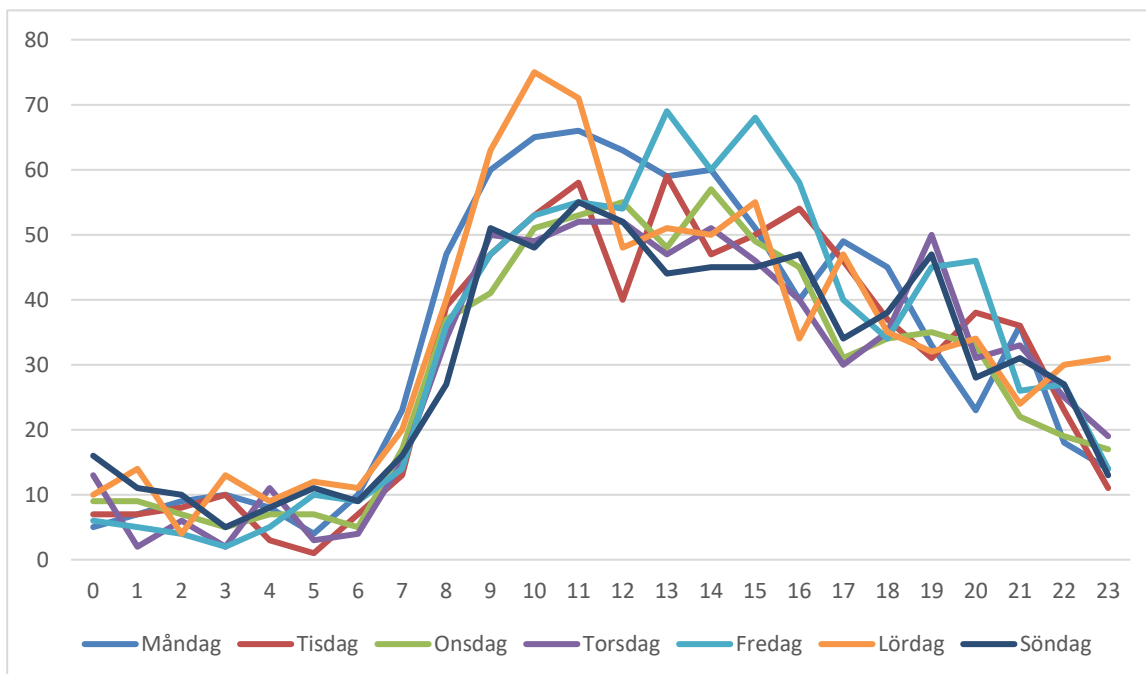
### 5.1 Kvantitativt resultat

Det kvantitativa resultatet av statistiken som är insamlad mellan den 1.4.2021 till den 31.5.2021 visar att patientbelastningen på Jourhjälpen 116 177, samjouren och förstavården visar att den är som högst på lördagar mellan klocka nio på morgonen och klockan tretton på eftermiddagen för dessa tre enheter.



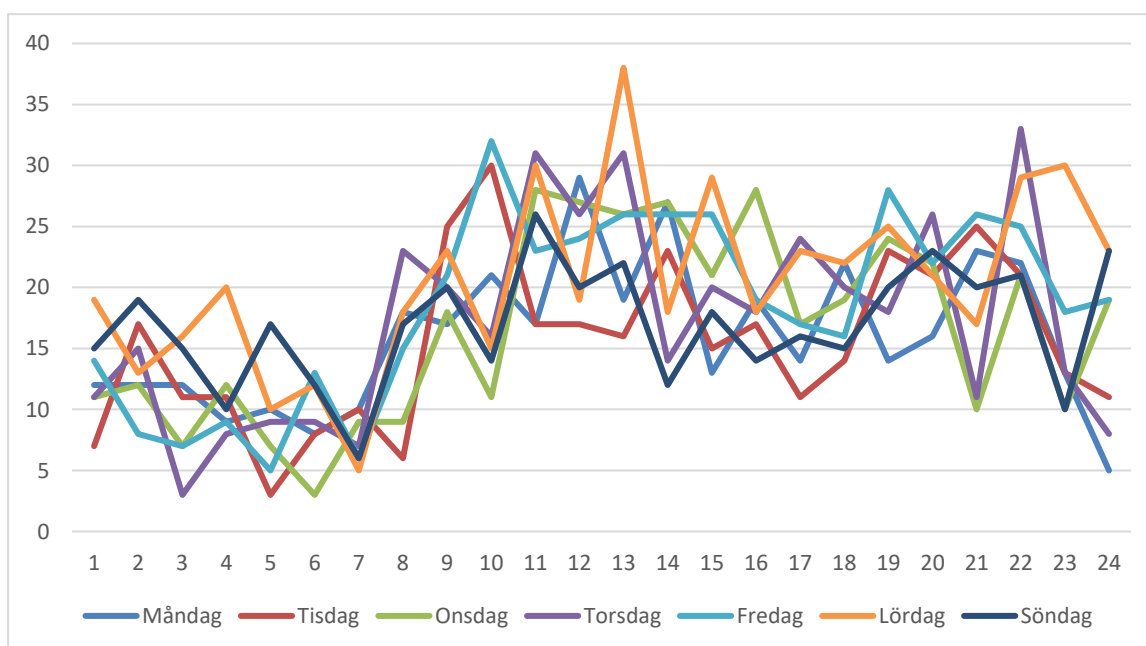
Figur 5. Patientbelastning på Jourhjälpen 116 117.

Jourhjälpen 116 117 tog emot flesta samtal på lördagar klockan 9 medan man på fredagar vid samma tidpunkt hade ytterst få som ringde för att få råd och vårdanvisningar.



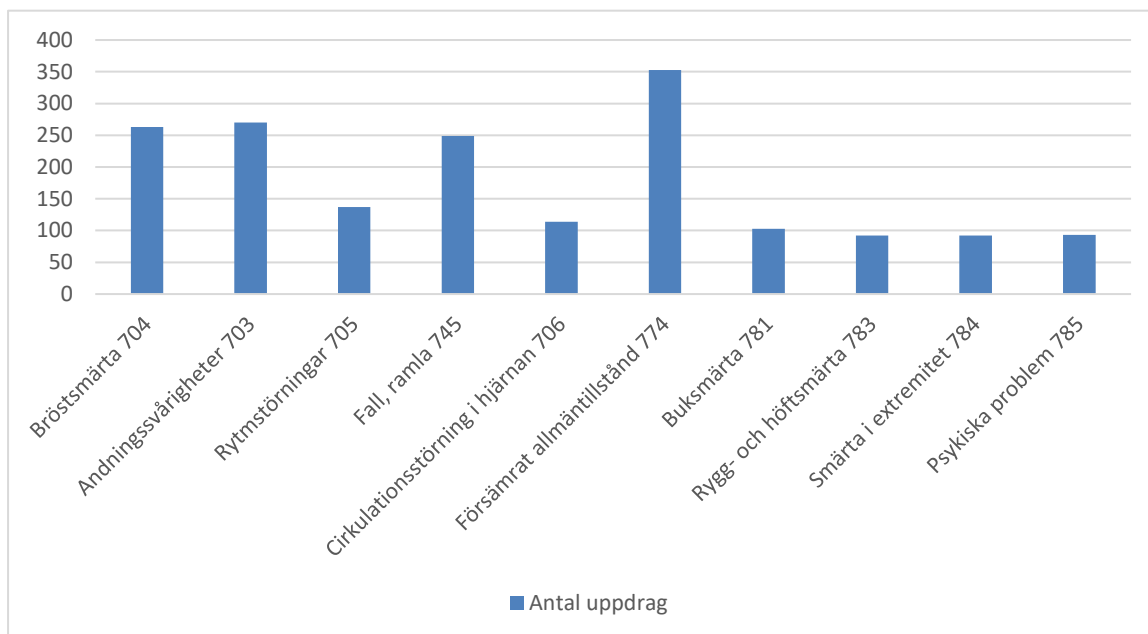
Figur 4. Patientbelastning på samjouren.

Samjourens patientbelastning var som högst på lördagar klockan 10 men man kan också se att på fredagar klockan 13 och klockan 15 hade en stor mängd patienter sökt vård.



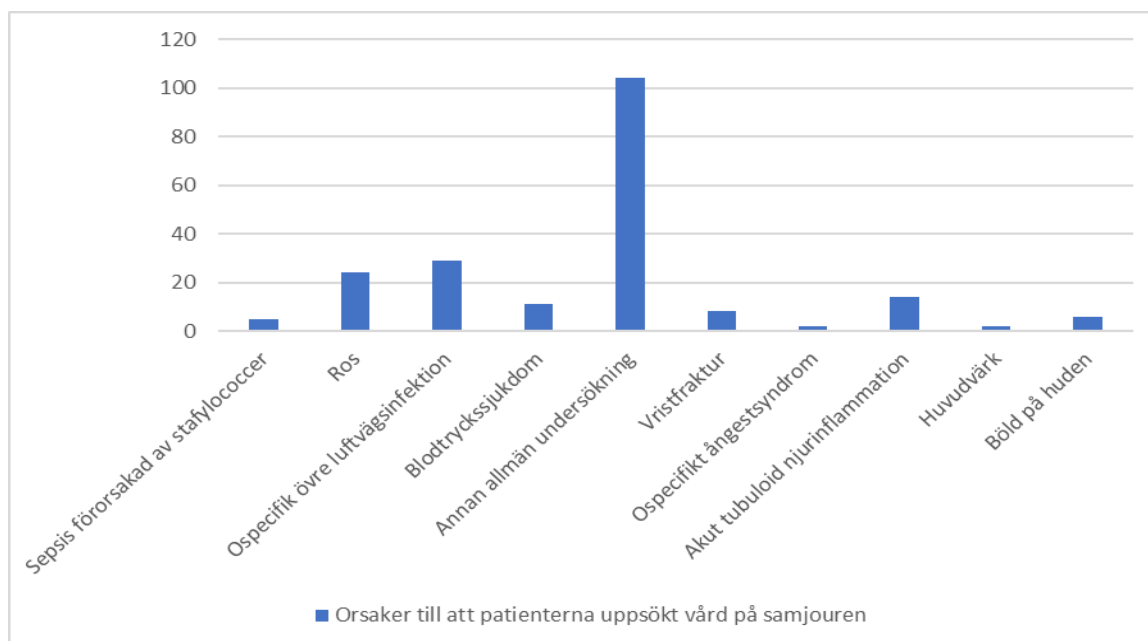
Figur 6. Patientbelastning på förstavården.

Förstavården hade flest uppdrag på lördagar klockan 13. Diagrammet visar att även torsdagar kring 22-tiden hade förstavården hög patientbelastning.



Figur 7. De 10 mest förekommande förstavårdsuppdragen.

Varje förstavårdsuppdrag identifieras med en tresiffrig kod, som beskriver något symptom som patienten uttryckt sig lida av i samtalet med nödnumret 112. (Se bilaga 2). De vanligaste förekommande uppdragen för första vården är beskrivna i stapeldiagrammet. En begränsning gjordes för att få det mera överskådligt och gränsen drogs vid 90 fall/kod. Förflyttningar mellan olika sjukhus och andra vårdinrättningar valdes också bort. Till bortfallet hör även förgiftningar 752, förlossningar 791 och blödningar från öra/näsa 763. Sammanlagt hade förstavården 2900 uppdrag. Statistiken är från 1.4.2021 till den 31.5.2021.



Figur 8. Orsaker till att patienterna uppsökt vård på samjouren

Sammanlagt uppsökte 375 patienter samjouren och fick hjälp av en sjukskötare eller annan vårdare mellan den 1.4.2021 och 31.5.21. Av de besöken skedde 177 i april och 198 i maj. De flesta orsakerna framkom bara en gång i statistiken, som sömnapné, svindel och gallstensenfall.

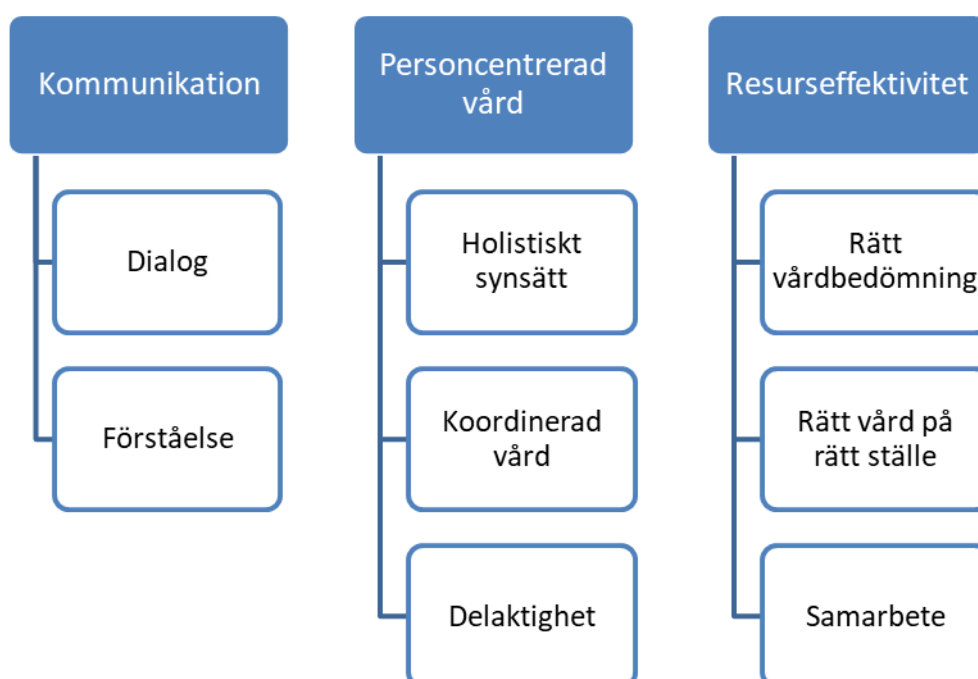
## 5.2 Kvalitativt resultat

Analysen av intervjuvaren resulterade i tre huvudkategorier bestående av kommunikation, patientcentrerad vård och resurseffektivitet.

*Kommunikationen* bygger på en dialog och förståelse för varandras arbetsuppgifter.

*Personcentrerad vård* tar avstamp i ett holistiskt synsätt, där vården är koordinerad, Detta vilket betyder att vården måste vara planerad, vilket är vad patient lagen kräver. Patienten skall även vara delaktig i de vårdbedömningar och vårdbeslut som tas om denne.

*Resurseffektivitet* innebär att patienten får rätt vårdbedömning, via Jourhjälpen 116 117 eller förstavården, samt att rätt vård ges på rätt ställe. Samarbetet mellan Jouren, Jourhjälpen 116 117 och förstavården leder också till resurseffektivitet.



Figur 3 Intervjuanalysens huvudkategorier

### 5.2.1 Kommunikation

Kommunikation är en viktig del av allt vårdarbete. Både i de samtal som är mellan patient och vårdare, men även mellan vårdare och vårdare eller annan sjukvårdspersonal. Kommunikationen är enklare när den är förutbestämd och följer ett visst mönster, som rapporteringen vid överlämnandet av patienter från förstavården till jouren. Vid telefonsamtal har man bara det verbala att förhålla sig till, det non-verbala som kroppsspråk och miner inte kan utvärderas. En sjukskötare berättar att:

*"Det är ganska varierat och det är ganska stor skillnad på personligheter som man träffar där på de olika ställena. Det är ganska individuellt hur det här samarbetet fungerar. I stora drag fungerar det bra men det finns jättemycket att utveckla där. Jag tycker att det dagliga det som upprepar sig mycket, det här dagliga, att lämna över patienter och ger rapport. Att man ger förhandsanmälningar, att man kommer och att man skriver in patienter fungerar bra".*

Förståelsen för varandras arbetsuppgifter ökar också genom dialog och kommunikation. Talesättet "Att den ena handen vet vad den andra gör", är väldigt viktig när det är flera enheter som skall samarbeta. Så att det inte blir ditt arbete, mitt arbete utan vårt samarbete. Respekt för varandra och varandras arbetsuppgifter, veta hur patientarbetet utförs på de olika enheterna, samt att visa förståelse trots att det kan vara stressigt med många patienter och långa köer.

*"Jag tycker att vi borde ingå i ett djupare samarbete där vi skulle veta bättre vad de gör på jouren. Jouren och jourhjälpen vet ju varandras lägesbild. De som jobbar på jourhjälpen vet ju vad som händer på jouren och vice versa. Vi borde föra in den här samma diskussionen på förstavården, så att förstavården skulle veta vad som händer på jouren och jourhjälpen."*

*"De har svårt att förstå vår sida av det. Vi har svårt att förstå varandra. Det är mitt jobb och ert jobb".*

Resultatet påvisar att flera av de intervjuade efterlyser regelbundna möten med personal och förmän där man kan ta upp sådant som inte fungerar eller sådant man vill förändra och utveckla. Förändringarna kan komma från personalen och inte bara av förmännen. På dessa tillfällen skall man diskutera samarbetet, vad som fungerar och vad som fungerar mindre bra. Och tillsammans finna ut en lösning på problemet.

### 5.2.2 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är viktig och vi borde alltid utgå från patienten. Genom att göra en högkvalitativ vårdbedömning och ta hela patienten i beaktande så kan patienten själv ta del i sin egen vård. Vid samtal till Jourhjälp 116 117 får patienten råd och hemvårdsföreskrifter som gör att denne kan hjälpa sig själv. Det är en verksamhet som utgår från patienten, denne får genom ett telefonsamtal öppnat en vårdkedja, och samtidigt råd om vad de skall göra.

Den största fördelen som patienten får om Jourhjälp 116 117, samjouren och förstavården samarbetar är att den vårdbedömning som kan göras via Jourhjälp 116 117. Detta kan resultera i att patienten möjligen kan hjälpa sig själv hemma om hen inte behöver vård på sjukhus. Detta kan förhindra onödiga besök till samjouren. Det gör även att onödiga förstavårdsuppdrag också minskar, vilket för med sig att det finns ambulanser och andra sjukvårdsresurser för akuta och livshotande situationer.

Genom att kunna koordinera vården, och hänvisa dem till en annan mottagning (ex. hvc) så att patienten inte behöver ta sig till jouren för att få hjälp med sina hälsobekymmer, ger det patienten självbestämmande och delaktighet i sina vårdbeslut. Det gör även att patienterna är nöjda och kan klara sig hemma.

*”Vi behöver skräddarsy vården så att patienterna får den vård de behöver. Allt går inte att sköta på distans. Vissa patienter måste in på sjukhus och vissa är sådana att förstavården måste möta dem.”* säger en av intervjudeltagarna.

Samarbetet mellan dessa enheter ger fördelar för patienterna. Genom samarbete minskar tiden patienten behöver vänta på jouren för att få den vård de behöver. Vården blir mera patientcentrerad och utgår på så sätt ifrån patientens behov.



### 5.2.3 Resurseffektivitet

Resurseffektivitet handlar om att man skall undvika att göra ett dubbel eller trippel arbete med samma patient. Den börjar när patienten ringer till Jourhjälpen 116 117 och en sjukskötare med lång erfarenhet gör en bedömning av patientens vårdbehov. Där avgörs det även om patienten kan hjälpa sig själv hemma eller om det finns behov för sjukhusvård. Flera av de intervjuade ansåg att Jourhjälpen 116 117 fungerar bra och att vårdbedömningarna görs på rätt sätt och att patienterna får de föreskrifter de behöver.

*”Jag tycker att de bedömningar som de gör vid jourhjälpen är bra. Det är ofta som det blir rätt”* ansåg en av de intervjuade.

Det som framkom som negativt var att, trots att förstavården och Jourhjälpen 116 117 samt Jouren har samma patientdatasystem så har förstavården svårt att kunna läsa ifall det gjorts anteckningar på någon av de andra enheterna. Framför allt vad patienten vårdbedömning blivit vid samtalet med Jourhjälpen 116 117, för att internetuppkopplingen inte alltid fungerar till belåtenhet.

En av de intervjuade var bekymrad över att Soite inte har tillräckligt med resurser för att ta hand om dessa patienter i vars vårdbehovsbedömning framkommer att de inte klarar sig hemma men att de ändå är för friska för att vårdas på en avdelning.

Det som fungerade mindre bra för tillfället visade sig vara att Jourhjälpen 116117 inte har resulterat i minskad patientbelastning på jouren och förstavården som man hade önskat. Delvist kan detta bero på att COVID-19 pandemin, som intensifierades i samband med att man startade upp Jourhjälpen 116117 i Soites regi, i januari 2021.

*”Fördelen för patienten är att den får rätt vård på rätt ställe inom rätt tid. Samt att väntetiden på jouren inte blir så lång.”* ansåg i ledandeposition.

*”Alla har nytta av det. Förstavårdsuppdragen ökar ständigt. Och vi måste bemöta den stigande trenden på något sätt. Genom att förbättra jourhjälpen eller genom att få fler ambulanser på fältet. Det första alternativet är märkbart billigare och mera patientcentrerat. Så genom att utveckla det så långt som möjligt, så undviker vi att jouren och förstavården överbelastas. Jag tror att vi lättare skulle hitta rätt vård till rätt patient så*

*att vi skulle minska på onödiga, först och främst onödiga förstavårdsuppdrag och därtill onödiga jourbesök.”* berättade en av de intervjuade som är i chefsposition.

Alla som intervjuades ansåg att det bara finns fördelar med att samarbeta. Alla patienter kan inte skötas via telefon, alltså genom jourhjälp 116 117. För dessa patienter måste samjouren och förstavården finnas till. Det ansågs viktigt att jourhjälp skulle göra en noggrann bedömning av vårdbehovet så att det finns resurser när de verkligen akuta och svårt sjuka patienterna behöver vård.

*”Det skulle göra att förstavården och jouren skulle få mindre patienter om jourhjälp skulle hjälpa patienterna att få rätt vård på rätt ställe utan att det behövs jourbesök eller förstavårdstjänster. Detta sparar förstavårdens och jourens resurser. Just på det sättet att det skulle bli rätt på en gång. Då skulle man få bort de patienter som inte hör dit och så skulle man dessutom få mera resurser för de som verkligen behöver den akuta vården.”* sa en av de intervjuade.

Det framkommer tydligt att ju mera samarbete det finns desto bättre och att det är bra att patienterna får all vård från ett ställe. Det sparar tids- och personalresurser som är viktiga att ha i akuta situationer, där läget snabbt kan förändras och kräva många vårdarens arbetsinsats för att rädda ett liv.

Barnpatienter, lyfts fram som en patientgrupp vi kan samarbeta kring. Pilotprojektet med dejourerande sjukskötare på vissa av Soites ambulanser är en resurs som skall utnyttjas. De fyra andra är sår, ryggsmärta med nervpåverkan, laryngiter, bedömning av frakturer samt även vid bröstsmärta där man misstänker att den inte är hjärtrelaterad.

*”Vi kunde även på jourhjälp ta kontakt med förstavårdens fältchef vid vissa sjukdomstillstånd så att en ambulans skulle ta sig till patienten och bedöma läget. Som vis sår och små skador. Akutvården skall inte vara som en säkerhet för jourhjälp. De skall själva göra vårdbedömningen. Vi kan om patienten är ute i periferin men det skall vara en överenskommelse mellan jourhjälp, fältchef, förstavården och ansvarsläkaren. Det skall vara marginellt, bröstsmärta som man antar att inte är hjärtrelaterad, kan man tänka att ambulansen skulle fara på plats och ta ett EKG och ett troponinvärde (TNT).”* ansåg en av de som intervjuades för studien.

Vid de vårdbedömningar som Jourhjälpens 116 117 gör och där det framkommer att patienten är i behov av sjukvård, men där förstavården skulle kunna vara den resurs som används. Detta främst vid små sårskador, eftersom det finns ambulanser med personal som har rätt att sy sår.

Man kunde även ta de patienter som bor ute i periferin och som har lång väg till sjukhuset, eller som på ett eller annat sätt har svårt att ta sig dit, som en kategori för sådana patienter som kan få hjälp av förstavårdare på ambulansen.

Svaret på forskningsfrågan är att samarbetet mellan Jourhjälpens 116 117, samjouren och förstavården kan förbättras genom aktiv kommunikation och gemensamma regelbundna möten där man diskuterar problem och förbättringar samt ger "feedback" på ett konstruktivt sätt så att det ger en större "vikänsla". Det skall vara "vårt samarbete" där patienten är i centrum, med rätt vårdbedömning och vård på rätt plats. Då minskar patientbelastningarna på alla enheter och resurseffektiviteten förbättras.

## **6 Diskussion**

Samarbete är en viktig del i resurseffektiviteten. Resultatet visar att genom att effektivisera samarbetet mellan enheterna kommer resurserna att vara tillräckliga även i framtiden. I resultatdiskussionen diskuteras hur samarbetet kan förbättras med hjälp av nya studier. Kritiska granskningen riktar in sig på hur denna studie gjorts och vad kommande studier kan komma att handla om.

### **6.1 Resultatdiskussion**

Utifrån de tre huvudkategorierna (kommunikation, personcentrerad vård och resurseffektivitet) kan man konstatera att kommunikationen är grunden till både personcentrerad vård och resurseffektivitet. Med en bra dialog mellan enheterna så ökar man förståelsen för varandras arbete och arbetsuppgifter. En bra dialog mellan sjukskötaren på Jourhjälpens 116 117 och patienten, gör att vårdbedömningen blir mera personcentrerad och patienten deltar i vårdbesluten. Resurseffektiviteten ökar om vårdbedömningen görs rätt och patienten får rätt vård på rätt ställe. Samarbetet mellan enheterna gör att vården blir mera resurssparande.

Vårdbedömningen görs då dubbelt i någon mån, och det kan ses som resursslöseri men och andra sidan kan en vårdbedömning där patientens vitala funktioner kontrollerats och patienten undersökts ge en mera tillförlitlig bedömning för att man har sett hela patienten och dess boendeförhållande.

Jourhjälpen 116 117 kunde ha mera kontakt med förstavårdens fältchef angående dessa hälsohinder. Om det för övrigt är lugnt på fältet och för förstavårdsenheterna, så kunde man sända en ambulans utan att patienten skulle behöva ringa 112 efter avslutat samtal med Jourhjälpen 116 117. Detta skulle inge trygghet hos patienterna som i och med detta kunnat vara med och ta ett vårdbeslut genom ett telefonsamtal. Detta skulle förbättra kommunikationen mellan Jourhjälpen 116 117 och förstavården men också mellan den sjukskötare som svarat på patientens samtal och gjort en bedömning av vårdbehovet. På detta vis kan man spara på resurserna så att patientbelastningen på jouren och förstavården inte blir för hög. Detta gör att man enligt Lean-principerna prioriterat flödeseffektivitet och minskat på slöseriet.

Utgående från forskningsfrågan angående utvecklingen av samarbetet framkom det att en dialog mellan de olika enheterna där man på ett konstruktivt sätt för fram sådant som behöver utvecklas och förbättras är den bästa lösningen. En förutsättning för att kommunikationen mellan Jouren, Jourhjälpen 116 117 och förstavården skall fungera behöver det finnas en dialog mellan dessa tre enheter. Genom att föra dialog, via möten eller andra tillfällen, där representanter från alla enheter får komma till tals, ge feedback och uppmuntra varandra till samarbete, kan öka "vikänslan" och känslan av att alla är delaktiga i ett större sammanhang.

Genom samarbete uppnår vi en bättre patientcentrerad service som gagnar patienterna. En enhetlig och gemensam bedömning av patienternas vårdbehov oberoende av om den görs på Jourhjälpen 116 117, jouren eller förstavården leder till att vi i framtiden kan ge patienterna det de behöver. Det i sin tur gör att jouren och förstavården inte kör slut på resurserna, utan de finns för de patienter som verkligen behöver dem får en bättre service. Personcentrerad vård sätter individen i fokus och låter denna vara med och ta beslut angående sin egen vård, ger en känsla av delaktighet och det i sin tur för med sig att vårdaren har lättare att koordinera vården. Enligt WHO (2015) är definition av

personcentrerad vård, att se personen som en helhet med många dimensioner av behov och mål, som kommer från deras personliga bestämningsfaktorer om hälsa.

Linschi, Säätelä och Levy-Malmberg (2019) menar att man med implementering av personcentrerad vård (PCC) skapar förutsättningar för en bra relation mellan vårdare och patient. Ett gott samarbete mellan patient och vårdare ger en högkvalitativ vård, men det är beroende av ett rättvist ledarskap och teamarbete som ger en känsla av tillfredsställelse bland personalen.

Walker, Kappus och Hall (2016) påstår att det behövs strategier för att främja patientflödet på en jourmottagning. Dessa strategier måste grunda sig på evidensbaserad praktik och utmytna i standardiserade processer som gör att patientflödet blir bättre och kvaliteten på vården förbättras. Ett interprofessionellt samarbete är viktigt i utvecklingen av en sådan strategi. Ett annat tillvägagångssätt för att förbättra patientflödet kan vara att införa Lean-strategier och genom dessa processer ex. PDCA. Studien visade att en styrgrupp som träffas regelbundet, kan snabbt riva barriärer och hitta lösningar för att förbättra samarbetet och därmed också patientflödet.

Ett införande av Lean-principerna leder till en mera hållbar framtid för sjukvården där utvecklingen är ständigt pågående och man hela tiden försöker finna sätt att ge patienterna en så bra och snabb vård som möjligt utan att det skapar mera kostnader.

Lean-principerna inom hälso- och sjukvården är en ledarskapsmodell som förbättrar strukturen, processerna och resultat. Det har visat sig att Lean ökar produktiviteten och teameffektivitet, minskar väntetiderna för patienterna, minskar kostnaderna och ökar samarbetet. Patienterna är nöjdare och så även vårdpersonalen. (Magalhães, Erdmann, Lima da Silva & Guedes dos Santos, 2016, u.s.)

Modig & Åhlström (2020) samt Hellman, Kastberg & Siverbo (2019) skriver att implementering av Lean-principer kan vara en lösning för att förbättra effektiviteten och samarbetet. Det kräver dock att ledningen och all övrig vårdpersonal är införstådda med Lean-konceptet och arbetar för att det skall fungera. Det har visat sig att Lean har gett goda resultat på de vårdinstanser där de införts för att slösandet med resurserna har minskat vilket har lett till besparingar både ekonomiskt och resursmässigt i fråga om tid och personal.

En annan fördel för patienterna är att kötiderna på sjukvården kortas av så att de som behöver vård på sjukhus får det utan att behöva vänta i flera timmar för att patientbelastningen där är så hög. Minskade patientmängder på sjukvården ger vårdpersonalen mera tid till de patienter som behöver dem och det gör att personalen kan känna att de hinner se, bekräfta och ta hand om alla patienter. Detta ger nöjdare patienter och vårdpersonal.

Kommunikation är mer än ett sätt att utbyta information på. Alla deltagare i en kommunikation har egna erfarenheter, referenser och tolkningar som färgar kommunikationsprocessen. Effektiv kommunikation har en väldigt stor del i ett bra teamarbete, speciellt inom hälso- och sjukvården. (Svensk sjuksköterskeförening, 2017)

Inom hälso- och sjukvården behövs både verbal och icke verbal kommunikation för att verksamheten skall fungera optimalt och vara säker. Kommunikation gör det lättare för att informationen skall gå från vårdare till patient och vice versa, men även mellan olika professioner inom vården. Med en effektiv kommunikation höjer man tryggheten och patienten och dess närstående kan ta del av olika vårdbeslut på ett mera fördelaktigt sätt, som i sin tur leder till bättre behandlingsresultat och ökad hälsa. Det är vid överlämningar av patienten som det finns en större risk för brister i kommunikationen och viktig information kan utebli. Det viktiga i en situation där man behöver kommunicera antingen med patienten eller med annan vårdpersonal skall det ges utrymme för patienten att ta del av hälsotillstånd och behandling samt planera för god vård. En eftersträvan efter kontinuitet och uppdaterad information om patientstatus och behandlingsplan. Det är viktigt att utgå från patienten som individ. (Svensk sjuksköterskeförening, 2017)

Ett samarbete mellan jouren, jourhjälpens och förstavården skulle gynna alla enheter, alla patienter och alla vårdare. Genom rätt resursanvändning skulle alla enheter gynnas så att det skulle leda till mindre patientbelastning på jouren och förstavården uppdrag skulle minska. Jourhjälpens är den enhet som skall göra den första vårdbedömningen av patienterna. Resurseffektivitet uppnås genom ett fungerande samarbete mellan de olika enheterna som ser till att patienterna får en rättvis vårdbedömning och vård på rätt ställe i rätt tid. I förhållande till studiens syfte kan man konstatera att studies tre huvudkategorier kommunikation, personcentrerad vård och resurseffektivitet kan ligga till grund för ett samarbete mellan Jourhjälpens 116 117, jouren och förstavården.

Porter, (2010) menar att det inom hälsovården finns det ofta motstridiga mål, som inkluderar: tillgång till service, lönsamhet, hög kvalitet, kostnadsbegränsningar, säkerhet, bekvämlighet, personcentrerad vård och tillfredsställelse. Att patienterna skall få högkvalitativ vård måste bli ett mål för den som förser patienterna med hälso- och sjukvårdstjänster. Om kvaliteten ökar kan patienterna få fördelar medan den ekonomiska hållbarheten för hälsovårdssystemet stiger. (2477 - 2478)

Fortsatta forskningar inom samma ämne kunde vara att implementera Lean-principerna på dessa tre enheter för att undersöka hur det förbättrar resurseffektiviteten och samarbetet. En annan studie skulle kunna undersöka hur Jourhjälpen fungerar i framtiden efter Covid-19 pandemin, och om det finns skillnader i patientbelastningen.

## **6.2 Kritisk granskning**

De semistrukturerade intervjuerna var en bra metod för insamling av data till den kvalitativa delen, eftersom de på ett bra sätt lyfter fram den intervjuades synsätt och åsikter. Utmaningen med semistrukturerade intervjuer är att de är väldigt tidskrävande vilket i detta fall begränsade antalet objekt. Samtidigt blir dessa intervjuer ofta väldigt dynamiska och forskaren bör ta i beaktande att inte föra fram egna synpunkter i intervjun. Samtidigt styrks resultatet av intervjuerna eftersom objekten hade olika erfarenheter och synsätt på just samarbete, Jourhjälpen 116 117, samjouren och förstavården vilket gav ett mångfacetterat resultat. En annan positiv synpunkt på denna studie är att diskussionen den väcker oss kollegor emellan, det visar på att alla vill göra något för att förbättra samarbetet.

Den kvalitativa innehållsanalysen bidrog till att på ett bra sätt kunna kategorisera svaren och presentera dem under tydliga rubriker. Alla kategorier är viktiga för en framgångsrik samsarbetsstrategi och för att patienterna skall få en så högkvalitativ vård som möjligt på ett så resurseffektivt sätt som möjligt.

Sambanden i den kvantitativa bedömningen är svåra att härleda till direkt inverkan från jourhjälpen 116 117. För att göra en sådan bedömning borde man ytterligare analysera data från tiden innan jourhjälpen 116 117 togs i bruk, vilket inte ingick i denna studie. Även längden av insamlingsperioden kunde förlängas i kommande studier för att ytterligare se effekten av samarbetet under olika perioder av året. Detta kan ses som en av studiens svagheter i och med att det inte finns kvantitativa beräkningar som styrker det kvalitativa

resultatet. Andra svagheter kan vara att tidsplanen inte höll, eftersom det av personliga orsaker varit svårt att hitta tid och motivation till att skriva. Covid- 19 pandemin kan även ses som en svaghet eftersom den har gjort att Jourhjälp 116 117 inte har fungerat som det var planerat från början utan att personalresurserna behövde fördelas om för att kunna bemöta patientbelastningen.

Statistiken som undersöktes borde ha samlats in under en längre period än två månader eftersom man då kan ske större skillnader utifrån årstider och patientbelastning. Skribenten anser att det skulle ha givit ett mera beskrivande resultat om data hade samlats in under minst 6 månader kanske ända upp till ett år.

Studiens trovärdighet kan påvisas genom att en kollega och studiekamrat har tagit del av intervjuerna och resultatet. Hen har även varit skribentens bollplank när det och kommit med synpunkter och nya infallsvinklar. Skribenten har diskuterat resultatet av studien med kollegor som har bekräftat att resultatet står i samklang med den uppfattning som de har angående situationen på de olika enheterna.Handledaren har också varit till stor hjälp.

Pålitlighet i studien styrks av att skribenten beskriver ett problem som finns och genom detta examensarbete hittat svaret på frågan hur man kan förbättra samarbetet inom Soite. Skribenten hade ingen erfarenhet av att intervjua informanter för ett examensarbete. Inte heller av att transkribera eller göra en kvalitativ innehållsanalys av det transkriberade materialet. Den tekniska utrustningen har bestått av en bärbar dator och en mobiltelefon och med denna utrustning har intervjuerna spelats in och hela studien skrivits. Skribenten utförde själv intervjuerna och transkriberingen samt översatte en intervju från finska till svenska. Den intervjun lästes dock igenom av en utomstående tvåspråkig person.

Resultatet av denna studie går att överföra på andra enheter inom vården. Det finns ett behov att säkerställa högkvalitativ vård, med patienten i fokus, där samarbete skulle kunna vara lösningen på problem med patientflöden och brist på effektivitet och resurser.



## Källförteckning

Berntsson, K., Eliasson, M. & Beckman, L. (2022) Patient safety when receiving telephone advice in primary care – a Swedish qualitative interview study. *BMC Nursing. (u.s.)*

Denscombe, M. 2019. *Forskningshandboken*. (Fjärde upplagan). Lund. Studentlitteratur.

Gibson, A., Randall, D., Tran, D T., Byrne, M., Lawler, A., Havard, A., Robinson, M., & Jorm, L J. 2018. Emergency Department Attendance after Telephone Triage: A population Based Data Linkage Study. *Health Services Research, 53:2*, 1137 – 1162.

Henricson, M. red. 2018. *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan). Lund. Studentlitteratur

Hummel, G. & Järhult, S. 2012. *Ett nytt sätt att presentera patientflöde på akutmottagningen och effekt av flödesfrämjande snabbspår*. Läkare inom akutvård. Institutionen för Medicinska vetenskaper. Uppsala. Uppsala universitet.

*Hälso- och sjukvårdslagen* 30.12.2010/1326. Hämtad 24.2.2021. <https://www.finlex.fi>

Johnson, M. & Capasso, V. 2007. Improving Patient Flow Through the Emergency Department. *Efficiencies, Journal of Healthcare Management, 236 – 243*.

Kimsey, D. 2010. Lean Metology in Health Care. *AORN Journal. 53 – 60*.

Linschi, A., Säätelä, S. & Levy-Malmberg, R. 2019. Implementering av personcentrerad vård (PCC) i sjukskötarens arbete. *Vård i Fokus. 25 – 29*.

Liu, J., Masiello, I., Ponzer, S. & Farrokhnia, N. 2018. Can interprofessional teamwork reduce patient throughput times? A longitudinal single-centre study of three different triage processes at a Swedish emergency department. *BMJ Open. <https://doi:10.1136/bmjopen-2017-019744>*

Magalhães, A., Erdmann, A., Lima da Silva & Guedes dos Santos, J. 2016. Lean thinking in health and nursing: an integrative literature review, *Rev. Latino-Am Enfermagem, 24:2734*

Malmivaara, A. 2012. Real-effectiveness medicine – pursuing the best effectiveness medicine in the ordinary care of patients, *Annals of Medicine, 45:2. 103 – 106*.

Modig, N. & Åhlström, P. 2020. *Detta är Lean – lösningen på effektivitetsprincipen*. Stockholm. Rheologica Publishing.

Porter, M E. 2010. What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*. 363:26. 2477 - 2481

Roivanen, P., Hoikka, M J., Raatiniemi, L., Silvast, T., Ala-Kokko, T. & Kääriäinen, M. 2020. Telephone triage performed by nurses reduces non-urgent ambulance missions: A prospective observational pilot study in Finland. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, volym 64 artikel 4. <https://doi.org/10.1111/aas.13542>

Silvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2016. *Ensihoito-opas*. Helsingfors. Kustannus oy Duodecim

Social- och hälsovårdsministeriet. 2020. Päivystysapu 116 117. Hämtad 24.2.2021. <https://stm.fi/116117fi>.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2013. Hälso- och sjukvården i Finland. Hämtad 21.4.2022 [URN ISBN 978-952-00-3393-4.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](URN ISBN 978-952-00-3393-4.pdf (valtioneuvosto.fi))

Sohlberg, P. & Sohlberg, B-M. 2019. *Kunskapens former. Vetenskapsteori, forskningsmetod och forskningsetik*. Stockholm. Liber.

Soininen, L. (2019) Päivystysapu 116117 – kiireellistä hoidon tarpeen arviota ennalta määritellyn kriteerein. *Läketieteellinen aikakausikirja Duodecim*, 135(3), 227 – 228.

Soite, (u.å.). *Samjouren*. <https://www.soite.fi/yhteispäivystys>

Soite, (u.å.). *Förstavårdscentralen*. <https://www.soite.fi/ensihoitopalvelut>

Soite, (u.å.). *Förstavårdens stationer och enheter*. [https://www.soite.fi/asetat\\_ja\\_yksikot](https://www.soite.fi/asetat_ja_yksikot)

Souza, D L., Korzenowski, A L., McGaha Alvarado, M., Sperafico, J H., Freidl Ackermann, A E., Mareth, T. & Scavarda, A J. (2021). A systematic Review on Lean Applications in Emergency Departments. *Healthcare* 9(763)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Teamets kommunikation inom vård och omsorg*. Stockholm.

Ulrich, B. (2021). Interprofessional Teamwork and Collaboration – Working Together for the Good of the Patient. *Nephrology Nursing Journal*. 48(2), 109 – 114

Valvira, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja valvontavirasto. (2017) *Hoidon tarpeen arviointi*. Hämtat 4.5.22.

Vandale, T. (2021) Applying Lean principles to improve or efficiency. *ORNAC Journal*, 16 – 25

Walker, C., Kappus, K. & Hall, N. (2016) Strategies for Improving Patient Throughput in an Acute Care Setting Resulting in Improved Outcomes: A systematic Review. *Nursing Economics*. 34(6). 277 - 288

Wei, H., Corbett, R., Ray, J. & Wei, T. (2020). A culture of caring; the essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional care*. 34(3). 324 – 331.

World Health Organization global strategy on integrated people-centred health services 2016 – 2026. (2015)

Ylitörmänen, T., Kvist, T., & Turunen, T. (2019) Perceptions on nurse – nurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Nordic College of Caring Science*. 731 – 739

**Figurförteckning:**

Figur 1. Samkommunen Soites medlemskommuner och dess avtals- och samarbetskommuner (Soite, u.å., online)

Figur 2. Förstavårds enheterna och deras placering (Soite, u.å., online).

Figur 3. Intervjuanalysens huvudkategorier

Figur 4. Patientbelastning på jouren

Figur 5. Patientbelastning på Jourhjälp 116117

Figur 6. Patientbelastning på förstavården

Figur 7. De 10 mest förekommande förstavårdsuppdragen

Figur 8. Orsaker till att patienterna uppsökt vård på samjouren

## Bilaga 1

### Intervjufrågor

1. Var arbetar du och hur lång arbetserfarenhet har du?
2. Hur anser du att samarbetet mellan Jourhjälp 116117, jouren och förstavården fungerar idag? Vad fungerar bra? Vad fungerar mindre bra?
3. Har du tankar och funderingar på hur man kunde förbättra samarbetet?
4. På vilket sätt anser du att Jourhjälp 116117, jouren och förstavården skulle gynnas av ett samarbete?
5. På vilket sätt skulle ett samarbete spara på resurserna?
6. Vilka fördelar innebär detta samarbete för patienterna?
7. Vid vilka skador eller sjukdomstillstånd anser du att Jourhjälp 116117, jouren och förstavården kunde samarbeta kring så att det blir till fördel för patienterna?

### Följdfrågor

1. Hur menar du?
2. Kan du utveckla detta?
3. Vad tänker du om detta?
4. Vad innebär detta?

## Bilaga 2.

| <b>Ensihoitopalvelun operatiivisessa toiminnassa käytettävät tehtäväluokat</b>   |  |
|--|--|
| <b>Tehtäväluokat</b>   | <b>Onnettomuus (ei mekaaninen)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7-alkuinen sarja sisältää ne ensihoitotehtävät, joissa johtovastuu on pääsääntöisesti terveystoimella.</li> <li>• 2- ja 4-alkuisissa tehtävissä johtovastuu on pääsääntöisesti pelastustoimella.</li> <li>• 0-alkuiset tehtävät ovat poliisijohtoisia tehtäviä. Moniviranomaistehtävissä ensihoitoyksikkö määritetään vasteeseen vastuuviranomaisen ja terveydenhuoltoviranomaisen ohjeistuksella</li> <li>• Jokaiseen tehtäväluokkaan on määritelty alueellinen hälytysvaste.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>751 kaasumyrkytys (A, B, C)</li> <li>752 myrkytys (A, B, C, D)</li> <li>753 sähköisku (A, B, C)</li> <li>754 palovamma (A, B, C)</li> <li>755 yllämpöisyys (A, B, C)</li> <li>756 paleltuminen, alilämpöisyys (A, B, C)</li> </ul>      |
| <b>7. Sairaankuljetus- ja ensihoitotehtävät</b>  | <b>Verenvuoto (ilman vammaa)</b>   |
| <b>Peruselintoiminnan häiriö (peh)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>761 suusta (A, B, C)</li> <li>762 gynekologinen tai urologinen (A, B, C, D)</li> <li>763 korva tai nenä (B, C, D)</li> <li>764 säärahaava tai muu (B, C, D)</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>700 eloton (A, B)</li> <li>701 elvytys (A)</li> <li>702 tajuttomuus (A, B)</li> <li>703 hengitysvaikeus (A, B, C)</li> <li>704 rintakipu (A, B, C)</li> <li>705 peh: muu (A, B, C)<br/>(äkillisesti heikentynyt yleistila)</li> <li>706 aivoverenkiertohäiriö (AVH) (B, C)</li> </ul>   | <b>Sairaus (liittyä löydös)</b>  |
| <b>Hapenpuute</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>770 sairauskohtaus (B)</li> <li>771 sokeritasapainon häiriö (A, B, C)</li> <li>772 kouristelu (A, B, C)</li> <li>773 yliherkkyysoireet (A, B, C)</li> <li>774 muu sairastuminen (C, D)</li> <li>775 oksentelu, ripuli (C, D)</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>711 ilmatie-este (A, B)</li> <li>713 hirttyminen, kuristuminen (A, B)</li> <li>714 hukkuminen (A, B)</li> </ul>   | <b>Sairaus (ilmenee oireena)</b>   |
| <b>Vamma (muu mekaaninen)</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>781 vatsakipu (A, B, C, D)</li> <li>782 pää- tai niskasärky (A, B, C, D)</li> <li>783 selkä-, raaja- tai vartalokipu (B,C,D)</li> <li>785 mielenterveysongelma (C,D)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>741 putoaminen (A, B)</li> <li>744 haava (A, B, C, D)</li> <li>745 kaatuminen (A, B, C, D)</li> <li>746 isku (A, B, C)</li> <li>747 vamma: muu (A, B, C)</li> </ul>   | <b>Sairaankuljetustehtävä</b>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>790 hälytys puhelun aikana (B)</li> <li>791 synnytys (A, B, C, D)</li> <li>792 varautuminen ensihoitotehtävään (C)</li> <li>793 hoitolaitossiirto (A, B, C, D)</li> <li>794 muu sairaankuljetustehtävä (D)</li> </ul>                   |
|  | <b>0. Hengen ja terveyden suojaan kohdistuva tehtävä</b>   |
|  | <b>Pahoimpitely, tappelu</b>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>031 ampuminen (A, B)</li> <li>032 puukotus (A, B, C)</li> <li>033 potkiminen, hakkaaminen (A, B, C)</li> <li>034 tekotapa epäselvä (B)</li> </ul>   |

## Bilaga 2. Förstavårdens alarmkoder (Ensihoitopas, 2016)



|  |   |
|--|---|
| <b>2. Liikenneonnettomuudesta tai liikenteestä aiheutuva tehtävä</b> | <b>4. Onnettomuus tai vaarallinen tilanne</b>   |
| <b>Tieliikenneonnettomuus</b>  | <b>Rakennuspalo</b>   |
| <b>200</b> muu tai onnettomuuden uhka (A, B, C)                      | <b>401</b> rakennuspalo: pieni  |
| <b>202</b> pieni (A, B, C)   | <b>402</b> rakennuspalo: keskisuuri   |
| <b>203</b> keskisuuri (A, B, C)                                      | <b>403</b> rakennuspalo: suuri  |
| <b>204</b> suuri (A)   | <b>Liikennevälinepalo</b>   |
| <b>206</b> tieliikenneonnettomuus maan alla, pieni (A, B, C)         | <b>411</b> liikennevälinepalo: pieni  |
| <b>207</b> tieliikenneonnettomuus maan alla, keski-suuri (A, B, C)   | <b>412</b> liikennevälinepalo: keskisuuri   |
| <b>208</b> tieliikenneonnettomuus maan alla, suuri (A)               | <b>413</b> liikennevälinepalo: suuri  |
| <b>Raideliikenneonnettomuus</b>                                      | <b>Räjähdys tai sortuma</b>   |
| <b>210</b> muu (A, B)  | <b>441</b> räjähdys tai sortuma: pieni  |
| <b>212</b> pieni (A, B)  | <b>442</b> räjähdys tai sortuma: keskisuuri   |
| <b>213</b> keskisuuri (A, B)   | <b>443</b> räjähdys tai sortuma: suuri  |
| <b>214</b> suuri (A)   | <b>444</b> räjähdysvaara tai sortumavaara   |
| <b>216</b> raideliikenneonnettomuus maan alla, pieni (A, B)          | <b>Vaarallisen aineen onnettomuus</b>   |
| <b>217</b> raideliikenneonnettomuus maan alla, keskisuuri (A, B)     | <b>451</b> pieni  |
| <b>218</b> raideliikenneonnettomuus maan alla, suuri (A)             | <b>452</b> keskisuuri   |
| <b>Vesiliikenneonnettomuus</b>                                       | <b>453</b> suuri  |
| <b>222</b> keskisuuri (A, B)   | <b>Ihmisen pelastaminen</b>   |
| <b>223</b> suuri (A)   | <b>480</b> Ihmisen pelastaminen: muu  |
| <b>Ilmaliikenneonnettomuus tai -vaara</b>                            | <b>483</b> ihmisen pelastaminen vedestä   |
| <b>231</b> onnettomuus: pieni (A)                                    | <b>486</b> ihmisen pelastaminen puristuksista   |
| <b>232</b> onnettomuus: keskisuuri (A)                               | <b>487</b> ihmisen pelastaminen ylhäältä tai alhaalta                                 |
| <b>233</b> onnettomuus: suuri (A)                                    | <b>Onnettomuustilanne: muu</b>  |
| <b>234</b> vaara: pieni (B)  | <b>492</b> onnettomuus maan alla: keskisuuri  |
| <b>235</b> vaara: keskisuuri (B)                                     | <b>493</b> onnettomuus maan alla: suuri   |
| <b>236</b> vaara: suuri (B)  | <b>X ei kuljetusta</b>  |
| <b>Maastoliikenne</b>  | <b>X-0</b> tekninen este  |
| <b>271</b> maastoliikenneonnettomuus (A, B, C)                       | <b>X-1</b> kuollut  |
|  | <b>X-2</b> terveydentila määritetty, ohjattu poliisin suojaan                         |
|  | <b>X-3</b> pyydetty kohteeseen muuta apua   |
|  | <b>X-4</b> muu kuljetus   |
|  | <b>X-5</b> terveydentila määritetty, ei tarvetta ensihoitoon tai hoitotoimenpiteisiin |
|  | <b>X-6</b> potilas kieltäytyi   |
|  | <b>X-7</b> potilasta ei löydy   |
|  | <b>X-8</b> potilas hoidettu kohteessa   |
|  | <b>X-9</b> tehtävän peruutus  |

Bilaga 2 fortsättning. Förstavårdens alarmkoder (Ensihoitopas, 2016)