

# Utvecklandet av en säker vårdstig för den elektiva åtgärdspatienten inom specialistsjukvården och en modell för förändringsarbete

Linda Styris

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social- och  
hälsovård

Sjukskötare högre YH

Vasa 2022



## EXAMENSARBETE

Författare: Linda Styrís

Utbildning och ort: Sjukskötare (högre YH), Vasa

Inriktning: Utveckling och ledarskap

Handledare: Maj-Helen Nyback

Titel: Utvecklandet av en säker vårdstig för den elektiva åtgärdspatienten inom specialistsjukvården och en modell för förändringsarbete

---

Datum: 25.8.2022    Sidantal: 69

Bilagor: 8

---

### Abstrakt

På åtgärdsenheten vid Vasa centralsjukhus förbereds och uppföljs patienter som kommer för olika åtgärder som utförs primärt på röntgenavdelningen eller hjärtstationen. Det förekommer dock att åtgärden inhiberas och flyttas till en senare tidpunkt, vilket medför fördröjning av diagnos och fortsatt vård, ibland för en nyupptäckt cancersjukdom. Detta är olyckligt för patienten som många gånger kommit lång väg till sjukhuset, varit fastande och mentalt förberedd för en åtgärd. Förändringar i det planerade schemat medför också merarbete för vårdpersonalen och outnyttjade resurser.

Syftet med examensarbetet var att ta reda på hur en förändringsprocess kan genomföras så att kvaliteten i vårdprocessen för den elektiva åtgärdspatienten säkras. Avsikten är också att öka förståelsen för patientens hela vårdstig hos alla involverade och genom samarbete komma fram till vad som kan leda till förbättringar och vad som krävs för att kunna genomföra förändring. Önskan är även att skapa en övergripande modell för hur man kan leda en förändringsprocess genom enhetsöverskridande samarbete där Antonovskys teori om sammanhang beaktas så att personalen upplever förändringsprocessen som begriplig, hanterbar och meningsfull.

Studiens design består av kvalitativ metod. En aktionsforskning genomfördes med kartläggning av problemområde genom att analysera HaiPro och QPro rapporter, hålla två fokusgruppintervjuer, fortsätta med samarbetsmöte där planering av verktyg för förbättring skedde samt implementering av förändrat arbetssätt och därefter två utvärderingsmöten.

Resultatet i studien är tvådelat. Dels utvecklades en enhetsöverskridande, gemensam checklista och förbättrat patientdirektiv via den samarbetsprocess som genomfördes. En ökad förståelse av hela vårdprocessen bland alla involverade och användandet av de nya verktygen medför en säkrare vårdstig för åtgärdspatienten. Dels skapades en modell för förändringsarbete; förändringshjulet.

---

Språk: svenska

Nyckelord: Förändring, ledarskap, samarbete, tillfredsställelse och patientsäkerhet

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Linda Styris

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja (ylempi AMK) Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kehittäminen ja johtaminen

Ohjaaja(t): Maj-Helen Nyback

Nimike: Erikoissairaanhoidon elektiivisen toimenpidepotilaan turvallisen hoitopolun ja muutostyön mallin kehittäminen

---

Päivämäärä 25.8.2022 Sivumäärä 69

Liitteet 8

---

### Tiivistelmä

Vaasan keskussairaalan toimenpideyksikössä potilaita valmistellaan ja jälkiseurataan erilaisiin toimenpiteisiin, jotka suoritetaan ensisijaisesti röntgenosastolla tai sydänasemalla. Huomattiin kuitenkin, että toimenpide joudutaan joskus perumaan ja siirtämään eteenpäin, mikä johtaa mahdollisen syöpädiagnoosin ja jatkohoidon viivästymiseen. Tämä on valitettavaa potilaalle, joka on usein tullut pitkän matkan sairaalaan, ollut ravinnotta ja henkisesti valmistautunut toimenpiteeseen. Muutoksia suunnitelmassa aiheuttaa myös ylimääräistä työtä terveydenhuollon henkilökunnalle ja käyttämättömiä resursseja.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten muutosprosessi voidaan toteuttaa siten, että elektiivisen potilaan hoitoprosessin laatu varmistetaan. Tavoitteena on myös lisätä ymmärrystä potilaan koko hoitopolusta kaikkien toimijoiden keskuudessa ja yhteistyön kautta päätyä siihen, mikä voi johtaa parannuksiin ja mitä tarvitaan muutoksen toteuttamiseen. Toiveena on myös luoda kokonaisvaltainen malli muutosprosessin johtamiseen yksiköiden välisellä yhteistyöllä, jossa Antonovskyn koherenssiteoria otetaan huomioon niin, että henkilöstö kokee muutosprosessin ymmärrettävänä, hallittavana ja merkityksellisenä.

Tutkimuksen suunnittelu koostuu kvalitatiivisesta menetelmästä. Toteutettiin toimintatutkimus, jossa kartoitettiin ongelma-alueita analysoimalla HaiPro ja QPro-raportteja, pidettiin kaksi fokusryhmähaastattelua, jatkettiin yhteistyökokouksella, jossa suunniteltiin parannustyökaluja ja toteutettiin muuttunut toimintatapa ja sitten kaksi arviointikokousta.

Tutkimuksen tulos on kaksijakoinen. Toteutetun yhteistyöprosessin kautta kehitettiin ensin yksiköiden välinen yhteinen tarkistuslista ja parannettiin potilasohje. Parempi ymmärrys koko hoitoprosessista kaikkien osallistujien kesken ja uusien työkalujen käyttö johtavat toimenpidepotilaan turvallisempaan hoitopolkuun. Toisena luotiin, teorian ja toimintatutkimuksen pohjautunut malli muutostyölle; muutoksen pyörä.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Muutos, johtaminen, yhteistyö, tyytyväisyys ja potilasturvallisuus

## BACHELOR'S THESIS

Author: Linda Styris

Degree Programme: Nursing (Master degree) Vaasa

Specialisation: Development and leadership

Supervisor(s): Maj-Helen Nyback

Title: The development of a safe care path for the elective procedure patient in specialist healthcare and a model for change work

---

Date 25.8.2022 Number of pages 69

Appendices 8

---

### Abstract

At the procedure unit at Vaasa Central Hospital patients are prepared and followed up for various procedures that are performed primarily in the X-ray department or heart station. It happens, however, that the planned procedure has to be inhibited and moved forward. This leads to a delay in diagnosis and continued care, in some cases for a newly discovered cancer diagnosis. This is unfortunate for the patient who has often come a long way to the hospital, has been uneaten and mentally prepared for procedure. A change in plans also entails extra work for the healthcare staff and unused resources.

The purpose of the thesis is to find out how a change process can be implemented so that the quality of the care process for the elective procedure patient is secured. The intention is also to increase the understanding of the patient's entire care path among all involved and through collaboration to arrive at what can lead to improvements and what is required to be able to implement change. The desire is also to create an overall model for how to lead a change process through cross-unit collaboration where Antonovsky's theory of context is taken into account so that the staff experiences the change process as comprehensible, manageable and meaningful.

The study's design consists of a qualitative method. An action research was carried out with problem area mapping by analyzing HaiPro and QPro reports, holding two focus group interviews, continuing with a collaboration meeting where planning of tools for improvement took place as well as implementation of a changed way of working and then two evaluation meetings.

The result of the study is two parted. Firstly, a cross-unit, joint checklist and improved patient directive were developed via the collaborative process that was carried out. An increased understanding of the entire care process among all involved and the use of the new tools leads to a safe care path for the procedure patient. Secondly, a model was created for change work; the wheel of change.

---

Language: Swedish

Key words: Change, leadership, collaboration, satisfaction and patientsafety

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund .....	4
2.1	Specialsjukvårdens öppenvårdsenheter .....	4
2.2	Rapportering av patientsäkerhetshändelser - Haipro och QPro .....	7
2.3	Leda förändring genom samarbete .....	11
2.3.1	Förändringsprocessen.....	11
2.3.2	Leda bestående förändring.....	14
3	Teoretisk referensram .....	17
4	Syfte och frågeställningar .....	20
5	Kvalitativ design .....	20
5.1	Aktionsforskning .....	22
5.2	Etiska överväganden.....	23
6	Aktionsforskningsprocessen .....	23
6.1	Analys av Haipro och QPro .....	25
6.1.1	Händelsens karaktär .....	26
6.1.2	Typ av händelse.....	28
6.1.3	Följder för enheten .....	30
6.1.4	Utvecklingsförslag.....	31
6.2	Fokusgrupp.....	32
6.2.1	Urval .....	33
6.2.2	Genomförande av fokusgrupp .....	33
6.2.3	Dataanalys av material från fokusgrupp 1 och 2.....	36
6.3	Samarbetsmöte .....	39
6.4	Förändring.....	43
6.5	Utvärderingsmöten .....	44
6.6	Uppföljande Haipro & QPro analys.....	45
7	Diskussion.....	48
7.1	Resultatdiskussion.....	49
7.1.1	Resultatets svar på forskningsfrågorna.....	49
7.1.2	Jämförelse av resultat mot teori .....	53
7.1.3	Diskussion kring den teoretiska referensramen.....	55
7.2	Metoddiskussion.....	57
7.2.1	Diskussion om HaiPro och QPro analysen.....	58
7.2.2	Genomförandet av fokusgrupper, samarbetsmöte och utvärderingsmöten .....	59
7.3	Slutledningar .....	61

Figur 1. Värderingar inom Österbottens välfärdsområde

Figur 2. Förändringskurvan av Helena Isberg Malmgård

Figur 3. Modell för interprofessionellt samarbete

Figur 4. Aktionsforskningsspiralen

Figur 5. Aktionsforskningsspiralen – HaiPro och QPro analys

Figur 6. Händelsens karaktär

Figur 7. HaiPro anmälningarnas händelsetyper

Figur 8. Följder för enheten

Figur 9. Aktionsforskningsspiralen – Fokusgrupper samt analys

Figur 10. Teman, meningsenheter och nyckelord

Figur 11. Aktionsforskningsspiralen – samarbetsmöte

Figur 12. Aktionsforskningsspiralen - införande av nytt arbetssätt

Figur 13. Aktionsforskningsspiralen – utvärdering

Figur 14. Aktionsforskningsspiralen – HaiPro och QPro uppföljningsanalys

Figur 15. Teman och nyckelord i förändringsprocessen

Figur 16. Förändringshjulet

Bilaga 1 Beviljat tillstånd för högre YH examensarbete på VCS

Bilaga 2 Kallelsebrev till fokusgrupp

Bilaga 3 Kutsukirje fokushaastattelua varten

Bilaga 4 Översättning av figur 10 till svenska

Bilaga 5 Checklista för djup biopsi

Bilaga 6 Tarkistuslista syväbiopsia varten

Bilaga 7 Vävnadsprov av inre organ - patientdirektiv

Bilaga 8 Sisäelimen kudoksenäyte - potilasohje

# 1 Inledning

Österbottens välfärdsområde såg dagens ljus den 1. januari 2022 och då inleddes en ny era i Österbotten. Österbottens välfärdsområde bildar en samkommun dit alla social- och hälsovårdstjänster från 13 kommuner har överförts och styrs av fullmäktige och en styrelse som leds av sjukhusdirektören. Under år 2022 fungerar samkommunen varefter lagen om välfärdsområden (611/2021) börjar tillämpas 1.1.2023 då ytterligare en del verksamheter överförs till välfärdsområdet i enlighet med lagstiftningen gällande välfärdsreformen. (Finlex 611/2021)

En ny, större organisation kräver uppgörande av nya strategier och målsättningar för verksamheten. De övergripande målsättningarna utgörs bland annat av att det i Österbotten bor Finlands mest välmående befolkning och att klient- och patientsäkerheten inom samkommunen är den bästa i Norden. Serviceattityden ska bygga på lättillgänglighet, varmt bemötande och kontinuerlig utveckling med följande huvudvärderingar i fokus:



Figur 1. Värderingar inom Österbottens välfärdsområde. (2022)

Värderingarna innefattar visionen om att välfärdsområdet är närvarande i människors vardag, att samarbete råder för allas välfärd, i alla livssituationer och på två språk. Österbotten ska erbjuda en samlad social- och hälsovård med utmärkta resultat genom att ha en stark innovationskraft. (Österbottens välfärdsområde; strategi och värderingar, 2022)

Tidigare använde man begreppet kund till viss del inom Vasa sjukvårdsdistrikt då man avsåg patient men idag inom Österbottens välfärdsområde används i huvudsak begreppen klient och patient och i planen för kvalitetsledning- och klientsäkerhet (2022) omfattar begreppet klient både klient och patient. En stor orsak till betoningen av klient är att socialvården inkluderats tillsammans med hälso- och sjukvården i välfärdsområdet.

På Vasa centralsjukhus, som nu är en del av den nya organisationen, har man sedan länge strävat till att ha den bästa kundupplevda kvaliteten i Finland och i strategin var kundorientering ett av sjukhusets grundläggande värden. Kundorientering innebär att kunden respekteras som en människovärdig individ och att kundens begränsningar och möjligheter beaktas och utgör utgångspunkten för servicen. Kunden skall få ett gott bemötande och betjäning på det egna modersmålet. Kunden skall ges tid och uppmärksamhet samt bli hörd. Dessutom skall snabb betjäning med kunden i fokus i en obruten och säker vårdprocess där vården slutförs, vara målet för kundorienterad service. Personalen skall vara yrkeskunnig och sakkunnig med kundorienterad kompetens. Yrkespersonerna samarbetar över gränsyterna i strävan efter att ge bästa möjliga vård utifrån kundens behov och servicemöjligheterna. (Verksamhetsprogram för kundorientering i VSVD, 2016)

Ovanstående målsättning har uppgraderats så att man inom nya välfärdsområdet tillsammans ska sträva till ännu bättre kvalitet och kundupplevelse samt även inkludera klienter och patienter mera i olika beslutsprocesser. Delaktigheten tar sig bland annat uttryck i att flera olika klientråd bildats med representanter från olika klientgrupper samt att klienternas möjlighet att ge respons gällande all verksamhet och service förbättrats. (Plan för kvalitetsledning- och klientsäkerhet, 2022)

Detta examensarbete berör dock i huvudsak sjukvården och då används begreppet patient.

Lagen om patientens rättigheter (785/1992) föreskriver att var och en som varaktigt bor i Finland har, utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande, rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Enligt lagen har patienten rätt till hälsovård och sjukvård av god kvalitet. God vård utförs i en smidig och säker process.

Ovanstående verksamhetsprogram och lagförfordning samt alla inblandade parter goda intentioner till trots, upplevde vi på min tidigare arbetsplats, inom öppna specialistsjukvården på centralsjukhuset, brister i vårdprocessen som bland annat bidrog till fördröjd vård och därmed ett visst missnöje bland patienterna. Kanske inte dagligen, men nog flera gånger i veckan, uppdagades brister i vårdprocessen som även ledde till frustration bland vårdpersonalen. Följden för patienten var ofördelaktig eftersom det innebar att planerad undersökning eller åtgärd fördröjdes eller helt och hållet blev tvungen att skjutas upp till en senare tidpunkt. Detta ledde i flera fall till att diagnosen fördröjdes och därmed fördröjdes även eventuell behandlingsstart, t.ex. för cancersjukdom. Orsakerna till de inställda ingreppen var till exempel att läkemedelspauser inte tillämpats, vilket ibland ledde till att



åtgärden inte kunde utföras på grund av den ökade blödningsrisk det medförde då inte blodförtunnande medicin pausats enligt riktlinjerna. I dessa fall skickades patienten hem i väntan på ny tid och resursen, tiden och platsen som reserverats, förblev outnyttjad. Patienten hade eventuellt kommit lång väg, ibland med taxi över 100 km, varit oäten 12 h, oroat sig inför åtgärden för att sedan bli tvungen att återvända hem med oförrättat ärende och vänta på ny tid från remitterande enhet för att komma på nytt.

Personalen på åtgärdsenheten hade således en erfarenhet av att relativt många avvikelser inträffade under åtgärdspatientens vårdstig som äventyrade hela vårdprocessen eller åtminstone fördröjde den planerade åtgärden på undersökningsdagen. Den förförståelse av problemet som bildades inom personalgruppen, utgjorde bakgrunden och utgångspunkten till hela utvecklingsarbetet.

Utgångspunkten för examensarbetet är hur man kan leda förändring för att förbättra och få en verklig ändring till stånd för att trygga åtgärdspatientens vårdstig. Avsikten är att öka förståelsen för patientens hela vårdstig hos alla involverade och genom samarbete fundera kring orsaker och lösningar, vad som kunde leda till förbättringar och vad som krävs för att kunna genomföra förändring. Målet med förbättringen är att inte en enda patient i onödan ska bli lidande av sådant som vi kan förebygga och därmed undvika. Förhoppningen är att denna process ska ge en övergripande modell för hur andra önskade förändringar kan ledas och genomföras.

Vid förändringsarbete och utvecklingsprojekt är det viktigt att göra alla involverade parter delaktiga i förbättringsarbetet. Ur ledarsynvinkel är det viktigt att själv vara personligt engagerad och tro på att medarbetarna vill göra ett bra arbete samt ge dem förtroende och ansvar. Vid ett humanistiskt ledarskap är det centralt att lyssna på de anställda och ta vara på deras idéer till verksamhetsutveckling. I förbättringsarbetet skall man dra nytta av fel, brister och avvikelser och lära sig av dessa. Ledaren bör på detta sätt försöka få fram individernas egen motivation till att vilja vara aktiva i utveckling och förbättringsarbete. Väsentligt är dock att medarbetarna förstår syftet med arbetet och upplever att de är delaktiga. Då uppstår en känsla av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. (Sörqvist, L. 2013, s. 272–274)

Att ha samarbetande ledarskapsmetoder är ett sätt att främja utvecklingen och uppfylla övergripande organisationsmål. Kollaborativt ledarskap, eller samarbetsledarskap, beskrivs som en ledningspraxis där medlemmar i ett team arbetar tillsammans över sektorer för att

fatta beslut och utveckla sin organisation. Denna ledarskapsstil har blivit vanligare bland chefer idag och ersätter den tidigare standardmetoden för top-down ledarskap, där ledare på hög nivå fattade beslut som sipprade ner till anställda utan att ge någon insikt i hur eller varför dessa beslut togs. Organisationer som leds av samarbetsledare kommer sannolikt att utveckla mera smidiga, innovativa och högfungerande team som kan göra en bestående inverkan på olika branscher. (DiFranza 2019)

Önskan är att detta examensarbete ska visa på att samarbete är ett av nyckelorden för att främja förändring samt att slutprodukten ska bidra till att stöda personalen i att nå vårt nya välfärdsområdes långsiktiga mål om en klient- och patientsäkerhet som är i toppklass i Norden.

## **2 Bakgrund**

I detta kapitel beskrivs inledningsvis den vårdverklighet examensarbetet utgår ifrån, således öppna specialistsjukvårdens enheter och speciellt åtgärdsenheten och dess verksamhetsområde för att ge en förståelse av patientgruppen arbetet omfattar. Därefter följer en beskrivning av kvalitetsmätarna HaiPro och Qpro. Sedan refereras relevant teoretisk bakgrund, således forskning och annan litteratur gällande utvecklingsområdet.

### **2.1 Specialistsjukvårdens öppenvårdsenheter**

Österbottens välfärdsområde är organiserat i sex olika verksamhetsområden med olika resultatområden därunder. Specialistsjukvårdens polikliniker hör under verksamhetsområdet för social- och hälsovårds service och därunder till resultatområdet för specialistsjukvårdens polikliniker medan åtgärdsenheten hör till verksamhetsområdet sjukhusservice och resultatområdet akutsjukhus. Tidigare på Vasa Centralsjukhus delades organisationen in enligt olika serviceområden och då omfattades serviceområdet för öppenvård av både polikliniker, åtgärdsenheten (tidigare dagenheten), onkologisk dagavdelning och dialysen. Då som nu lyder dessa resultatområden under samma överskötare som ansvarar för utvecklande av vårdarbetet. Eftersom enheterna organisatoriskt är under olika verksamhetsområden är det troligen bra för samarbetet att ledarskapet innehas av samma person för de enheter som ger service och vård åt samma patienter. (Österbottens välfärdsområde; Våra hälso- och sjukvårdstjänster, 2022.)

Åtgärdsenheten är en enhet som grundades delvis som en sparåtgärd hösten 2017. En inremedicinsk avdelning lades ned och dagenheten öppnades i samma utrymmen med 15 platser. Verksamheten på dagenheten, nuvarande åtgärdsenheten, omfattar polikliniska infusionsbehandlingar samt planerade åtgärder och undersökningar, för patienter som behöver förberedelse inför och uppföljning efter åtgärd eller undersökning. Undersökningen eller åtgärden sker vanligtvis på röntgen eller hjärtstationen. Några få mindre ingrepp sker på uppvakning eller i operationssal men regelrätta operativa ingrepp styrs via preoperativa polikliniken och utförs på avdelningen för dagkirurgi eller operationsavdelningen med uppvakning och/eller bäddavdelning som uppföljande enheter. Vissa åtgärder utförs även på själva åtgärdsenheten, däribland exempelvis pleurapunktioner och –dränage samt elektiva kardioversioner. Poliklinisk åtgärdsverksamhet och olika dagsbehandlingar är en växande verksamhet då man med dagens undersöknings- och behandlingsmetoder kan gå in för mer dagpatientverksamhet med kortare uppföljnings- och vårdtider. Detta medför även betydande avlastning för vårdavdelningarna som inte behöver avvika sängplats för dagpatienter nästan alls längre. (Österbottens välfärdsområde; Våra hälso- och sjukvårdstjänster, 2022.)

Mångfalden av åtgärdsenhetens patienter och specialområden är mycket varierande vilket kräver mångprofessionellt samarbete och tydliga processer eftersom vårdpersonalen på åtgärdsenheten inte kan vara expert på över 20 olika specialområdens klienters specifika vårdbehov.

Specialsjukvårdens polikliniker tar emot patienter med remiss för bedömning vid misstanke om sjukdom som kräver specialsjukvård och följer upp patienter med akuta eller kroniska sjukdomar regelbundet. Inom poliklinikerna arbetar sjukskötare och läkare i tätt samarbete på mottagningar indelade enligt specialområde; t.ex. gastroenterologi, nefrologi, hematologi, lungsjukdomar, urologi och gastrokirurgi. Arbetssätt och ansvarsfördelning kan delvis vara strukturerat på olika sätt inom varje specialområde, t.ex. mottagningsskötarmodell och team-modell.

Inom organisationen, på sjukhusområdet, förbereds nya fysiska samarbetsstrukturer och mera enhetliga arbetssätt då den nya sjukhusbyggnaden, H-huset, tas i bruk under hösten 2022. Flera polikliniker slås ihop till en större enhet och inleder ökat samarbete i gemensamma utrymmen. Åtgärdsenheten fortsätter sin verksamhet i nya lokalteter nära intill den nya poliklinikens olika mottagningar. Inom poliklinikerna och deras olika specialområden har man arbetat enligt lite olika modeller och arbetsfördelning vilket har

föranlett utvecklingsarbeten inför den kommande förändringen med nya gemensamma utrymmen, för att säkerställa en fungerande vårdstig och hög vårdkvalitet för klienterna. Även många av öppna vårdens enheter från Vasa stad flyttar till H-huset vilket medför ytterligare ökat behov av samarbete och nya arbetssätt samt att mera enhetliga processer utvecklas tillsammans mellan specialistsjukvården och primärvården.

Att leda och utveckla denna verksamhet i tider av ständig förändring är speciellt utmanande då det berör så många olika områden som alla har sina egna verksamhetsmål och olika arbetssätt.

Starten av åtgärdsenhetens verksamhet avlastade således vårdavdelningarna från att belastas av de polikliniska undersöknings- och åtgärdspatienter som endast behöver sängplats under några timmar. Åtgärdsenheten håller öppet vardagar från kl. 7 till kl. 19 (18 på fredagar) och under denna tid kan relativt stor patientström hanteras av de 9 sjukskötare som är anställda på enheten. I dagsläget bokas uppemot 30 patienter dagligen till åtgärdsenheten. Variationen på dagarna är dock stor och olika tilltag har gjorts för att försöka få klientflödet jämnare och därmed kanske kunna ta emot ytterligare klientgrupper. Dagens bokningssystem sätter dock vissa gränser för flexibiliteten då klienter planeras in av många olika aktörer inom flera specialområden.

Enligt den verksamhetsmodell som uppgjordes vid starten av åtgärdsenheten så fungerar avdelningen enbart som åtgärdsenhet dit patienter bokas in i huvudsak från de olika poliklinikerna och ibland från akuten eller vårdavdelningarna. Remitterande enhet bokar in patienten till åtgärdsenheten på rätt vald bokningsresurs, bokar laboratorie- och röntgenundersökningar, sörjer för att eventuella läkemedelspauser tillämpas inför åtgärder samt skickar kallelsebrev med väsentlig information till patienten alternativt ringer upp patienten, speciellt om åtgärden planeras in brådskande. Åtgärdsenhetens ansvarsområde är att förbereda patienten inför åtgärden, ordna transport till undersökningsenheten samt handha den direkta eftervården och uppföljningen samt skriva ut patienten. Åtgärdsenheten har en ansvarsläkare men ingen som dagligen finns på plats utan remitterande enhet har ansvar för att ordinationer gjorts färdiga inför åtgärden och att fortsatt vård, svarstider och dylikt ordnas. (Österbottens välfärdsområde: åtgärdsenhet, 2022)

Exempel på en åtgärdspatient är en patient som ska genomgå leverbiopsi efter att förändring på levern upptäckts. Dessa patienter remitteras antingen från gastroenterologi på inre medicinska polikliniken eller från gastrokirurgin på kirurgiska polikliniken för provtagning från levern. Åtgärden utförs på röntgen i genomlysning efter att patienten förberetts på

åtgärdsenheten. Remitterande enhet kallar in patienten, bokar in blodprover som vanligtvis tas dagen innan och informerar om läkemedelspauser för att blödningskomplikationer skall undvikas (paus av de läkemedel som inverkar på blodkoaguleringen) eller njurarna skyddas (paus av vissa diabetesmediciner i samband med kontrastmedelsundersökningar). Patienten skall komma oäten till åtgärdsenheten på undersökningsdagen där patienten byter kläder och får insatt iv-kanyl med vätskedropp inför ingreppet. Vid mottagande av patienten kontrolleras läkemedelslistan samt ev. läkemedelspauser, allergier samt andra åtgärdsrelaterade förberedelser genomförs. Efter ingreppet på röntgen är leverbiopsipatienten sängliggande 4 timmar för att undvika blödningskomplikationer. Blodtryck, puls och ev smärta följs med och patienten observeras noggrant. Om allt går bra kan patienten stiga upp, äta mellanmål och småningom fara hem. Svaret på provbiten som tagits fås från remitterande enhet efter att patologen gett sitt utlåtande. Denna patientgrupp kommer oftast för provtagning på grund av att man misstänker levercancer eller eventuell metastasering av antingen nyupptäckt eller tidigare känd cancer. Detta tas i beaktande vid bemötandet och en uppskjuten åtgärd utgör ytterligare ett orosmoment för en, redan många gånger psykiskt tungt belastad patient.

Eftersom patientens vård inkluderar många olika enheter, flera serviceområden och flera olika yrkespersoner är det oerhört viktigt att alla känner till vikten av sin egen del i vårdprocessen och tar ansvar för att försäkra sig om att patienten får rätt vård till rätt tid och på rätt sätt samt strävar till att göra patienten delaktig genom att ge grundlig information samt möjlighet till att ställa frågor om vårdplanen.

## **2.2 Rapportering av patientsäkerhetshändelser - Haipro och QPro**

Haipro fungerar som Österbottens välfärdsområdes, och tidigare Vasa sjukvårdsdistrikts, egenuppföljningsprogram; ett elektroniskt system för rapportering av bl.a. patientsäkerhetshändelser. Syftet med rapportering av tillbud och negativa händelser som drabbar klienter och patienter är att ta lärdom av dem och utveckla verksamheten så att liknande händelser skall kunna förebyggas och undvikas i fortsättningen. Haipro anmälan görs av personalen då negativ händelse drabbat patienten eller då nära ögat tillbud upptäcks. Även övriga upptäckter och utvecklingsförslag kan framföras i Haipro utan att det behöver gälla någon specifik patient. Anmälaren beskriver händelseförloppet samt anger bidragande orsaker till att tillbudet eller händelsen inträffat samt uppger den egna åsikten gällande vad som kan undvika upprepning av händelsen samt kan ange egna utvecklingsförslag. (Österbottens välfärdsområde; kvalitet och tillsyn, 2022)

Anmälarer kan antingen rikta anmälan om en patient- eller klientsäkerhetshändelse eller – tillbud till egen enhet eller direkt rikta rapporten till annan enhet som ärendet berör. Anmälarer väljer händelsens natur; nära ögat händelse eller händelse som drabbat klient eller patient. Man väljer vad ärendet berör för typ av händelse. Det finns totalt 16 händelsetyper att väja mellan, tex. läkemedelsrelaterad händelse, apparatrelaterad händelse, informationsflödesrelaterad händelse samt händelse relaterad till övrig vård och uppföljning, laboratorie- eller röntgenundersökning, olycksfall; bl.a. fallolyckor, och våldsrelaterade händelser. Därefter beskrivs det som hände ingående genom att man uppger situationen på enheten vid tillfället, hur patienten eller klienten drabbades eller kunde drabbats vid nära ögat händelse, samt vilka följder händelsen fick både för patient eller klient och för enheten. Anmälarer anger även vilka bidragande faktorer som anses orsakat händelsen samt sin egen åsikt gällande hur man i fortsättningen kunde undvika liknande händelser. (HaiPro skolningsvideo 2022)

Även klienter, patienter och anhöriga kan lämna in en anmälan om allvarlig patientsäkerhetshändelse; patient-HaiPro via välfärdsområdets webb-sida. Dessa anmälningar, som även kan göras av anhöriga, tas emot elektroniskt av patientsäkerhetskoordinator som vidarebefordrar anmälan till rätt enhet enligt vad som angetts i anmälan. Patientsäkerhetskoordinatorn sänder även tackbrev till anmälarer om kontaktuppgifter lämnats. Därefter skall aktuell enhet ge respons till anmälarer i de fall då kontaktuppgifter lämnats. (Österbottens välfärdsområde; Ge respons, 2022)

QPro består av patientfeedback som getts antingen via skriftlig blankett eller via direkt-feedback (en tablet, ”platta” som man trycker på). Frågor besvaras med graderingen 1-12 och möjlighet för fria kommentarer och utvecklingsförslag finns samt plats för kontaktuppgifter ifall man önskar att kontakt tas från enheten. Feedback tabletter är placerade vid utgången av enheterna och där kan patienten gradera vården från 1-5 genom att klicka på olidfärgade knappar. (Awanic Oy; QPro 2021)

QPro har från början av år 2022 bytts ut till Roidu programmet för klientrespons inom hela välfärdsområdet. I dagens läge kan respons ges elektroniskt via webb-sidorna eller på motsvarande tablets som tidigare. Rapporterna ger organisationen en bild av hur tillfreds klienter och patienter är med vården och servicen de får. (Österbottens välfärdsområde; Ge respons, 2022)

Bleustein et al’s studie från 2014 är intressant att beakta då man bedömer trovärdigheten av klientrespons. I studien undersöktes patienters väntetider på läkarmottagningar i relation till

patientens tillfredsställelse, med besöket och vårdgivarna. Studien hade utförts under 2008 genom att ungefär 49 000 frågeformulär skickades ut elektroniskt till alla som besökt en läkarklinik under det gångna året. Endast 23% svarade, vilket ändå utgjorde ett stort material; över 11 000 responser. Svaren behandlades kvantitativt med statistisk analys. Resultatanalysen påvisade att väntetider kunde uppstå i flera olika sammanhang, t.ex. fördröjningar i planerade prov, åtgärder eller väntan på läkare. Även väntetider på akuten var vanligt förekommande men av de olika väntetiderna var det lång väntetid trots planerat besök som orsakade störst missnöje bland klienterna. (Bleustein et al. 2014)

I studien sammanfattade man med att även om det är väl känt att längre väntetider är negativt förknippade med patienttillfredsställelse, visade resultaten att alla aspekter i patientens upplevelser, särskilt förtroende för vårdgivaren och upplevd kvalitet, korrelerade negativt med längre väntetider, således den totala upplevelsen avgjorde graden av nöjdhet. (Bleustein et al. 2014)

De olika rapporterna handläggs alla av förmannen eller av enhetens ansvariga läkare eller socialvårdens ansvarsperson beroende på om anmälan gäller vårdarbete, läkarlinjens eller socialvårdens verksamhet. Handläggningen innebär en närmare analys av vilka följder den farliga händelsen medfört för patienten och enheten, vilka de bidragande orsakerna troligen varit, riskbedömning samt vilka åtgärder man planerar insätta för att händelsen inte ska upprepas. Riskbedömning görs med hjälp av riskmatrisen där handläggaren bedömer hur troligt det är att händelsen upprepas i relation till hur allvarlig en dylik händelse vanligtvis är. Efter att åtgärder vidtagits och eventuella utvecklingsåtgärder insatts är tanken den att handläggaren återvänder till rapporten och antecknar utförda åtgärder samt ev. utfall av dessa. Rekommendationen är att rapporterna öppet genomgås med personalen på enhetsmöten och att personalen görs delaktiga i handläggningsprocessen, speciellt vid planeringen av förbättringsåtgärder. (Awanic Oy:n käsittelijänohje 2020)

Rapporteringen baseras på frivillig, konfidentiell och icke-anklagande anmälan och handläggning av farliga händelser och nära ögat tillbud. Programmet möjliggöra att ansvarig handläggare (tex. förman) samt övriga, inom organisationen utsedda ansvarspersoner, kan följa rapporterna i realtid. Programmet innehåller riskmatris för klassificering av riskstorlek i samband med handläggningen. (Awanic Oy; HaiPro. 2021)

Både HaiPro och dåvarande QPro ger färdiga rapporter i tabellformat över antal inkomna anmälningar under olika huvud- och underkategorier. Den skrivna texten måste dock läsas och analyseras manuellt.

HaiPro verktyget används i över 200 social- och hälsovårdsenheter runtom i Finland. Syftet med HaiPro-programmet är alltså att samla in rapporter om klient- och patientsäkerhetsavvikelser som inträffat eller kunde inträffat (nära ögat händelser) i utövandet av socialvård eller hälso- och sjukvård. Tanken är att händelserna analyseras och därefter bidrar till utvecklingsåtgärder som medför förbättringar av verksamheten. Anmälan grundar sig på frivillighet och icke skuldbeläggande rapportering och handläggning av rapporterna. Anmälan kan göras anonymt eller med namn. (Awanic Oy; HaiPro. 2021)

Eftersom anmälning är frivilligt kan ett stort mörkertal av patientsäkerhetshändelser förekomma eftersom tidigare forskning vet att personalen inte alltid fyller i HaiPro rapporter trots att de upptäcker orsak till rapportering. Bakomliggande skäl till att anmälan inte ifylls kan vara tidsbrist, att man redan diskuterat ärendet muntligt och ev. också gjort förbättringar eller att man upplever att rapporterna inte leder till någon förändring eller direkt åtgärd trots flera på talningar. Men även en grundlig skolning både för anmälare och handläggare av rapporterna är avgörande för att kunna dra nytta av rapporteringen. (Liukka, 2019 & Holmström, 2017)

Säkerhetskulturen på enheten är avgörande för hur flitigt rapporter görs. Vid tre akutsjukhus i USA hade sjukskötares uppfattning gällande hur skillnader i arbetsmiljön påverkade dem undersökts. Resultatet visade att de sjukskötare som uppfattade sin arbetsplats som mera patientcentrerad hade högre grad av tillfredsställelse och lägre grad av läkemedelsavvikelser samt att de även kände sig bekväma med att rapportera nära ögat händelser och händelser som drabbat patient. Konklusionen av denna studie var att ett kvalitativt ledarskap med inriktning på patientcentrerad vård förbättrar både anställdas, patients och organisationens situation. (Cheryl & Douglas 2007)



## 2.3 Leda förändring genom samarbete

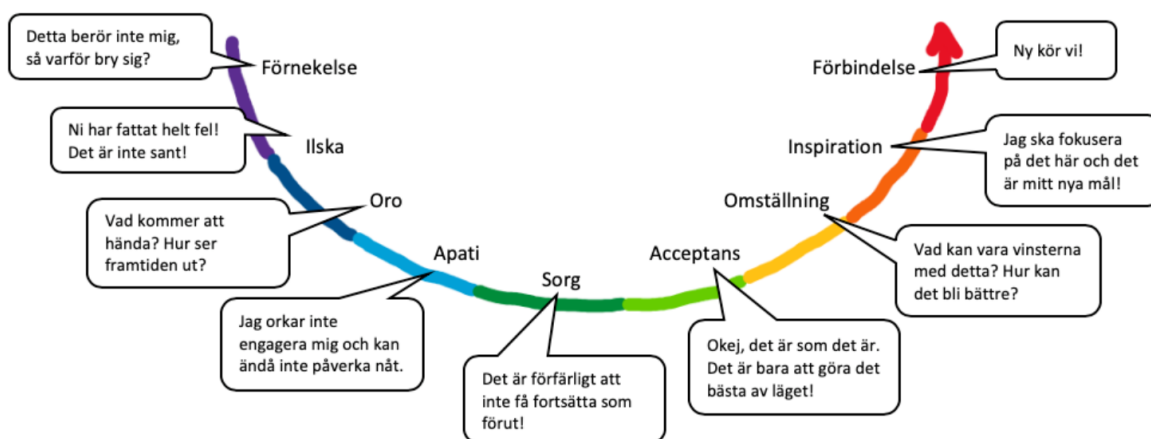
Som ytterligare bakgrund till denna studie har forskning, rapporter och annan litteratur som är relevanta för ledarskap och samarbete samt förändring, med fokus på ökad patientsäkerhet och en lyckad vårdprocess sökts. Databaser, bl.a. PubMed, SweMed, Ebsco, Finna och Google scholar har använts och sökorden som använts är *change, leadership, collaboration, satisfaction and patientsafety*. Dessa sökord har kombinerats på olika sätt och de som ansågs lämpliga till denna studie har valts ut utifrån genomläsningar av abstrakt.

Kritisk källgranskning har beaktats, eftersom det är viktigt för att försöka säkerställa källans äkthet och att upphovsmannen är den rätta och vilken bakgrund denne har samt vilka omständigheter som eventuellt inverkat på uttalandet eller till dokumentet. Således bör källans trovärdighet bedömas samt bakomliggande orsaker till specifika åsikter tas i beaktande i bakgrundslitteraturen. (Henricson 2012, s. 544-545)

### 2.3.1 Förändringsprocessen

All verksamhet bör utgå från evidensbaserad hälso- och sjukvård både när det gäller förhållningssätt (t.ex. hur förbinda sig till att använda säkra arbetsmetoder, t.ex. checklistor) och processen att hela tiden aktivt ta del av och använda aktuell forskning samt tillämpa övriga kunskaper, t.ex. erfarenheter, inom ett område. Enligt Willman et al.(2006) bör vårdssituationer basera sig på och anpassa sig till evidensbaserad omvårdnad, klinisk erfarenhet, resurstillgångar samt patientens önskemål och förväntningar. (Willman et al. 2016)

Förändring startar dock med den enskilda individen och olika grader av motstånd till att genomföra förändring kan uppstå. Nedanstående modell tar upp de olika faser individen kan gå igenom i samband med en förändringsprocess. Alla går inte igenom alla faser och de passeras inte nödvändigtvis heller linjärt men för ledare av förändring är det viktigt att vara medveten om olika typer av reaktioner och motstånd som kan uppstå.



Figur 2. Förändringskurvan av Helena Isberg Malmgård (2022)

En förändringsledare bör således vara beredd på känslomässiga reaktioner och tillåta dessa. Förändring tar tid och olika personer reagerar på olika sätt och befinner sig på olika steg olika länge i den så kallade förändringskurvan.

Förändringsviljan på en radiologisk enhet studerades och analyserades av Källberg, 2013. Studien sökte bl.a. svar på frågan; *"vilken betydelse har förutsättningar för förändring för hur aktörerna agerar, reagerar och interagerar i en förändringsprocess?"* En negativ förändringsvilja konstaterades bl.a. påverkas av historiken; tidigare mindre lyckade förändringar, av förändringströtthet, om man upplevt många förändringar tätt efter varandra tidigare eller om man misstänkte en dold agenda med förändringen, tex. i huvudsak en ekonomisk orsak bakom förändringen och inte den som angavs. Man beskriver i studien olika förändringskompetenser som viktiga för lyckad förändringsprocess. Kompetenserna "hantering av emotionella processer" och "förståelse för och integration av olika kompetenser och världar" var de mest betydelsefulla medan de övriga: "projektledning och projektarbete", "processutveckling, organisations- och strukturförändringar" samt "kommunikation och samordning" även bidrog till att förutsättningen för att lyckas med förändringen inom verksamheten eller organisationen var betydligt större. Det var viktigt att den formella bestämmande rätten var klargjord och att någon stod för den emotionella tilliten. Uppfattningen om förändringsledaren var avgörande för hur mycket motstånd förändringsprocessen mötte. Om förändringsledaren uppfattades komma från "en annan värld" med andra värderingar och synsätt än de som rådde bland de flesta personer som skulle delta i förändringen kunde det inverka negativt och förändringen kunde möta på motstånd. Förändringsledare och ledare behöver analysera och förstå vad tidigare förändringsprocesser medfört gällande förtroendet för ledare och förändringsledare.

Källberg lyfter i slutdiskussionen fram att fler borde se sig som förändringsledare inom vården och att sjukskötare ofta har ett "flödesperspektiv" genom sin roll, framom läkare, vilket kan bidra till att de lättare kan se olika förändringsmöjligheter. Det är ytterst viktigt att erhålla tillit som förändringsledare för att kunna driva förändring. En förändringsledare närmare verksamheten kan ha lättare att erhålla tillit än en som kommer utifrån och kan ha svårare att förstå sammanhanget. En förändringsledare behöver vara prestigelös, uthållig, modig och öppen för nya perspektiv. Hur man kommunicerar förändring har en avgörande betydelse för hur personer förstår vad det är fråga om och ledaren bör välja sina ord noga. En god kommunikation till rätt tid och i rätt mängd är viktig och inger förtroende samt uppmuntrar till diskussion. (Källberg, 2013, 299–318)

Allbee (2020) har erfarit att förändringsprocesser är speciellt utmanande att genomföra inom vårdsektorn, eftersom verksamheten berörs av ett ständigt och stort förändrings- och utvecklingsbehov. En effektiv förändring kräver rätt kombination av människor, process och teknik och startar med en ledare med rätt inställning till säkerhetskultur. Förutsättningen är att ledaren fungerar som förebild; organiserar, leder och stödjer förändring, för att inspirera arbetstagarna till aktivt deltagande i förändringen.

Allbee beskriver en avsaknad av ett formellt tillvägagångssätt för förändringsledning där man lyckas upprätthålla vinsterna av de processförbättringar man gjort. Ledare inom vården behöver praktiska verktyg för bästa möjliga tillvägagångssätt vid förverkligandet av den kulturella omställning som kan krävas vid förändringar. Ett utvecklingscenter har i samarbete med hälsovårdsorganisationer tagit fram en så kallad läroplan för att underlätta förändring. Planen består av fyra komponenter; Planera, Inspirera, Lansera och Stöda. Planen är inte en steg-för-steg-process utan snarare ett kontinuerligt kommunikationsflöde, diskussion, deltagande och aktiviteter från de som påverkas av förändringen och de som är med och påverkar förändringen. Stark betoning i denna modell sätts på att "måla upp hela bilden"; informera och klargöra behovet av förändring tydligt initialt, få deltagarna att önska förändringen genom att inspirera och träna dem i förbättringskultur samt göra de som faktiskt berörs av förändringen delaktiga i processen. Då man lyckats genomföra en förändring är det också viktigt att stanna upp och se i backspegeln för att komma ihåg de förbättringar som faktiskt genomförts och hur vården förbättrats. Samtidigt som man ska jobba för att upprätthålla förändringen ska man även komma ihåg att fira och glädjas åt genomförd förändring. (Allbee, D. 2020)

Förändringar inom vårdsektorn är vanliga men genomförandet av förändringarna är ofta komplicerat och utmanande enligt den australienska skribenten Belinda Allen (2016) som är

inne på samma spår som Allbee (2020). Förändringen genomförs många gånger ofullständigt vilket kan få negativa effekter gällande personalomsättning, patientvård och budget. För att undvika sådana negativa följder föreslås i artikeln en systematisk förändringsprocess i tre steg. Första steget innefattar att förbereda sig för förändring, sedan genomföra förändring och som tredje steg att utvärdera och följa upp att förändringen upprätthålls.

Som första steg bör tid och uppmärksamhet ägnas åt att genomföra detaljerade analyser och förberedande arbete för att lägga grunden för implementeringsfasen, innan några förändringsaktiviteter inleds. I det andra steget bör man säkerställa att förändringsprocessen är effektiv genom att använda en tydlig uppsättning av flera implementeringstaktiker. I det sista steget görs en utvärdering av hur framgångsrik förändringen varit och åtgärder vidtas för att säkerställa att förändringen blir bestående. Det är endast genom att följa en metodisk förändringsprocess som förändring i vården kan genomföras framgångsrikt. (Allen, B. 2016)

### **2.3.2 Leda bestående förändring**

Angelöw beskriver förändringsviljan som en central faktor i ett förändringsarbete. Ledaren bör stimulera medarbetarnas förändringsvilja genom att motivera dem. Medarbetarna bör inse nödvändigheten av förändringen och förstå vad som är målet med förändringsarbetet. Förutsättningarna för att lyckas med förändringsarbete är att ledaren gör medarbetarna delaktiga och ansvariga i själva processen och för en fortgående öppen kommunikation och en rak och ärlig information. Även tid för att genomföra förändringar framkommer som en ytterst viktig aspekt. Genomförande i små steg för att alla delaktiga ska hinna hantera det nya lyckas bättre än en snabb process. (Angelöw, M. 2013)

VanVactors (2012) menar, efter granskning av flera forskningsartiklar gällande kollaborativt ledarskap, att det saknas en gemensam definition gällande vad kollaborativt ledarskap innebär. En definition som dock framkommer är att samarbete innebär en synergistisk arbetsmiljö där flera parter måste samarbeta för att förbättra vårdmetoder och processer. Samarbete främjar förståelsen för enheters eller organisationers olika kulturer, integration och ömsesidiga intressen såsom organisationens vision, värderingar och målsättningar. Det betonades att tydliga kommunikationsmodeller bör användas för att främja samarbetet. (VanVactor, 2012)

Gällande vikten av samarbete mellan professionerna har en översiktsstudie gjorts 2017 där man sammanfattat bevis om effekterna av samarbete mellan läkare och sjukskötare i relation till patientresultatet i primärvården eller liknande sammanhang. Syftet i relation till

behovspreciseringen klargjordes tydligt med att man önskade stärka den redan nu erfarna vetenskapen om att sjukskötare minst lika bra kan följa upp kroniker som läkare, om bara ett gott samarbete finns. Till studien inkluderades 11 systematiska översiktsforskningar som dock gav beskrivningar gällande ca 50 patienters vårdresultat. (Matthys et al. 2017)

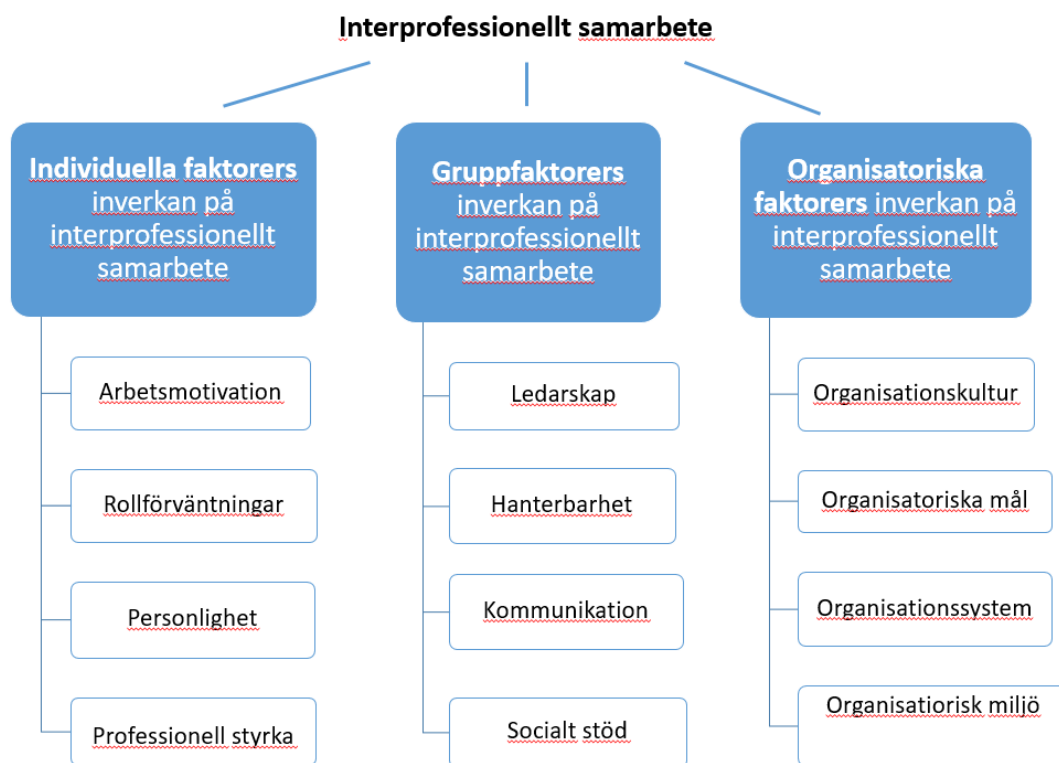
Resultaten från översiktsstudien visar på att samarbete mellan läkare och sjukskötare kan ha en positiv inverkan på vissa patientresultat och vid vissa sjukdomar. I de flesta översikter drogs slutsatsen att sjukskötare gav mervärde till patienten. Patienttillfredsställelse är också ett förbättrat patientresultat, vilket rapporterades om i flera översiktsstudier. En del översiktsstudier gav lite olika resultat angående uppfattningen om att samarbetet mellan sjukskötare och läkare inverkar positivt på patientresultatet, vilket ledde till att vissa aspekter blev svårare att tolka. Livskvalitet i allmänhet rapporterades dock i ett par översiktsstudier som ett förbättrat resultat när läkare och sjuksköterskor samarbetade. Som viktiga aspekter för ett gott samarbete framsteg bl.a. god kommunikation, tillit och respekt mellan professionerna. Risker kan vara oklar rollfördelning läkare och sjukskötare emellan, brister i ledarskap och organisering för att möjliggöra gott samarbete samt olika prioriteringar och värderingar. Överlag verkade samarbete mellan professionerna tyda på positiva effekter för patientresultatet. (Matthys et al. 2017)

I Karam et al's översiktsstudie över 16 kvalitativa forskningar lyfts det fram att interprofessionellt och interorganisatoriskt samarbete har blivit viktiga komponenter i ett välfungerande hälso- och sjukvårdssystem, desto mer med tanke på begränsade ekonomiska resurser, åldrande befolkning och fler kroniska sjukdomar. Samarbete med andra är avgörande och genom gott ledarskap kan vårdpersonal skapa en kultur som uppmuntrar till rätt värderingar och visioner som gynnar samarbete inom ett team. Nyckelord för främjande av interprofessionellt samarbete är kommunikation, tillit, respekt, ömsesidig bekantskap, patientcentrering, uppgiftens egenskaper och miljö. Samarbetet mellan sjukskötare och annan vårdpersonal från olika vårdorganisationer är dock fortfarande väldigt lite utforskat. Med tanke på den potentiella roll som kunde spelas av sjukskötare gällande interorganisatoriskt samarbete, utgör detta en stor begränsning i den vetenskapliga litteraturen. (Karam et al, 2018)

Savén (2020) beskriver samarbetsteorin som ett värdeflöde där ett gott samarbete skall resultera i ett hållbart och värdeskapande resultat både kortsiktigt och långsiktigt för alla intressenter. Ledaren har huvudansvar för att skapa en positiv spiral genom att skapa bra

förutsättningar, förmågor och attityder så att medarbetarna kan lära och förbättra samtidigt som man levererar i samarbete med varandra i arbetslaget. (Savén, B. 2020, s. 292–293)

Willumsen et al. (2012) tar upp behovet av ett konceptuellt ramverk för bedömning av interorganisatorisk integration och interprofessionellt samarbete. I artikeln nämns att behovet av samarbete inom hälsoväsendet är väldokumenterat och relaterat till förbättringen av tjänster för användarna, särskilt målgrupper med många olika problem. Ännu saknas dock kunskap om komplexiteten av samarbete mellan organisationer, professionella och serviceanvändarna. Författarna föreslår därmed att två mätinstrument kan kombineras och anpassas till sammanhanget för att utforska samarbete mellan organisationer, professionella och serviceanvändarna och därigenom bidra till kunskapsutveckling. Ledarskapet har betydelse för att samarbete skall fungera genom att tillrättalägga för bästa möjliga förutsättningar för interprofessionellt samarbete, till exempel uppgöra ett samarbetsavtal inom organisationen, utnämna ansvarspersoner inom nätverket och ha en gemensam budget för gemensamma aktiviteter. Willumsen et al. refererar till Ödegårds PINCOM-modell som visar på 12 faktorer som professionella uppfattar som relevanta i det interprofessionella samarbetet. Utifrån denna modell har ett mätinstrument i form av frågeformulär framtagits, PINCOM-Q med avsikt att utforska i vilken utsträckning yrkesverksamma ger samarbete mening genom att fokusera på dessa olika faktorer.



Figur 3. Modell för interprofessionellt samarbete utgående från Willumsen et al. 2012

Modellen ovan har översatts från engelska och till vissa termer och ord som inte kan översättas direkt har närliggande lämpligt svenskt ord valts. De individuella faktorer som framsteg som viktiga gällande inverkan på samarbete var hur stark arbetsmotivation man hade, att rollförväntningarna i samarbetet var klara, personlighet och kanske inställning påverkade samt vilken grad av professionell styrka; erfarenhet den enskilde hade. De grupp faktorer som inverkade på samarbete var ledarskapet, hur väl man var informerad och därmed kunde hantera samarbets-situationen, kommunikationen inom gruppen samt vilket grad av socialt stöd man gav varandra hade betydelse. Organisatoriska faktorer som inverkade var den kultur som speglade organisationen, vilken målsättning organisationen uppsatt, hur organisationen är uppbyggd, olika organisationssystem samt den organisatoriska miljön.

### 3 Teoretisk referensram

Aaron Antonovskys teori om betydelsen av att uppleva KASAM; en känsla av sammanhang, har valts som teoretisk referensram till detta utvecklingsarbete. Den medicinske sociologen Antonovsky myntade begreppet KASAM och dess centrala komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begreppen framtogs utifrån den studie sociologen gjort med människor som upplevt stora svårigheter och hur de klarat av dessa. Klarade man svårigheterna bra bedömdes man ha en hög grad av KASAM, alltså upplevde man begriplighet i situationen, kunde hantera denna och fann mening i sammanhanget samt kände delaktighet och motivation. (Antonovsky 1987, s. 42–46)

Antonovskys definition av KASAM:

*”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamiska känsla av tillit till att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, de resurser som krävs för att man ska möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.”* (Antonovsky 2005, s. 46)

Enligt Antonovsky är de tre komponenterna, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, starkt sammanflätade och beroende av varandra men kan vara i obalans vilket förordar en förändring. En tillvaro med hög KASAM präglas av entydighet, delaktighet i formandet av

resultat och en balans mellan över- och underbelastning. Således menar Antonovsky att hög hanterbarhet är starkt beroende av hög begriplighet eftersom då man ställs inför olika krav så behövs en klar bild av vad dessa krav består av för att man skall uppleva att man har resurser till att klara av dem. Hög begriplighet kombinerat med låg hanterbarhet leder till ett starkt krav på förändring av tillvaron. Huruvida man är motiverad till förändring beror på meningsfullheten. Om man är engagerad och upplever sig förstå de problem man ställs inför så finns också en stark motivation till att söka förändring. Om man däremot är omotiverad reagerar man inte på impulser och omvärlden blir småningom obegriplig och man bryr sig inte söka efter sätt till förändring. (Antonovsky 1987, s. 47–48)

KASAM är kärnan i det synsätt som Antonovsky kallar salutogenes. Den salutogena infallsvinkeln handlar om att vi inte enbart klassificerar människor som friska eller sjuka utan istället bedömer var de befinner sig i ett multidimensionellt tillstånd av hälsa och ohälsa. Fokus i KASAM ligger på stressorer; stressfaktorers, inverkan på upplevelsen av hälsa och vilka de personliga copingresurserna är. Närvaron och inverkan av stressorer är något normalt eftersom de inte behöver vara patologiska utan istället kan vara hälsobefrämjande, beroende på vilken typ av stressorer det är fråga om. (Antonovsky, 2005, s. 38–40)

Copingresurser kan beskrivas som generella motståndsresurser eller motstånds begränsningar. Graden av generella motståndsresurser inverkar på styrkan och nivån av KASAM hos den person som upplever olika stressorer, och avgör i vilken grad följderna blir skadliga, neutrala eller hälsobringande. (Antonovsky, 2005, s. 57–60)

Stressorer kan även beskrivas som olika stimulus eller spänningar och vara positiva eller negativa. Antonovsky menar att en person med stark KASAM sannolikt bedömer en stressor som mer positiv än en person med svag KASAM. Tron på att saker löser sig, att man har resurser att bemöta situationen så att det som är förvirrande blir begripligt, att förutsättningar för att lösa upp spänningarna finns, utgör en motståndsresurs. Hanteringen av en stressor vid hög KASAM innebär förmåga att använda olika motståndsresurser eller en kombination av flera, beroende på och anpassade till situationen. Alla typer av stressorer medför även olika känslor att hantera. Även här är det troligt att en person med stark KASAM är mer medveten om sina känslor och kan fokusera dem och beskriva dem bättre samt acceptera och reglera känslorna. (Antonovsky 2005, s 183–201)

Westlund och Sjöberg (2010) använder sig av Antonovskys salutogena synsätt som utgångspunkt för omorientering i äldreomsorgen. Inom omsorgen borde fokus vara på



hälsofrämjande faktorer och inte enbart på sjukdomsalstrande riskfaktorer. Synsättet utgår från att alla människor befinner sig på ett rörligt plan mellan hälsa och ohälsa och för att öka upplevelsen av hälsa bör allas tillvaro göras sammanhängande vilket kräver meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. I motsats till sjukdomsfokus där människan anses drabbad och utsatt för olika riskfaktorer är människan i det salutogena synsättet en resurs, utrustad med motståndskrafter. En salutogen omsorg och vård fokuserar på en meningsfull tillvaro utifrån individuella resurser och önskemål samtidigt som man skapar begriplighet och hanterbarhet genom information om sjukdomar och övriga omständigheter. Angående ansvarsfördelning anser Westlund och Sjöberg att omsorgens företrädare bör ta huvudansvar för meningsfullheten medan vårdens företrädare tar huvudansvar för begripligheten i vården av de äldre. Författarna jämför det salutogena synsättet med Maslows behovshierarki där de grundläggande fysiska behoven behöver tillgodoses initialt. Äldrevården idag är väldigt långt styrd av att i första hand tillgodose praktiska behov, vilka förstås är viktiga, men omsorgen kunde jämsides drivas med Antonovskys teori som ledstjärna. Verksamheten skulle då ta utgångspunkt i vad som är meningsfullt för den enskilda individen. Socialt stöd och samhörighet med andra är exempel på det som skapar meningsfullhet och gör tillvaron mer hanterbar. Genom flera exempel belyser man att ett salutogent synsätt inte behöver innebära merarbete utan många gånger krävs bara ett annat sätt att se på en utmaning. Om man fråntar äldre uppgifter på grund av att de tar så lång tid att utföra kanske man tar död på känslan av meningsfullhet i att man klarar sig själv och hanterar sin situation. Personalens fokus på att skapa meningsfullhet tillvaratar resurser och gör arbetet mera hanterbart även för personalen. (Westlund & Sjöberg, 2010, s. 37–70)

I Västra Götalandsregionen i Sverige har man tagit fasta på Antonovskys teori om känsla av sammanhang på arbetsplatsen ur ett ledarperspektiv. Man hänvisar till Antonovskys forskningsresultat där han framkom till att människor som har en hög känsla av sammanhang klarar påfrestningar bättre. Genom ett hälsofrämjande ledarskap kan man stärka arbetstagarnas känsla av sammanhang. Att ledaren tydliggör nyttan med arbetsinsatserna kan stärka meningsfullheten. Skapande av tydliga mål att arbeta emot och en samhörighet med meningsfulla relationer på arbetsplatsen är viktigt för att främja bra samarbete, öppenhet och förtroende. I komplexa sammanhang behöver man förstå hur saker hänger ihop för att kunna orientera sig och veta hur man ska agera, ”ha koll på läget”. Tydliga krav och ett lärande arbetssätt med respons och feedback är viktigt, liksom ett bra kommunikationsklimat för att stärka begripligheten på en arbetsplats. Hanterbarhet utgör kombinationen av resurser och förmågor som finns hos människan och i omgivningen. Yrkesskickligheten som bildats

utifrån arbetserfarenheter inverkar men man behöver även få möjlighet att använda sig av den. Även goda verktyg för att lättare hantera arbetsuppgifter är viktigt att ha tillgång till, vilket innebär både konkreta verktyg såsom dataprogram och apparatur till välfungerande metoder och tillvägagångssätt. Hanterbarhet handlar också om att orka med såväl fysiskt som psykiskt.

## **4 Syfte och frågeställningar**

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på för hur en förändringsprocess kan genomföras så att kvaliteten i vårdprocessen för den polikliniska undersöknings- och åtgärdspatienten säkras. Avsikten är att öka förståelsen för patientens hela vårdstig hos alla involverade och genom samarbete komma fram till vad som kan leda till förbättringar och vad som krävs för att kunna genomföra förändring. Målet är att skapa en övergripande modell för hur man kan leda förändring genom samarbete som även går att tillämpa i andra förändringsprocesser.

Följande frågeställningar är därmed relevanta för arbetet:

1. Kan HaiPro och QPro visa på behovet av förändringsarbete och om genomförd förändring lyckats?
2. Vilka förbättringar behövs för att skapa en säkrare vårdstig för åtgärdspatienten?
3. Hur kan man som ledare av en förändring inleda, motivera och befästa en förändring bland alla inblandade parter?

## **5 Kvalitativ design**

Studiedesignen i detta examensarbete är i huvudsak kvalitativ. En kvalitativ design passar för en studie vars syfte och forskningsfrågor kan besvaras på ett beskrivande sätt. En kvalitativ metod är ämnad för att öka förståelsen för ett fenomen eller för att beskriva erfarenheter.

Flera olika kvalitativa datainsamlingsmetoder kan användas och det är forskningsfrågan som styr vilken metod som används. Intervjuer, fokusgrupper och/eller deltagande observation är vanliga metoder för insamling av data.

Kvalitativ design kännetecknas av att forskaren är flexibel, kan anpassa sig och ha en öppen inställning till forskningsområdet.

Vid kvalitativ ansats väljs den metod som lämpar sig för studien. Induktiv ansats innebär att man utgår från och drar slutsatser utifrån egna erfarenheter medan man vid deduktiv ansats väljer en teori att utgå ifrån redan från början och som sedan följer med som en röd tråd genom forskningsprocessen. (Henricson, M. 2012, s 133)

Kvalitativ forskningsdesign tillåter val av olika metoder och i detta arbete väljs aktionsforskning som ansats. Aktionsforskning kan också benämnas deltagarbaserad forskning och innebär att forskaren är en del av forskningen och förändringen, således forskar med deltagarna och inte på dem och deras verksamhet. (Jakobsson L. 2013, s 9)

Denna studie utgick från en samarbetsprocess mellan åtgärdsenheten, remitterande polikliniker samt röntgenavdelningen. Respondenten som vid tidpunkten var en av sjuksköterna på åtgärdsenheten ingick i samarbetsprocessen och ledde aktionsforskningen. Respondenten har således praktisk erfarenhet från problemområdet på åtgärdsenheten och även erfarenhet från poliklinisk verksamhet.

För att kartlägga de avvikelser i vårdstigen som noterats på åtgärdsenheten gällande åtgärdspatienten granskas HaiPro anmälningar och QPro patient-feedback som gjorts under en viss tidsperiod. Antalet HaiPro anmälningar presenteras i tabelldiagram och den fria texten granskas kvalitativt med innehållsanalys. QPro patientrespons granskas från en bestämd tidsperiod, 12 månader. Från samma tidsperiod tas personalens HaiPro gällande avvikelser i patientens vård gjorda mellan åtgärdsenheten och remitterande enheter. Här avgränsas materialet till att gälla sådana HaiPro-anmälningar som beskriver händelser som drabbat patienten negativt, t.ex. undersökning eller åtgärd som inte kunnat utföras planerligt av någon orsak. Tidsperioden läggs till före corona-pandemin eftersom pandemin ledde till flera månaders ändrad verksamhet på dagenheten under våren 2020, således tas anmälningar och patientrespons från hela år 2019 med i studien.

Fokusgruppintervjuer med avstamp i problemområdet och med fokus på förändring utifrån Antonovskys teori om känslan av sammanhang kommer att inleda aktionsforskningen. Utifrån avvikelse-rapporter som konkreta exempel på varför förändring krävs är avsikten med fokusgrupperna att öka medvetenheten hos alla samarbetsparter och genom reflektion kring semistrukturerade frågor tillsammans kartlägga förändringsbehovet och vilka åtgärderna kan vara för att uppnå dessa.

## 5.1 Aktionsforskning

Aktionsforskning används oftast i forskningsprojekt förankrade i praktiska frågor och problem och där man önskar skapa en förändring mot det bättre. Avsikten är oftast att utveckla och förändra professionellas egen verksamhet och karakteriseras av en deltagarbaserad och handlingsorienterad forskningsprocess. Aktionsforskning är inte en specifik metod utan främst en ansats där både kvalitativa och kvantitativa datainsamlingsmetoder kan ingå. (Henricson M. 2012, s. 290)

Aktionsforskning handlar om ett samarbete mellan alla deltagare, i praktiken verksamma personer som alla deltar i såväl planering som genomförande av studien. Denna interaktion är viktig i en förändringsprocess där fokus ligger på att föra samman teori och praktik. Aktionsforskning som metod beskrevs redan på 1940-talet av Kurt Lewin och är en metod som blivit populär inom bland annat hälso- och sjukvården. Kritiken mot aktionsforskning består av en risk för att forskningsfrågorna blir alltför styrda av den praktiska verksamheten och att resultaten då riskerar bli oanvändbara för andra områden, alltså inte vetenskapligt överförbara resultat. För att undvika detta är det viktigt att det sörjs för att en kritisk reflektion görs till transparent datainsamling och analys samtidigt som det praktiska förändringsarbetet fortgår med alla deltagare. (Höglund-Nielsen & Granskär 2017, s 33-40)

Den klassiska aktionsforskningen består oftast av fyra steg. Processen startar ofta med att någon medarbetare får en idé eller önskan om förbättring av något. Detta framförs till en forskare varefter man tillsammans kan börja planera utifrån erfarenheter, genomföra aktioner, följa upp dem med fältobservationer och datainsamling samt reflektera över resultatet, som utvärderas och följs upp, varefter nya frågor väcks som leder till nya aktioner. (Höglund-Nielsen & Granskär 2017, s. 34)

De viktigaste aspekterna i aktionsforskning är delaktighet i forskningsprocessen och förändring av något till det bättre. Processen utgörs av erfarenhetsbaserat lärande och ökad medvetenheten om ett problems komplexitet bland deltagarna och därmed ökad förståelse. Målet behöver inte alltid vara att skapa praktisk förändring utan enbart handla om medvetandeförändring, öka förståelse genom kunskap och ändra på synsätt. Avsikten är då att systematiskt undersöka ett problem eller en frågeställning. (Jakobsson, L. 2012, s. 18-56)

I denna aktionsforskning är avsikten att öka förståelsen, medvetandegöra alla parter om möjliga konsekvenser vid avvikelser samt skapa praktiska förändringar som förbättrar vårdprocessen för aktuell patientgrupp.

## 5.2 Etiska överväganden

Med forskningsetik avses de etiska överväganden som görs inför och under genomförandet av examensarbetet gällande allt från val av ämne och frågeställning till genomförande och därefter rapportering. Den metod eller angreppssätt man väljer bidrar till olika forskningsetiska problem. Nyttan och eventuella risker med studien skall analyseras och bedömning göras angående projektets praktiska genomförbarhet. Datainsamlingen skall generellt sett ske på ett sätt så att de berörda inte skadas, kränks eller behandlas respektlöst. (Henricson, M. 2012, 71-85)

Eftersom inte intervjuer med patienter ingår i denna studie behövdes ingen ansökan till etiska kommittén inom ERVA området göras. Sjukhusledningen har gett sitt godkännande till användningen av HaiPro materialet och klientresponsen. Sedvanlig tillståndsansökan till översköterskan inom öppna serviceområdet på sjukhuset har gjorts och godkänts (bilaga 1).

I materialet som presenteras i följande kapitel är anonymiteten beaktad så att inga uppgifter om patient, personal eller enhet framkommer. Respekt för varje enhets egna arbetssätt ska högakts och målet är att alla berörda ska känna sig delaktiga i fokusgrupperna, samarbetsmöten och utvärderingsmöten.

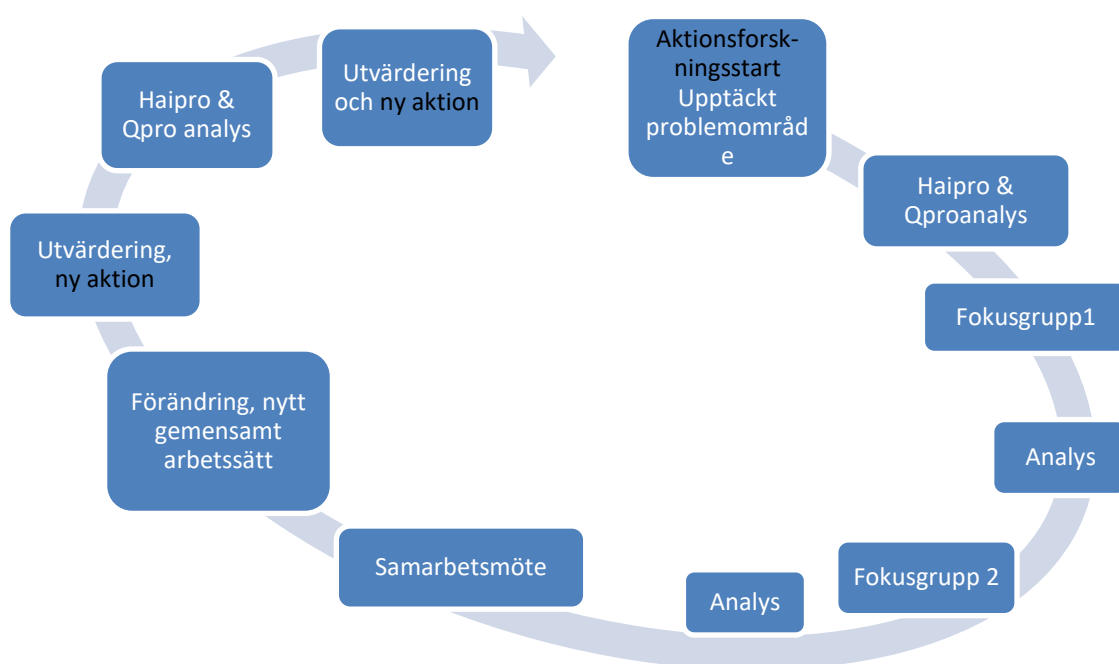
Fokusgruppsintervjuerna, samarbetsmötet och utvärderingsmöten initierades och genomfördes av examensarbetets respondent som själv var anställd på åtgärdsenheten vid tidpunkten för aktionsforskningen, vilket alltid medför en risk för en viss subjektivitet. Denna risk anses dock minska av att respondenten deltagit i patientsäkerhetsarbete och HaiPro uppföljning under flera år i egenskap av uppdrag som patientsäkerhetskoordinator på deltid. Detta uppdrag har bidragit till att skolning i patientsäkerhet har erhållits och därmed en förmåga att alltid utgå från vad som förbättrar säkerheten för patienten som möjliggör en mera objektiv blick i olika patientsäkerhetssammanhang.

## 6 Aktionsforskningsprocessen

Studien tar fasta på att öka förståelsen för patientens, i detta fall åtgärdspatientens, vårdstig och de olika skeden det innefattar för personalen på olika enheter. Förutom att öka förståelsen för vilka avvikelser som kan uppstå och vad dessa medför för alla parter så är också studiens syfte att upprätta ett samarbete kring förbättringsarbete och förhoppningsvis en modell för hur dylika samarbeten på tvärs över enheter kan initieras och främjas. Genom att inkludera de som jobbar konkret med denna vårdstig och vårdar patienten under

processen, öppnas möjligheten för att tillsammans skapa konkreta verktyg för förbättring. Eftersom flera aktörer deltar i olika skeden av vårdprocessen kan det vara svårt att få full förståelse och insikt i hela vårdstigen och vad allt som inverkar på en lyckad sådan.

Datamaterialet består av rapporter som kommit via HaiPro och QPro programmet samt via två fokusgrupper där de utvalda deltagarna görs delaktiga i processen. Dataanalysen görs med hjälp av deskriptiv statistik och innehållsanalys vilket noggrannare redogörs för vid presentation av de olika skeden i forskningsprocessen. Därefter hålls samarbetsmöte där analyserat material från fokusgruppintervjuerna presenteras som utgångspunkt till beslut om förändring; nytt arbetssätt att testa. Efter en tid med nytt, förändrat arbetssätt görs en första utvärdering och eventuell justering och ny aktion vidtar. Efter ytterligare en tid analyseras HaiPro och Qpro rapporter igen för att se om inkomna rapporters mängd och typ av innehåll ändrats. Planen med detta examensarbets aktionsforskning är att inleda ett förbättringsarbete, kanske skapa ett verktyg för att trygga en säkrare vårdstig och efter en testperiod av nytt arbetssätt och verktyg igen granska situationen; avvikelserapporter samt samlas för utvärdering och för planering av nya tag framåt. I figur 4 visas flödesprocessen för aktionsforskningen.

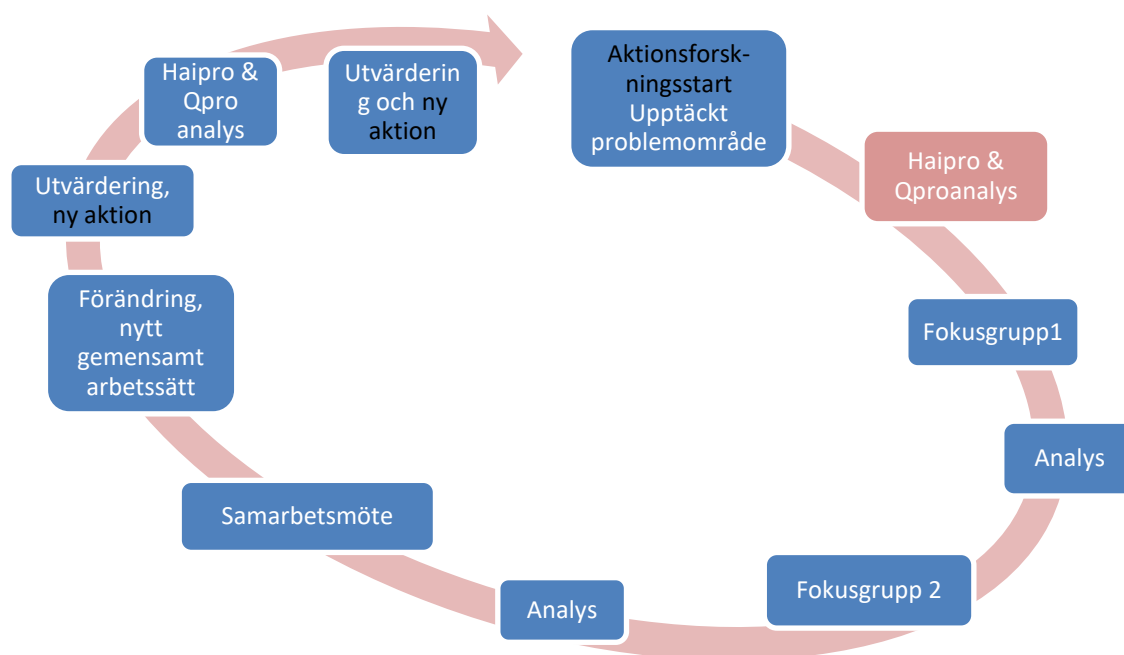


Figur 4. Aktionsforskningsspiralen

Bilden över aktionsforskningen anger i fortsättningen vilket skede som beskrivs under det aktuella kapitlet genom att rutorna i spiralen är rödmarkerade.

## 6.1 Analys av HaiPro och QPro

Dataanalysmetoden är dels kvantitativ och dels kvalitativ. När det gäller sammanställning av HaiPro-rapporterna och Qpro-responsen så används beskrivande; deskriptiv analys för programmets färdiga möjligheter för redovisning av antal olika rapporter i tabellformat medan analys av den fria texten utgörs av en sammanfattning av innehållet. Likartad respons i rapporterna har sökts efter och samlats som teman i form av vilken natur händelsen har (nära ögat eller drabbat patienten), vilken händelsetyp rapporterna relaterar till, vilken följd händelserna medfört för enheten samt vilka utvecklingsförslag som framkommit i rapporterna.



Figur 6. Aktionsforskningsspiralen – HaiPro och QPro analys

För att granska förståelsen om att åtgärdspatientens vårdstig inte fungerade optimalt på grund av brister i vårdprocessen analyserades HaiPro och QPro rapporter från hela år 2019. Det material som inkluderades i granskningen var rapporter från åtgärdsenheten samt röntgenavdelningen till remitterande enheter; polikliniker där åtgärderna planeras. Som motvikt genomlästes även rapporter riktade till åtgärdsenheten från polikliniker eller röntgenavdelningen. Då materialet gått igenom konstaterades att det var ganska litet och att någon ordentlig innehållsanalys inte riktigt kunde göras utan närmast kunde de framkomna patientsäkerhetsavvikelserna belysas med en beskrivning och sammanfattning av rapporterna med hjälp av tabeller och citat.

Orsaken till att inte 2020 års rapporter granskats är att då tog corona pandemin fart och inverkade betydande på åtgärdsenhetens verksamhet gällande åtgärdspatienter, som under en stor del av året inte kom till åtgärdsenheten utan sköttes via vårdavdelningarna. Åtgärdsenheten var nämligen tvungen att flytta till mindre utrymmen och reducera verksamheten.

Det analyserade datamaterialet utgörs av de under 2019 gjorda 36 HaiPro-anmälningar från åtgärdsenheten till olika samarbetspartners. Med samarbetspartners avses de polikliniker och vårdavdelningar som remitterar och planerar in patienter till åtgärdsenheten. Av materialet var dock endast en anmälan riktad till vårdavdelning.

Under 2019 inkom totalt 242 responser från patienter via QPro feedback systemet. Vanligtvis delades den skriftliga responsblanketten ut i samband med utskrivning av patient från åtgärdsenheten och många fyllde i den innan de åkte hem, vilket gjorde mängden respons relativt stor (jmf med tidigare mål om att få minst 100 responser/år/enhet).

Även röntgenavdelningen hade gjort 14 anmälningar till remitterande polikliniker eller andra enheter. De som berör åtgärdsenhetens patienter var händelser där bokning inte gjorts av remitterande poliklinik till röntgenavdelningen vilket medfört att patienten kommit och eventuellt förberetts men undersökningen avbokades då ingen tid reserverats på röntgen.

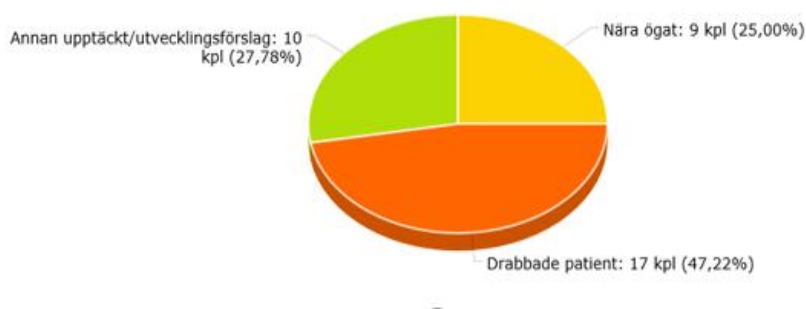
Under årets gång mottog åtgärdsenheten 14 anmälningar men ingen av dessa var direkt relaterad till åtgärdspatientens vårdstig.

I följande kapitel redovisas HaiPro anmälningarna enligt händelsens karaktär, typ av händelse och följder av dessa för patient, följder för enheten samt utvecklingsförslag som angetts. Under varje del tas även respons från QPro upp i form av citat.

### **6.1.1 Händelsens karaktär**

Händelsens karaktär beskriver om patientsäkerhetsavvikelsen varit ett nära ögat tillbud eller faktiskt drabbat patienten negativt på något sätt. Händelsens karaktär bedöms först av anmälaren och omvärderas eventuellt av rapportens handläggare. Rapporten kan även skrivas som en annan upptäckt risk eller som ett allmänt utvecklingsförslag.





Figur 6. Händelsens karaktär

Figur 6 visar fördelningen av nära ögat händelser och händelser som drabbade patient alternativt andra upptäckter/utvecklingsförslag bland de 36 anmälningarna.

Bilden ovan visar att 17 anmälningar av totala antalet 36 utgjorde en händelse som drabbat patienten negativt medan 9 anmälningar var nära ögat händelser där man upptäckt faran för negativ händelse men lyckats avvärja att den drabbade patienten. 10 anmälningar utgjordes av övriga upptäckter eller utvecklingsförslag där ingen patient var direkt involverad men där risk för patientsäkerhetshändelse uppdagats och önskats rapporteras för att åtgärder skulle kunna vidtas proaktivt.

Av de 17 anmälningar där händelsen drabbat patient utgjorde 11 händelser någon patient-säkerhetshändelse för åtgärdspatient utifrån beskrivning i den fria texten. Dessa gällde dock inte enbart djupa biopsi undersökningar men förberedelserna är likartade inför alla åtgärder.

*”En cancerpatient kom för brådskande leverbiopsi, men åtgärden kunde inte genomföras då inte patienten hade fått information om att pausa vissa läkemedel. Patienten var mycket besviken och arg över händelsen eftersom cancerbehandlingen fördröjdes”*

Ovanstående citat visar på typexempel av händelse som drabbat patienten ganska allvarligt trots att ingen kan bedöma den verkliga betydelsen av den enskilda patientens fördröjning gentemot vårdresultat. Händelsen kunde dock troligen undvikits.

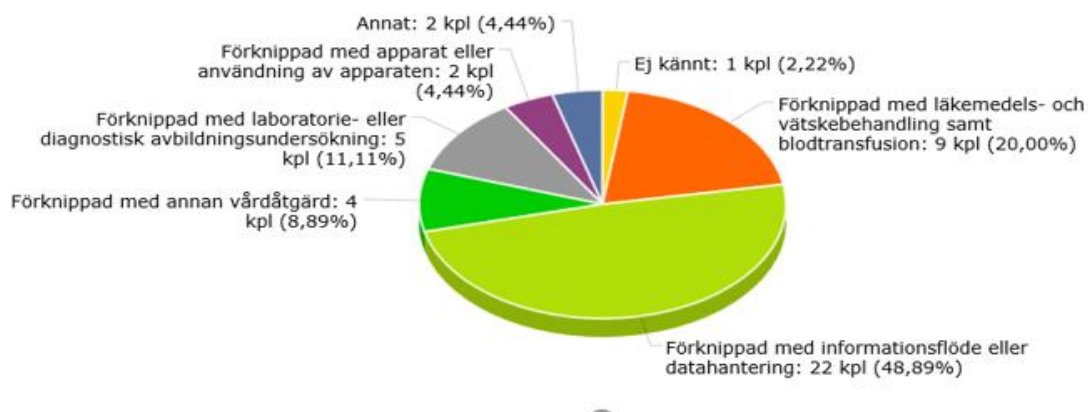
Av nära ögat händelserna gällde två av nio rapporter åtgärdspatienter där informationen brustit:

*”Patienten kom för ovanligare åtgärd och hade inte fått vårdföreskrifter från remitterande enhet. Blodprov ska tas före åtgärd men remiss saknades och patienten var inte informerad. Åtgärden kräver även att man ska vara 4 timmar oäten före, vilket patienten för säkerhetsskull varit trots att han inte fått information om det. Prover kunde tas brådskande på enheten och åtgärden genomföras enligt plan.”*

Gällande rapporterna om annan upptäckt/utvecklingsförslag utgjorde tre anmälningar av 14 brister i åtgärdspatientens förberedelser. Dessa pekade även på brister i informationsflödet och önskemål om utvecklingsåtgärder för förbättrande av patientens vårdstig.

### 6.1.2 Typ av händelse

Som beskrivits i kapitel 2.2 väljer alltid anmälaren vilken typ av händelse rapporten gäller. Händelsen kan även tangeras flera händelsetyper, vilket handläggaren av rapporterna har möjlighet att tillägga. Av det granskade materialet, 36 anmälningar, utgjordes fördelningen av vilken typ av händelse anmälan gällde såsom visas i figur 7.



Figur 7. HaiPro anmälningarnas händelsetyper

De allra flesta anmälningarna, 22 av 36, var relaterade till någon form av **brist i informationsflöde eller datahantering**, vilket kan innefatta tex. muntlig eller skriftlig kommunikationsbrist internt mellan enheterna eller till patienten. Rapporternas handläggare som analyserat anmälan har ansett att händelserna på sin höjd orsakade patienterna lindrig skada eller ingen skada. Närmast har patienten påverkats så att vårdtiden förlängts eller i värsta fall har åtgärden varit tvungen att flyttats fram ca en veckas tid.

Bland de händelser som drabbat patient är 4 anmälningar förknippade med informationsflöde där åtgärden blivit framflyttad på grund av brister i förberedelser eller läkemedel som

påverkar blodkoaguleringen hade inte pausats eftersom patienten inte fått information om detta.

*”Patient med malignitetsmisstanke hade inte förstått att Primaspan hörde till blodförtunnande läkemedel då detta tillfrågades vid telefonsamtal inför åtgärd. Hade således inte pausat läkemedlet som ska vara otaget 5 dagar innan biopsi. Patienten blev arg då hen hade oroat sig mycket i förväg och ville inte alls behöva komma på nytt. Patienten ändrade sig efter att ha fått diskutera med läkare”*

4 händelser var förknippade med **händelsetypen relaterad till laboratorie- eller avbildningsundersökning** där anmälan gällde fördröjning av vårdtiden orsakad av blodprover som inte tagits inför planerad åtgärd alternativt för sen provtagning eller att patienten inte varit oäten på undersökningsdagen, vilken även den hör till informationsbrist.

*”Åtgärden försenades då inte blodprov blivit ordinerade och tagna i förväg. Medförde längre väntan både för patienten och röntgenavdelningen”*

*”Patienten hade kallats in för biopsi, men vid ankomstintervjun uppdagades att hen hade ätit frukost på morgonen. Undersökningen fördröjdes eftersom patienten måste vara oäten 6 timmar inför åtgärd. Enligt patienten hade ingen information getts om att vara oäten.”*

I alla dessa fall berodde avvikelsen på att patienten inte fått information om blodprovstagning eller inte förstått eller observerat informationen samt att remissen för provtagningen i vissa fall saknades.

Även från QPro rapporterna med respons från patienterna kom informationsrelaterade händelsetyper:

*”Fick vänta onödigt länge på grund av någon miss av ett blodprov. Men annars ok!”*

*”Mielestäni voisi paremmin informoida etukäteen ennen toimenpidettä, ettei saa ajaa autoa. Tämä asia piti minun itse ottaa selville netistä”<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> ”Enligt min åsikt kunde man bättre informera i förväg om att man inte får köra bil efter åtgärden. Detta var jag tvungen att själv ta reda på från nätet.

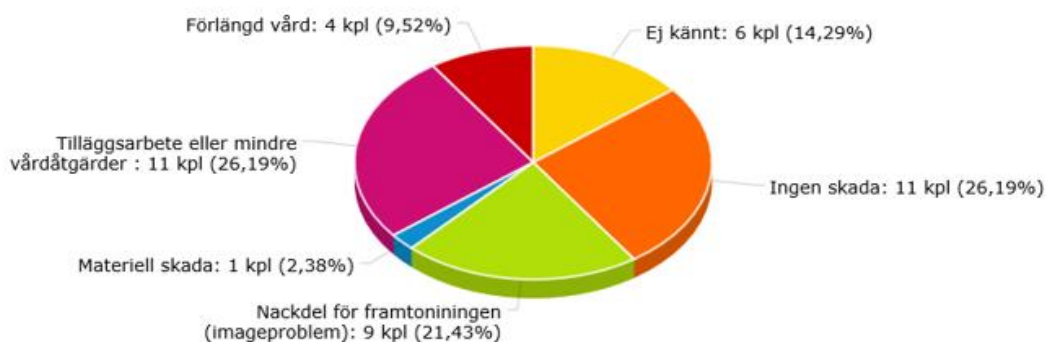
Även en respons som kan relateras till vårdåtgärd och uppföljning efter åtgärd alternativt oklar information hade inlämnats:

*”Tulisi huolehtia, että kotiutus vasta riittävän seuranta-ajan jälkeen”<sup>2</sup>*

Denna respons uppfattas dock känneteckna enskilt tillfälle då patienterna oftast önskade åka hem tidigare än utsatt. Denna respons påminner däremot om att man bör vara lyhörd för enskilda önskemål och behov för att säkerställa att patienten känner sig trygg vid hemgången.

### 6.1.3 Följder för enheten

Varje gång en patientsäkerhetshändelse drabbar patienten så inverkar den även negativt för enhetens och organisationens framtoning; rykte. Även om följden ofta kan klassas som lindrig för patienten kan det uppstå desto mer följder för enheten, vilket materialet påvisar i figur 8.



Figur 8. Följder för enheten.

Följande citat från QPro feedback visar på dålig planering och ger en dålig bild av organisationen, en så kallad klar **nackdel för framtoningen**.

*”Skulle vara på avd. kl 7 steg alltså upp 4.30 i Jakobstad. Ingreppet var 12.45. Kanske man kunde ta mer i beaktande varifrån man kommer. Hungrig blev jag och mycket väntande för ett litet ingrepp”*

<sup>2</sup> Det bör säkerställas att utskrivning sker först efter tillräckligt lång uppföljningstid.

Att beakta var patienten bor, då ankomsttiden och åtgärdstiden på röntgen planeras, kan upplevas vara krångligt och till dels omöjligt men är viktigt för patienten:

*”Patienten med lång resa, inte så tidigt på morgonen”*

**Tilläggsarbete för enheten** var det som flest gånger ansågs varit följden för enheten av de rapporterade patientsäkerhetshändelserna. Brister i dokumentationen ledde till oklarheter som fördröjde vården och gav ett negativt intryck åt patienten då inte informationskedjan fungerade.

**Förlängd vårdtid på enheten** innebär oftast en olägenhet för patienten men också en upptagen plats en längre tid, fördröjningar för andra patienter, samt många gånger merarbete för enheten i form av planering, kontakt till olika enheter och på sikt eventuellt behov av längre öppethållningstider vilket kan kräva mera personalresurser.

*”Jag kunde ha fått ta laboratorieproven på malmska i Jakobstad. Måste vänta länge på vcs lab.”*

Att planera så att alla blodprover är tagna i förväg, senast dagen innan ingreppet, hör till rutinen och är så gott som alltid möjligt och bör föredras eftersom blodprovtagning samma dag ofta förlänger tiden som patienten behöver en vårdplats samt förstås väntetiden för patienten liksom risken att ingreppet inte kan genomföras ifall oväntade avvikelser i blodproverna uppdagas då svaren kommer.

Under 2019 inkom totalt 242 responser från patienter via QPro feedback systemet. Överlag var responsen mycket god, lägst betyg fick punkten gällande att man fick undersökning eller vård tillräckligt snabbt. I 37 fall hade tilläggskommentar lämnats som mestadels var positiv feedback gällande service och bemötande medan patienter i 18 fall angett kritik och i vissa fall utvecklingsförslag.

#### **6.1.4 Utvecklingsförslag**

Bland förslagen till utvecklingsåtgärd gjorda av HaiPro-anmälare och handläggare framkom förslag från flera enheter om att checklista skulle tas i bruk vid planering och förberedelse av åtgärd. En checklista kan fungera som stöd för minnet, ansåg personalen själv som hade deltagit i genomgången av HaiPro anmälan som riktats till enheten. Specifik checklista för åtgärdspatienter som ska till åtgärdsenheten och som kopieras in i vårdplanen föreslogs efter diskussion på annan remitterande poliklinik. Även förbättrad information till patienter

föreslogs av personalen. Utgå från röntgens direktiv vid information till patienten, angavs också som konkret förslag.

Även tydligare ordinationer om läkemedelspauser och att information getts om detta åt patienten framkom som önskemål att borde förbättras, liksom tydligare direktiv och ordinationer i övrigt av läkare.

Utvecklingsförslag gällande noggrannhet vid programmering av blodprover innan åtgärd så att svar faktiskt hinner komma i tid, nämndes även bland personalens egna förslag till åtgärder för att undvika upprepning av patientsäkerhetshändelsen. På åtgärdsenheten såg man även behovet av att noggrannare kontrollera dagen innan att blodprover tagits och svar kommit på följande dags åtgärdspatienter. Uppdagades missar i blodprover i tidigt skede kunde man lättare ta till åtgärder så att inte åtgärden behövde avbokas eller fördröjas så länge.

Efter genomgången och sammanställningen av HaiPro och QPro materialet kan en trend ses gällande likartade rapporterade avvikelser trots relativt litet material. Långa väntetider och ofullständiga förberedelser orsakade närmast av brister i informationskedjan till patient eller mottagande enhet återkom i rapporterna både från patienter och från personal. Flexibilitet vid planeringen så att långväga patienter inte behöver komma så tidigt på morgonen är önskemål som framkommer från patient-responsen. Dålig planering och bristfällig information ger ofta en dålig bild av verksamheten vilket skadar enhetens, samarbetspartners och hela organisationens framtoning, såsom handläggarna av anmälningarna hade konstaterat i samband med HaiPro behandlingen.

## 6.2 Fokusgrupp

Fokusgruppintervju innebär att man samlar en eller flera grupper av informanter som fritt får diskutera ett givet ämne under ledning. I en fokusgrupp kombineras intervju med observation. Diskussionen leds av en samtalsledare; moderator och diskussionerna dokumenteras och ligger till grund för analyser inom ett specifikt område. Exempelvis hur deltagarna uppfattar och förhåller sig till olika fenomen, hur de beskriver sina upplevelser eller hur de argumenterar och vilka värden argumenten baserar sig på.

En fokusgruppstudie kan vara strukturerad eller ostrukturerad. Moderatören utgår antingen från ett strukturerat; tydligt intervju-underlag och frågar turvis alla i gruppen samma frågor eller låter deltagarna fritt samtala med varandra utifrån ett ämne i en ostrukturerad

diskussion. De flesta fokusgruppers struktur är någonstans mittemellan, således halvstrukturerade eller semistrukturerade.

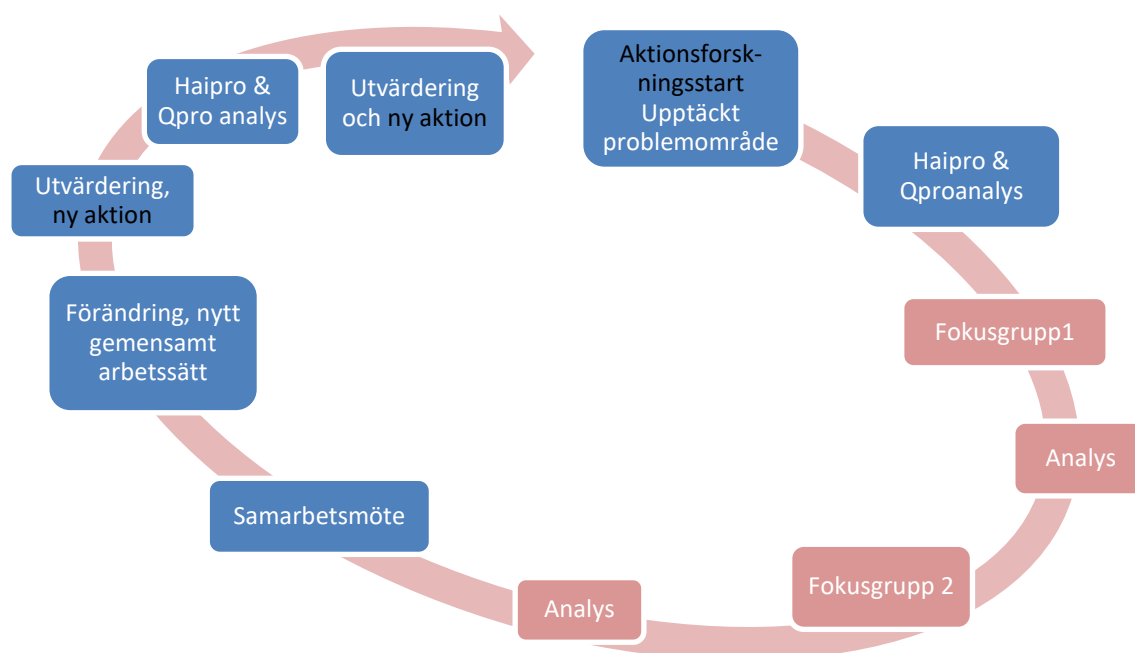
### **6.2.1 Urval**

Urvalsstorleken till fokusgruppen är vanligen 5–10 personer med erfarenhet och som representerar olika synvinklar på ämnet. Ibland kan det vara fördelaktigt att dela upp deltagarna i separata grupper (t.ex. olika personalgrupper). Deltagarna bör väljas efter noggrant övervägande. Det är ofta en fördel att ha en homogen grupp så att gruppmedlemmarna upplever att de får stöd av varandra i diskussionen. (Olsson & Sörensen 2011, s. 136-137)

Urvalet till detta arbetes fokusgrupp bestod av mottagningsskötare från olika specialområdes mottagningar inom öppna vården; onkologi, neurologi, lungsjukdomar, gastroenterologi, nefrologi, urologi, gastrokirurgi, blodkärlskirurgi, samt dialysen och coronarangiopolikliniken. Mottagningsskötarna bestod av erfarna sjukskötare som alla planerar in patienter för undersökningar eller åtgärder till åtgärdsenheten. Tanken var att diskutera samarbetet och ledarskap och förhoppningsvis öppna upp för utökat samarbete mellan dessa viktiga aktörer och åtgärdsenheten som mottagande enhet för att förbättra vårdstigen för åtgärdspatienten.

### **6.2.2 Genomförande av fokusgrupp**

Efter kartläggning av problemområdet genom analys av HaiPro och QPro rapporter genomfördes två fokusgrupper med påföljande skilda analyser.



Figur 9. Aktionsforskningsspiralen – Fokusgrupper samt analys

En inbjudan till fokusgruppintervju skickades ut till ovannämnda målgrupp (bilaga 2 och 3). Dessa personer var redan varskodda via sina förmän om att ett s.k. samarbetsmöte skulle hållas så det var bara att hitta ett datum som passade de flesta. Förmännen på alla enheter informerades men endast för kännedom eftersom önskan var att vända sig direkt till åtgärdsenhetens samarbetspartners på de olika poliklinikerna som remitterar åtgärdspatienter. Informationsbrevet innehöll även information om att det insamlade materialet kommer att användas till ett examensarbete.

Mottagningssköterna på poliklinikerna handhar tidsbokningen, kallelsebrevet, informationen och koordineringen gällande både åtgärden samt den fortsatta vården till patienten. De bjöds in till den första fokusgruppintervjun som gick av stapeln den 20.11.2020 mellan 13-14:30. Alla 10 inbjudna deltog och till moderatorns hjälp deltog avdelningsskötaren från åtgärdsenheten, som är ursprunglig initiativtagare till ett mera omfattande lean-projekt för förbättrande av vårdprocessen. Fokusgruppintervjun utfördes med halvstrukturerat intervju-underlag. Intervjun inleddes med att förklara bakgrund och orsak till samarbetsmötena och deltagarna gav lov att banda intervjun. De framkomna problemen och analysen av HaiPro anmälningarna samt patient-responsen genomgicks för att belysa de problem man uppdagat på åtgärdsenheten och vilka följderna varit för patienterna. Moderatören strävade till att förhålla sig objektivt och utgå från patienten och patientsäker vård.



Efter den inledande informationen fortsatte intervjun med de semistrukturerade frågorna rörande förändringsbehov, förändringsledarskap och samarbete över gränserna. Diskussionen var god och alla fick ge sin bild av hur de upplevde samarbete och hur man jobbar med förändringar.

Den semistrukturerade intervjun utgjordes av teman med tillhörande frågor som moderatorn ställde varefter det var fritt fram för diskussion. De teman som valts berörde förändring utgående från bakgrundsteorin och den teoretiska referensramens KASAM-modell om begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som förutsättning för lyckad samarbetsprocess och förändring. Se bilaga 2 med de semistrukturerade frågorna.

Deltagarna har både finska och svenska som modersmål men alla behärskar båda språken och var och en fick naturligtvis tala sitt eget modersmål. Moderators förberedde frågor på båda språken för att de skulle förstås till fullo. Fokusgruppsintervjun bandades via mobiltelefonens ljudinspelningsfunktion och kvaliteten blev god.

Planen var preliminärt att hålla två fokusgrupper och på slutet av den första fokusgruppsintervjun togs gemensamt beslut om att följa planen och fortsätta med ytterligare ett intervjutillfälle. Följande intervju blev dessvärre uppskjuten pga få deltagare som kunde delta så att andra intervjun genomfördes 14.1 2021. Där fortsatte diskussionen utifrån den sammanställning och analys som gjorts utifrån materialet från första intervjun. Även denna intervju bandades.

Forskarrollen i denna fokusgrupp delstudie utgjordes av en s.k. insider eftersom moderators har arbetat inom verksamhetsområdet. Detta medför risk för att man blir ”hemmablind” och inte kan se objektivt på forskningsprocessen. Det är viktigt att forskningsprocessen präglas av respekt och tillvaratagande av deltagarnas erfarenheter och kunskaper. (Henricson 2012, s 290)

Efter fokusgruppsmötena transkriberades materialet som bandats in och analyserades med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys. Enbart det sagda ordet togs med eftersom moderators assistent i fokusgruppen, åtgärdsenhetens avdelningsskötare, inte hade möjlighet att delta hela tiden under intervjutillfällena för att registrera kroppsspråk och övriga signaler för att korrekt kunna tolka gruppens osagda budskap under diskussionens gång.

### 6.2.3 Dataanalys av material från fokusgrupp 1 och 2

Dataanalysmetoden för materialet från fokusgrupperna utgörs av kvalitativ innehållsanalys. Fokusgruppintervjuerna bandades efter tillåtelse från deltagarna och transkriberades därefter. Kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats valdes. Både induktiv och deduktiv analys består av tre huvudfaser; förberedelse, organisering och rapportering. Förberedelsefasen är likartad i båda tillvägagångssätten. Skillnaden är att vid induktiv ansats studeras och tolkas fenomen utifrån framkomna resultat utan förhandsuppfattning eller tidigare modell som referensram. Deduktiv innehållsanalys används när analysstrukturen genomförs utifrån förkunskaper. (Kygäs & Elo, 2008)

I denna studie har materialet från fokusgrupperna tolkats och kategoriserats enligt nyckelord; teman, som skapats utifrån genomläst teori om förändringsarbete, material från fokusgrupperna och egen förståelse.

Vid den första fokusgruppintervjun som hölls 20.11.2020 presenterades först avsikten med de två planerade intervjuerna. Deltagarna informerades om att intervjuerna var en del av ett examensarbets datainsamlingsmetod och avsikten var att tillsammans främja och förbättra samarbetet mellan enheterna till gagn för den polikliniska åtgärdspatientens smidiga vårdstig.

Efter problempreciseringen utifrån HaiPro rapporter lyftes avvikelserna fram och de följer dessa medfört för den gemensamma patienten och inte minst också det merarbete misslyckad planering medförde för alla parter. Även den ibland outnyttjade resurs detta medförde på röntgen och åtgärdsenheten, upptagen plats eller bokad tid till ingen nytta, betonades ur ett kostnadseffektivt perspektiv.

De avvikelser som framkommit via HaiPro och QPro diskuterades i fokusgruppen tillsammans med hjälp av att frågan ”varför?” ställdes upprepade gånger för att gemensamt hitta grundproblemet till varför avvikelserna uppstått och uppnå ökad förståelse för bakomliggande orsaker. Alla remitterande enheters representanter fick möjligheten att beskriva sin arbetssituation och vilka möjligheter eller hinder man upplevde i planeringsskedet av vårdprocessen och hur detta hängde samman med de uppkomna avvikelserna.

Därefter tillfrågades deltagarna om de anser att en förändring behövs för att uppnå lyckade åtgärder och smidigare processer med nöjda patienter. Även utmaningen i att få en

förändring implementerad och befäst diskuterades. Följande frågor ställdes under första fokusgruppsintervjun:

Vad är förändring, vilka tankar väcker ordet?

- Vem är ansvarig för förändring?
- Vad betyder ledarskapet då det gäller förändringsarbete?






Vem kan initiera förändring?

- Vem ”äger” vårdprocessen då flera enheter är inblandade?
- Hur engagera andra?

Hur kan man införa och befästa förändring?

Mycket fri diskussion uppstod kring både de problem som lyftes fram samt utifrån frågorna. Ur det transkriberade materialet från första fokusgruppsintervjun plockades meningsenheter ut och kategoriserades under de förhandsvalda temana i tabellen under figur 10. De teman som steg fram var förändringens innebörd, rollfördelning och ansvar, delaktighet, leda förändring samt samarbeta och förbinda sig till förändring. Hur förändring förstås samt att roll- och ansvarsfördelning anses ha betydelse för att en person ska kunna begripa förändringsprocessen medan delaktighet, tydlighet i hur förändringen leds och hur man samarbetar har betydelse för hanterbarheten av processen. Dessa steg kan inverka på motivation och meningsfullheten som i sin tur har betydelse för hur var och en förbinder sig till förändring.

Under det andra fokusgruppsmötet gicks denna tabell igenom och deltagarna fick ytterligare kommentera och fylla på åsikter som efter transkribering av andra fokusgruppsintervjun analyserats plockades ut som meningsenheter och sattes in under teman. Ur meningsenheterna tolkades vissa centrala nyckelord fram som representerar de olika temana. Nyckelorden är utmärkta nederst med rött i tabellen.

<b>Förändringens innebörd</b>	<b>Rollfördelning och ansvar</b>	<b>Delaktighet</b>	<b>Leda förändring</b>	<b>Samarbeta och förbinda sig till förändring</b>
muutos on mahdollisuus	Jokainen on vastuussa yksikön toiminnasta ja toimivasta prosessista	Joskus alussa nähdään vaan se ongelma	Som teamledare/förman känner man att man har ett ansvar	Jobba mot ett gemensamt mål
Muuttaa paremmaksi toimintatapoja	Ketään ei voi omistaa prosesseja	Keskustelun kautta...ajatuksia ja ehdotuksia alkaa tullemaan	Jos delegoi niin pitää olla julkaista ja olla kaikilla tiedossa	Har betydelse hur man gör en förändring
Tuo turvallisuutta potilastyöhön	Kaikilla on oikeus ja velvollisuus tuoda epäkohtia esille	Tehdä HaiPro jos haluaa viedä jotain eteenpäin	Joku haluaa, joku ei	Man bör diskutera saken i ett team
Jos ei kokeile ei voi tietää	Kaikki pitää ehdottaa parannuskeinoja ja antaa kehittämis ehd.	Tar emot feedback från andra avdelningar	Luottamustehtävä osittaa arvostusta	Lättare att få igenom om man själv får påverka lite
Kaikki muutos ei todellakaan ole hyvä	Rivihoitajalla ei ole niitä mahdollisuuksia vaikka niillä olisi hyviä ideoita	Ge alla möjligheten att ge nya ideér	Kun yksi ihminen keskittyy yhteen asiaan ja hoitaa sitä loppuun asti, voi tulla parempi tulos	Usein muutoksissa se kaikista heikoin osuus on arvioiminen
Iso muutos, vaikeampi toteuttaa. Asia kerrallaan.	Sanotaan uusille että heti kun huomaat nosta epäkohtia esille	Alla kan inte och vill inte vara aktivt delaktig i allt	Esimiehen tapa johtaa on niin iso asia	Utvärdera om förändringen var lyckad eller inte
Joskus joutuu muuttaa koko prosessia, ei vaan yhtä asia		Borde samarbete mera utöver egna enheten	Esimiehen tehtävä alkaa jalkauttaa ja etsiä niitä resursseja	Muutos pitää suunnitella hyvin: - ei voi olettaa asioita toisten toimintatavoista, vaan pitää olla se kokonaisketju tiedossa
Ideota muutokseen voi tulla esim. koulutustilaisuuksista, laatukilpailusta, kun vaihdetaan kokemuksia ja kuulee mitä muualla tehdään		On paljon asioita mitä voi kehittää joka ei kuulu siihen haiproon		"Commitment" krävs för lyckad och bestående förändring
				

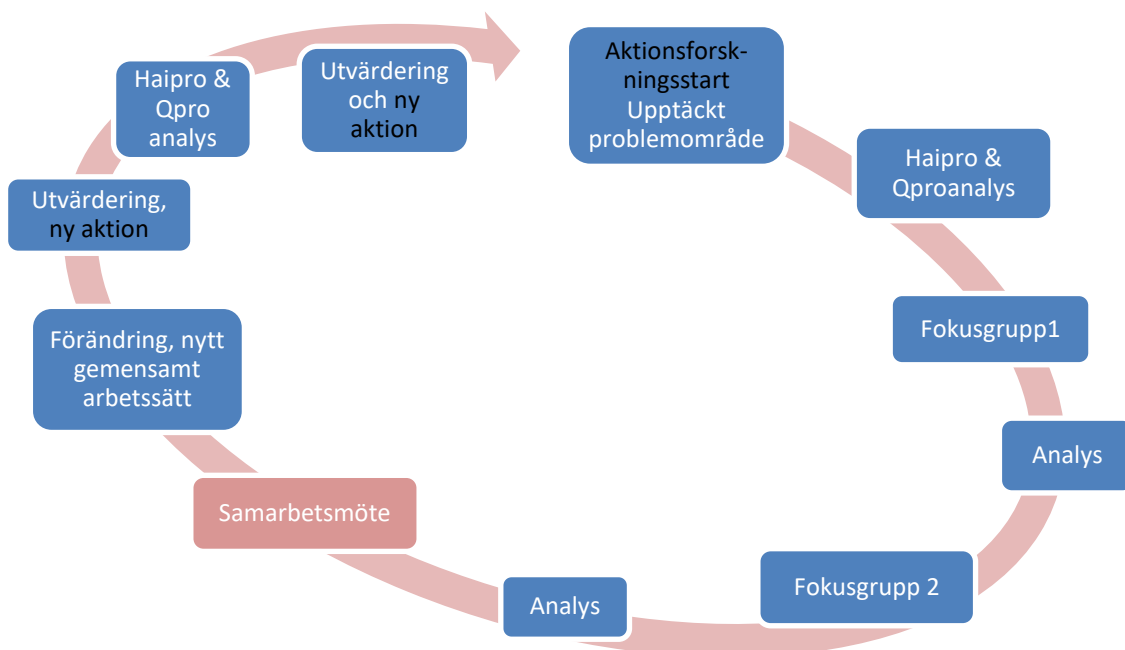
➤ Möjlighet,	➤ Ansvar att förbättra	➤ Diskutera i grupp	➤ Ta och känna ansvar	➤ Gemensamt mål
➤ Förbättring	➤ Rättighet att meddela	➤ Ge och beakta utvecklingsförslag	➤ Tydlighet	➤ Planera
➤ Trygghet	➤ Skyldighet att rapportera	➤ Information	➤ Information	➤ Diskutera i gruppen
➤ Varsamhet	➤ Alla ska bli hörda	➤ Samarbeta	➤ Tillåt olika reaktioner	➤ Få påverka
➤ Inhämta idéer		➤ Vara positiv	➤ Fördela ansvarsuppgifter	➤ Implementera
				➤ Utvärdera

Figur 10. Teman, meningsenheter och nyckelord. Översatt tabell finns i bilaga 4.

I fortsatta diskussionen om hur vi som samarbetspartners kunde arbeta för en säkrare vårdstig för patienten, lyftes åter de problem fram som kommit upp vid genomgången av Haipro rapporter. Bristfälliga ordinationer av läkare och oklara läkemedelslistor ansåg de flesta var stora problem som man inte såg någon direkt lösning på. Att ringa varje patient som kallas till åtgärd för att ta reda på korrekt hemmedicinering och samtidigt säkerställa rätt information om läkemedelspauser skulle vara alltför tidskrävande. Alla deltagare svarade dock enstämigt ja till att ett förbättringsarbete skulle inledas och att ett hjälpmedel för att komma ihåg allt som bör ordnas, bokas in och informeras om åt patienten kunde förbättra en hel del av problemen i vårdstigen. Det beslöts att en minneslista, eller en gemensam checklista kunde vara ett bra verktyg att jobba vidare med för att säkra att alla förberedelser gjorts och att patienten fått nödvändig information. En gemensam checklista hjälper speciellt vikarier och nyanställda att komma ihåg vad som bör ombesörjas i planeringsskedet och underlättar informationsgången eftersom dokumenteringen blir mera strukturerad. I samma veva bör även patient- informationen som ingår i kallelsebrevet uppdateras, ansåg gruppen.

### 6.3 Samarbetsmöte

Härnäst följer beskrivning av samarbetsmötet som utgjorde den gemensamt överenskomna fortsättningen på förändringsprocessen.



Figur 11. Aktionsforskningsspiralen - samarbetsmöte

Efter de två fokusgruppernas diskussioner ansåg således alla deltagare att vi gemensamt skulle gå vidare med konkret samarbete och i första hand utveckla ett verktyg för att främja en mera smidig vårdprocess för den polikliniska åtgärdspatienten. På det så kallade samarbetsmötet där de som deltagit i fokusgruppintervjuerna i mån av möjlighet deltog beslöts att avgränsa till att i första hand utveckla en gemensam checklista och ett uppdaterat och enhetligt patientdirektiv för åtgärdspatienten som kommer för djup biopsi undersökning. Det framkom att poliklinikerna i vissa fall hade egna patientdirektiv som inte överensstämde till hundra procent med det patientdirektiv som röntgenavdelningen har gällande åtgärdsundersökningar och förberedelser man skickade med i kallelsebrevet.

Djupa biopsiundersökningar remitteras till åtgärdsenheten från onkologiska, inre medicinska och kirurgiska polikliniken samt från polikliniken för lungsjukdomar så dessa enheters mottagningsskötare; ca 10 skötare från 6 arbetspunkter, röntgenskötare samt åtgärdsenhetens sjukskötare och avdelningsskötare deltog i det gemensamt överenskomna samarbetsmötet som hölls 10.2.2021 till följd av beslutet om utvecklingsåtgärden.

Inom vården används redan i ganska stor utsträckning checklistor som arbetsverktyg, som ett hjälpmedel eller minneslista för vad som ska kontrolleras i olika skeden. På finska används oftare benämningen tarkistuslista men på svenska använder vi oftast engelska termen checklista istället för kontrollista. På Vasa centralsjukhus har man sedan 2010 haft i bruk kirurgisk checklista enligt WHO's modell. Avsikten med checklistan är att förbättra säkerheten kring operationsverksamheten och global forskning har visat att användningen

av checklistan har minskat på dödligheten och komplikationer i samband med operation och förbättrat kommunikationen inom operationsteamet. WHO's checklista delas in i tre steg; check före inledande av anestesi, check före första snittet och check före patienten lämnar operationssalen. Användningen av WHO's checklista anpassad till eget sjukhus och överenskomna förfaringssätt fungerar systematiskt med alla involverade i operationsteamet. (Vasa centralsjukhus och WHO, 2022)

Enligt utvecklaren av WHO's kirurgiska checklista så är checklistor nödvändiga verktyg eftersom risken för mänskliga misstag ökar i komplicerade och mångfacetterade arbetsskeden. Vi glömmer, blir avbrutna och hoppar obemärkt över något arbetsskede eller har för bråttom och slarvar. Speciellt vid team-arbete eller då flera olika enheter är involverade innebär checklistan ett hjälpmedel för kommunikation och information mellan de involverade i säkerställandet av att allt genomgått, utförts och kollats upp. (Gawande, A. 2011)

På samarbetsmötet tog man utgångspunkt i vad som konstaterats i analysen av fokusgruppintervjuerna och det konkreta samarbetet beslöts att starta med utvecklandet av ett gemensamt arbetsverktyg. Arbetet utgick från det utkast till gemensam checklista som en sjukskötare tidigare påbörjat på gastrokirurgiska mottagningen med tanke på leverbiopsipatienten, vilken utgör en av de patientgrupper som undersöks med djup biopsi.

Tanken var att en gemensam checklista skulle följa patientens alla steg i processen och fungera som tydligt dokumentationssätt mellan enheterna. Målet var att den skulle stöda eventuella ovana planerare av denna typ av undersökning och fungera som en minneslista över vad som behövde komma ihåg, redas ut och dokumenteras åt nästa enhet för att undersökningen skall lyckas. Efter remitterande polikliniks minneslista följde åtgärdsenhetens uppföljning i den gemensamma checklistan, med allt från kontroller och utredningar vid ankomst till avdelningen, förberedelser som skall göras och annat som ska beaktas före åtgärden kan utföras på röntgen. Följande steg på listan var röntgens andel och de önskade fortsätta dokumentera fritt vad som gjorts i biopsi-undersökningsrummet och vilken uppföljning patienten skulle ha efteråt på dagenheten. Till sist på listan finns utskrivnings checklista över vad som ska uppfyllas på åtgärdsenheten före utskrivning, vilken information och vilka dokument patienten behöver få med sig. Som stöd för implementeringen utarbetades även ett exempel på hur man kunde fylla i checklistan, vad som är väsentlig och tillräcklig information åt nästa part.

Vid uppgörandet av checklistan beaktades det som Gawande menar är förutsättningen för en bra checklista. Checklistan bör vara tydlig och precis, vara lättförståelig, inte för lång och den måste testas och därefter utvärderas och justeras, troligen flera gånger. Checklistorna ska således underlätta och påskynda arbetet för professionella, inte fungera som ett fullständigt direktiv för nyanställda. Gawande har även utvecklat en checklista för checklistor som stöd för när en checklista lämpar sig och hur den ska utformas. (Gawande, A. 2011)

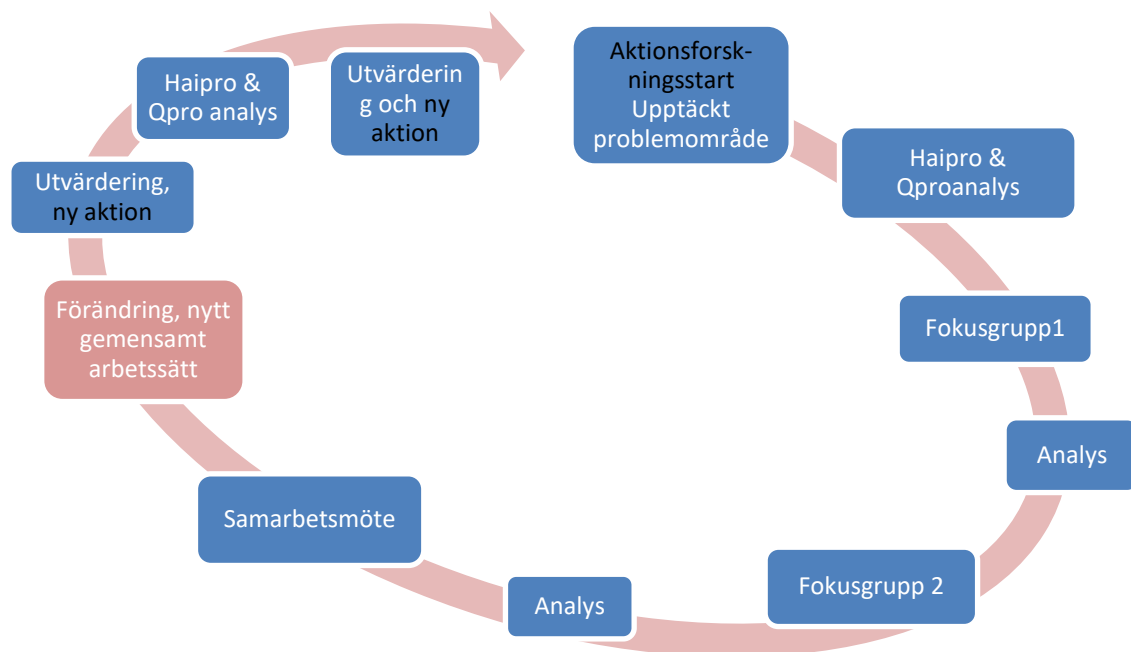
Parallellt med att den gemensamma checklistan kontrollerades och utformades, gick även röntgens patientdirektiv inför djup biopsi undersökning igenom eftersom dessa bör överensstämma och behov av förtydligande av patientdirektivet fanns utifrån patient-feedbacken. Dokumentet uppdaterades i samråd i arbetsgruppen för att innehålla samma information åt patienten som vi sett var nödvändig att kartlägga och som ingick i checklistan.

Det som ansågs viktigast var att patienten fick information om och förstod läkemedelspauser inför undersökningen så att inte ingreppet skulle behöva avbrotas. Dessa läkemedelspauser kontrollerade röntgensköterskan med interventionsradiologen som förtydligade den delen i direktivet. Det som ansågs mycket utmanande var att man inte känner till patientens hemmedicinering. Vid kallelse av patient per telefon frågas om de mest relevanta läkemedel som bör pausas; antikoagulanter och övriga läkemedel som inverkar på blodets koagulationsförmåga. Dessa antecknas oftast i vårdplanen men inte på medicinlistan. Uppdatering av medicinlistor konstaterades vara en omfattande problematik och uppdatering av dessa skulle ta för mycket arbetstid av mottagningssköterskorna. Denna utvecklingsdel lämnade därför tills vidare, förutom att en punkt gällande pausande av läkemedel inför åtgärden infördes på checklistan. Önskemål framfördes från gruppen om att få hjälp av avdelningsfarmaceut för kartläggning av patienters hemmediciner före invasiva undersökningsingrepp. Det fanns dock inte resurser på apoteket för detta just då åtminstone även om det sågs som ett viktigt utvecklingsförslag av ansvariga för läkemedelssäkerheten på centralsjukhuset.



## 6.4 Förändring

Beslut om förändrat arbetssätt togs under samarbetsmötet.



Figur 12. Aktionsforskningsspiralen - införande av nytt arbetssätt

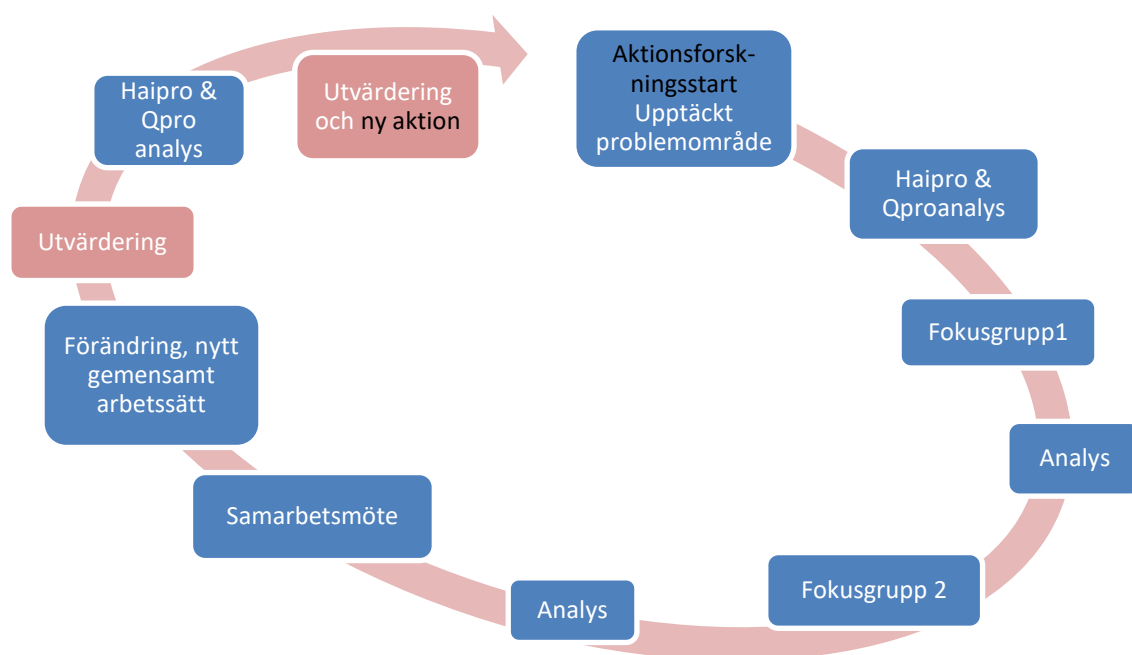
Efter beaktande av alla åsikter i utvecklandet av checklistan under mötet och via kommentarsrundor per e-post startade implementeringen och provperioden av checklistan. Plats för var checklistan skulle lagras och hämtas för inkopiering i vårdplanen i samband med planeringen av undersökningen, bestämdes efter diskussion. Avdelningsskötaren på åtgärdsenheten förde in den under åtgärdsenhetens enhet i vårddirektiven i esko patientjournalens vårdplan, därifrån man på polikliniken enkelt kopierar in den i vårdplansdag öppnad för undersökningsdagen. Patientdirektivet uppdaterades och lagrades, tillgängligt för alla, på röntgens sidor under ultraljudsledd biopsi, på intranet. Alla vårddirektiv flyttas under en övergångsperiod till Österbottens välfärdsområdes nya gemensamma intra.

Detta första utkast till gemensam checklista som utformades under samarbetsmötet skickades ut på kommentarrunda även till enheternas förmän. Förmännen fick även mötessammandrag över vad som diskuterats och alla ombads kommentera dokumenten innan ibruktagning. Därefter togs checklistan och det förnyade patientdirektivet i bruk för en testperiod, varefter utvärdering skulle göras på ett gemensamt bestämt datum.

Efter en del justeringar utifrån kommentarer via e-post, togs nya checklistan och patientdirektivet i bruk i slutet av mars 2021 och första utvärderingsmöte fastslogs till före sommarsemestern 27.5.2021.

## 6.5 Utvärderingsmöten

Här beskrivs de båda utvärderingsmöten som hölls med nästan 4 månaders mellanrum.



Figur 13. Aktionsforskningsspiralen - utvärdering

Vid utvärderingsmötet 27.5 2021 deltog endast få personer men litet feedback per e-post hade kommit in i förväg. Några justeringar gjordes men också vissa klargöranden gällande användningen av checklistan behövdes. Vissa tyckte den var svår och tidskrävande att fylla i och åtgärdsenheten hade märkt att den ofta var ofullständigt ifylld. Den upplevdes också vara till nytta och åtgärdsenheten upplevde möjligen bättre förberedda patienter men tiden som dokumenten varit i bruk var enbart knappa två månader så beslut togs om att fortsätta testperioden och utvärdera på nytt på hösten.

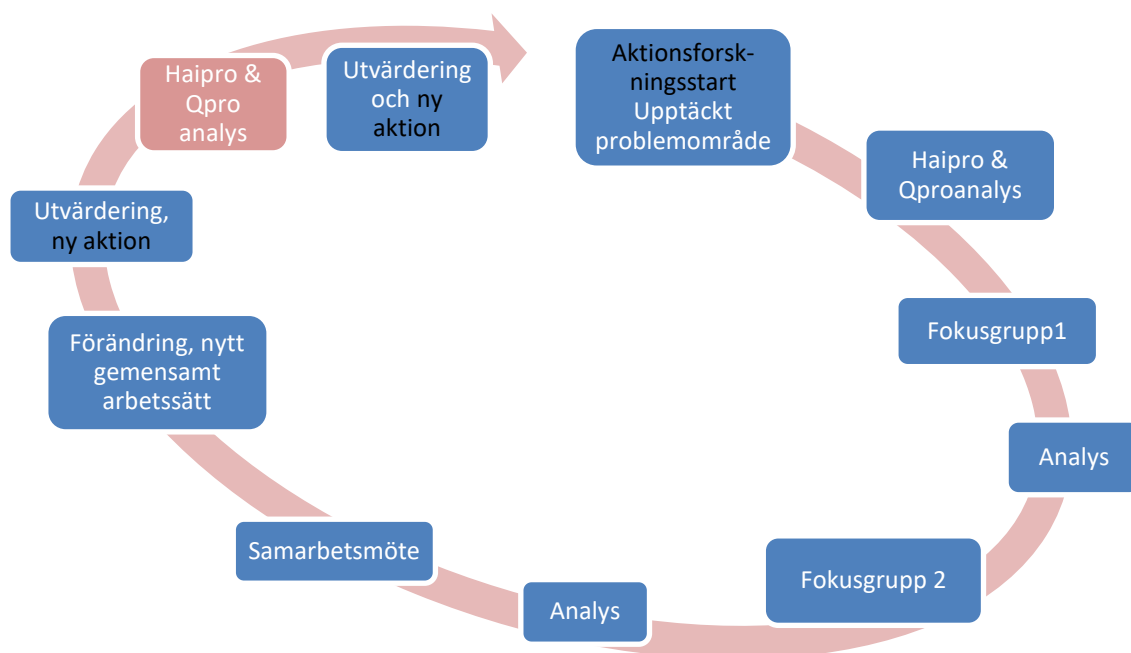
Man konstaterade även olikheter i patientinformationsdirektiven på röntgens sidor som berodde på att det nya direktivet ännu inte hunnit publiceras av röntgens personal på deras sidor. Tidsbrist var orsaken men detta lovade man åtgärda. Dessutom önskades länk från patientdirektivet till checklistan för att även avdelningar som bokar patienter till dessa undersökningar skulle kunna hitta och använda den vid bokandet och förberedandet inför åtgärd.

Den 23.9.2021 hölls ett nytt samarbets- och utvärderingsmöte dit mottagningsskötare och förmännen från alla polikliniker inom öppna vården var inbjudna. Avsikten var att utvärdera checklistan och patientdirektivet samt planera för fortsatt samarbete kring gemensamma checklistor för andra patientgrupper och andra gemensamma förbättringsarbeten. På mötet konstaterades att genomgång igen behövdes gällande hur det var meningen att man använde checklistan. Åtgärdsenhetens avdelningsskötare meddelade att i 16 granskade fall hade checklistan varit helt ifylld endast i 4 fall. Rent konkret undrade man från poliklinikerna hur man skulle dokumentera så att arbetet inte skulle vara så tidsdrygt. Gemensamt konstaterades att korta kommentarer som visar att punkterna noterats och informerats om åt patienten räcker. Orsaken till att detta ännu varit oklart berodde troligen på den dåliga uppslutningen på utvärderingsmötet på våren, liksom den arbetsbörda som alla har vilket leder till att man inte hunnit ordentligt gå igenom punkt för punkt. Diskuterades även att checklistan kanske var för omfattande då den innefattade alla enheters arbetsmoment men man var överens om att fortsätta testa den i befintligt format efter den klargörande diskussionen på detta utvärderingstillfälle.

HaiPro och Qpro statistik hade genomgåts från tidsperioden mars – september 2021 gällande anmälningar som gjorts från och till åtgärdsenheten. Utifrån en händelse med fördröjd eftervård konstaterades att även kommunikationen från åtgärdsenheten till remitterande poliklinik kan förbättras. Eftersom det är mycket viktig för tryggheten av fortsatt vård kompletterades checklistan för åtgärdsenhetens del, så att även ansvariga skötaren kommer ihåg att notera ifall ändring i planerad åtgärd skett så att eftervårdsplanen påverkas. Skötaren meddelar i så fall till åtgärdsenhetens sekreterare, vilken har ansvar att vidarebefordra infon till aktuell poliklinik.

## **6.6 Uppföljande HaiPro & QPro analys**

Här beskrivs den uppföljande analysen av HaiPro och QPro materialet som egentligen gjordes innan det andra utvärderingsmötet och presenterades för deltagarna där.



Figur 14. Aktionsforskningsspiralen – HaiPro och QPro uppföljningsanalys

HaiPro genomgång över rapporter inkomna från mars till september 2021 visade endast 3 anmälningar gjorda till åtgärdsenheten och 12 st gjorda från åtgärdsenheten. Den viktigaste och enda i sammanhanget relevanta anmälan till åtgärdsenheten gällde tidigare nämnda brist i den viktiga kommunikationen gällande fortsatt vård och tidsbokning utifrån undersökningsfynd. Remitterande enhet hade inte fått information om brådskande bokning av operationstid vilket fördröjde vården för patienten.

Av de 12 anmälningar som dagenheten gjort till olika remitterande polikliniker berör 6 st blodprov som inte tagits inför ingrepp, dock gällde alla anmälningar andra patientgrupper än djupa biopsipatienter. Inga av anmälningarna gällde biopsi-patienterna.

Gällande QPro patient-feedbacken så hade denna granskats under perioden januari till september och totalt hade 142 responser inlämnats till åtgärdsenheten. De patienter som kommer via åtgärdsenheten för undersökningar eller åtgärder lämnar alltid sin respons till åtgärdsenheten även om det berör remitterande poliklinik. Responserna var övervägande positiv men fortfarande framkom önskemål om kortare väntetid:

*”Försök att ordna senare tider för långväga patienter”*

*”Minulla oli aika klo 7.30 aamulla, mutta pääsin toimenpiteelle vasta 12.30. Jos on pitkänmatkalainen, niin olisi toivottavaa, että aikataulu ei heittäisi näin paljon.”<sup>3</sup>*

Tidtabellen som mycket påverkas av röntgenavdelningens möjligheter att ta patienter enligt preliminär planering för dagen. Ibland kommer flera akuta patienter, från vårdavdelningar eller akutmottagningen, som måste få företräde före åtgärdsenhetens elektiva patienter, vilket inverkar mycket på väntetiden. Detta är en sak som diskuterats flitigt mellan enheterna men som är svår att påverka eftersom man naturligtvis alltid måste prioritera den mest brådskande åtgärden.

Även respons på brister i informationen framkom i QPro rapporterna:

*”På brevet som kom hem stod det att jag inte kan själv köra bil utan behöver skjuts. Enligt personalen på CT-röntgen stämmer inte detta.”*

*”Ej utsatt tid för paus av Primaspan”*

*”Tutkimuksen jälkeen oli jätävä osastolle 4 tunniksi. Mielestäni siitä olisi voitu ilmoittaa ennen sairaalaan tuloa”<sup>4</sup>*

*”Skulle gärna velat prata med läkaren efter undersökningen”*

Alla ovanstående citat visar på brister i informationen inför undersökningsdagen och borde kunna undvikas. I det första citatet har olika information getts, eftersom det hade rätt oklarheter kring om patienter efter specifik CT styrd biopsi fick köra hem själv. I det andra citatet var det oklart hur länge läkemedel som inverkar på blödningstendensen skulle pausas, och i det tredje hade man inte informerats om uppföljningstiden. Även om det sistnämnda citatet kan vara mera ett önskemål, kan det även visa på att man från informationen inte förstått att det under åtgärdsdagen oftast inte finns ett svar att ge av läkaren ännu. Detta gäller åtminstone alla biopsipatienter där svaret kommer först efter 1-2 veckor då provbiten analyserats på patologiska avdelningen. Radiologen som utför åtgärden har inget ansvar för patientens diagnos och behandling utan ansvarar enbart för välutförd åtgärd. Vid vissa andra åtgärder, såsom angiografier, utförs de av specialområdets egna läkare som i samband med och direkt efter informerar patienten om fyndet.

---

<sup>3</sup> Jag hade tid kl. 7:30 på morgonen, men jag slapp till åtgärden först 12:30. Om man kommit lång väg är det önskvärt att tidtabellen inte skulle avvika så pass mycket.

<sup>4</sup> Efter undersökningen var jag tvungen att stanna 4 timmar på enheten. Enligt min åsikt kunde man informerat om det i förväg.

Den negativa responsen utgör endast en bråkdel av hela mängden respons, 6 rapporter av totalt 142 under tidsperioden. Det som även bör beaktas är att patienter ibland läser skriftlig information bristfälligt av olika orsaker, uppfattar kanske inte all information under telefonsamtal eller inte kan ta till sig informationen av kognitiva orsaker. Även i dessa fall behöver man granska dokumenten som ges ut samt hur telefonsamtalen genomförs. Att be patienten upprepa det som sagts i telefon är en bra metod för att säkerställa att informationen förstås.

På utvärderingsmötet i september 2021 genomgicks dessa Haipro och Qpro rapporter som gjorts till och från åtgärdsenheten. Antalet patientsäkerhetsanmälningar var lågt men enligt dessa hade inga undersökningar behövt avbokas och framflyttas utan några handlade om långa väntetider före ingreppet. Under uppföljningsperioden konstaterades att blodprov dagen innan undersökning lämnats otagna vid några tillfällen vilket fördröjt undersökningen och att patient feedbacken fortfarande innehöll en del klagomål om lång väntetid innan undersökning. Utifrån den diskussion som fördes på mötet justerades checklistan återigen och alla påmindes tack vare genomgången om hur ifyllandet skulle ske. Den felaktighet som kommit med gällande om man fick köra bil hem från undersökningen korrigerades i båda dokumenten och den gemensamma konklusionen var att checklistan är till hjälp för alla och användningen av denna fortsätter. Eventuella justeringar i fortsättningen tas upp med avdelningssköterskan på åtgärdsenheten.

Fortsatta samarbeten listades, främst flera gemensamma checklistor för andra patientgrupper. Kommande samarbeten initieras av åtgärdsenhetens avdelningssköterska utifrån en preliminär plan som uppgjordes. Samarbetet upplevdes som positivt av alla parter.

Att man samstämmt bland deltagarna som varit med på fokusgruppsintervjuerna och diskuterat den polikliniska åtgärdspatientens vårdstig ansåg att en förändring behövdes var ett viktigt delmål med utvecklingsarbetet och en förutsättning för vidare samarbete. Efter fokusgruppsintervjuerna informerades översköterska och avdelningssköterska om planerna vidare och godkände samt uppmuntrade detta.

## **7 Diskussion**

I detta kapitel diskuteras resultat, metodval och slutledningar. Aktionsforskningen beskrivs steg för steg på så sätt att i varje fas beskrivs målsättning, metod och resultat eftersom en ny fas bygger på den föregående fasens resultat. Resultatdiskussionen blir därmed övergripande och samtliga fasers gemensamma resultat diskuteras. I metoddiskussionen granskas

studiens design och i slutledningen presenteras en modell att använda vid liknande förändringsarbeten.

## **7.1 Resultatdiskussion**

Syftet med examensarbetet var att ta reda på hur en förändringsprocess kan genomföras så att kvaliteten i vårdprocessen för den polikliniska åtgärdspatienten säkras. Avsikten var också att öka förståelsen för patientens hela vårdstig hos alla involverade och genom samarbete komma fram till vad som kan leda till förbättringar och vad som krävs för att kunna genomföra förändring. Önskan var även att skapa en övergripande modell för hur man kan leda förändring genom samarbete som även går att tillämpa vid andra förändringsprocesser.

Inledningsvis förklaras resultatet utifrån frågeställningarna och därefter jämförs resultaten från aktionsforskningen mot bakomliggande forskning och teoretisk referensram.

### **7.1.1 Resultatets svar på forskningsfrågorna**

Frågeställningarna omformades flera gånger under arbetets gång eftersom aktionsforskningen är en levande process som man inte kan veta slutresultatet av innan den, för examensarbetets del åtminstone, avslutas.

Frågeställningarna var följande: 1. Kan HaiPro och QPro visa på behovet av förändringsarbete och om genomförd förändring lyckats?, 2. Vilka förbättringar behövs för att skapa en säker vårdstig för åtgärdspatienten? och 3. Hur kan man som ledare av en förändring inleda, motivera och befästa en förändring bland alla inblandade parter?

Den första frågeställningen är relevant för examensarbetet men måste besvaras både med ja och nej eftersom HaiPro och QPro (eller dagens Roidu) rapporter endast kan visa en del av sanningen, vilket Liukka (2019) och Holmström (2017) även konstaterat. Dessa rapporter kan inte vara det enda underlaget som initierar förändring utan alla signaler från olika kanaler ska beaktas. Eftersom anmälningar av både personal och patienter görs helt på frivillig basis, även om organisationen starkt uppmanar personalen om att rapportera patientsäkerhetshändelser, finns risken att en stor del inte rapporteras av olika orsaker. Organisationen arbetar aktivt med information, skolning och uppföljning av rapporteringsgraden men med alla de utmaningar vårdarna står för idag inom hälso- och sjukvården är erfarenheten att alla händelser inte anmäls.

Statistiken visar även att andelen nära ögat händelser är förhållandevis lågt. Det är önskvärt att fler nära ögat händelser än faktiska händelser som drabbar patienter skulle rapporteras eftersom man då kan arbeta proaktivt för att undvika händelser som i värsta fall medför skada för patienten. (Kvalitetsrapport, Vasa centralsjukhus 2021)

I analysen av HaiPro och QPro rapporterna gällande åtgärdspatienter som remitteras från polikliniker till åtgärdsenheten för åtgärd på röntgen, framkom främst brister i informationen till patienter samt långa väntetider på åtgärdsenheten. Personalen lyfte fram oklarheter med läkemedelspauser, planering av laboratorieprover, tidsbokning och eftervårdsplan, vilka ledde till merarbete för enheten som skulle reda ut oklarheterna samt åtgärda dessa för att undvika att den planerade åtgärden behövde annulleras.

Orsaken till att svaret på första forskningsfrågan torde vara både ja och nej är att ja, HaiPro och QPro rapporter kan och bör initiera någon form av diskussion mellan berörda parter och därefter gemensamt överenskommen förbättringsåtgärd. I fokusgruppen där berörda parter från personalen samlades i mötesrum kunde problemområdena sakligt diskuteras mera ingående av de som arbetar närmast verksamheten. Däremot bör man vara försiktig med att värdera effekten av genomförd förändring med enbart analys av HaiPro och QPro rapporter så därför är svaret på om HaiPro och QPro kan visa om förändring lyckats åtminstone delvis nej. Denna slutledning görs eftersom anmälningströskeln kan vara mycket lägre då problemet aktualiserats och förändring införts jämfört med innan det blev aktuellt, alternativt har händelserna faktiskt minskat så att man inte bryr sig om att rapportera enstaka fall där avvikelser inträffat. Viktigare är att samlas till utvärderingsmöten som gjordes under aktionsforskningsprocessen och gemensamt diskutera hur förändringen lyckats och vad som eventuellt behöver ändras och vilka eventuella nya förändringsbehov som framkommit. Detta antagande stöds av det som framkom av fokusgruppsdeltagarna, således att kommunikation, planering, diskussion och utvärdering utgör viktiga ramar för bestående implementering av nya arbetssätt.

Den andra forskningsfrågan, vilka förbättringar som behövs för att skapa en säker vårdstig för åtgärdspatienten, anses vara relevant men kan endast svaras till viss del på. I diskussionen i fokusgrupperna kom flera önskemål på förbättringar fram som kräver större förändringar och mera personalresurser. Patienters läkemedelslistor som inte var uppdaterade var ett stort problem i planeringsskedet samt i vissa fall ansvarsfördelningen mellan läkare och sjukskötare på polikliniken. Även väntetiderna till röntgen var ibland ett stort problem som man inte fann någon lätt lösning på eftersom verksamheten påverkas av








akuta fall som ibland måste gå före. Efter problemkartläggningen i fokusgrupperna och det påföljande samarbetsmötet så valdes det gemensamt att satsa på det som är enklast att förändra först. Ett verktyg; en gemensam checklista för djupa biopsi åtgärder, utvecklades för att säkerställa att alla nödvändiga förberedelser inför dessa mera komplexa åtgärder utförts och dokumenterats (bilaga 5 och 6). Även patientinformationen förnyades för att säkerställa detaljerad och tillräcklig information åt patienten (bilaga 7 och 8). Checklistan har enligt åtgärdsenhetens avdelningsskötare (5/2022) används i nuläget vid så gott som alla förberedelser av denna grupp åtgärdspatienter. För att säkerställa implementeringen behövdes dock de två utvärderingsmötena som ordnades för att repetera hur checklistan skulle fyllas i och dokumenteras enhetligt och enklast möjligt. Patientdirektivet placerades på röntgens internetsidor och ersatte det gamla så att inget annat fanns att använda vilket underlättade implementeringen. En korrigerig av en felaktig uppgift krävdes vid ett utvärderingsmöte men direktivet fick ingen negativ respons i övrigt från personalen eller via Haipro och QPro rapporterna. Checklistan fick även en överenskommen förvaringsplats därifrån den lätt kan kopieras in i patientens vårdplan.

I litteraturen beskrivs användningen av checklistor som vedertagen och utvecklingen av sådana bör fortgå (WHO, 2022), speciellt i dessa tider då personalen inte är lika långvarig på en arbetspunkt, personalbrist råder och högt arbetstempo är vardag så kan en välutvecklad checklista framtiden i samarbete över enheterna underlätta arbetet och säkra vårdprocessen för patienten. Det kan dock vara bra att komma ihåg Gawandes (2011) ord om att en checklista inte ska vara för lång och att den inte är tänkt att fungera som en handbok.

Eftersom både WHO och tidigare forskning starkt stöder användningen av checklistor så kan man besvara den andra forskningsfrågan med att en välutformad, enhetsöverskridande checklista som implementeras och uppdateras vid behov helt klart kan bidra till en säker vårdsteg för patienten. Hand i hand med utvecklingen av checklistan är den utförliga patientinformationen även ett sätt att säkerställa en trygg och smidig vårdprocess för patienten som kommer för en åtgärd, närmare bestämt djup biopsi.

Därtill finns mera att önska men det lämnas till fortsatta utvecklings- eller leanarbeten. Önskan om att få tillgång till avdelningsfarmaceutresurs för att kartlägga åtgärdspatientens hemmediciner skulle bidra till säkerställande av korrekta läkemedelspauser och beaktande av andra risker. Samarbete mellan professioner bör främjas för bästa möjliga patientresultat. (Matthys et al., 2014)

Den tredje forskningsfrågan är omfattande och söker svar på hur man som ledare av en förändring kan inleda, motivera och befästa en förändring bland alla inblandade parter. Det material som analyserades fram från fokusgrupperna gav en del svar på den frågan. Resultatet från analysen presenteras i figur 15 med de teman och nyckelord som framsteg som aktuella enligt deltagarna.

<b>Förändrin- gens innebörd</b>	<b>Rollfördelning och ansvar</b>	<b>Delaktighet</b>	<b>Leda förändring</b>	<b>Samarbeta och befästa förändring</b>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Möjlighet,</li> <li>➤ Förbättring</li> <li>➤ Trygghet</li> <li>➤ Varsamhet</li> <li>➤ Inhämta idéer</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ansvar att förbättra</li> <li>➤ Rättighet att meddela</li> <li>➤ Skyldighet att rapportera</li> <li>➤ Alla ska bli hörda</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diskutera i grupp</li> <li>➤ Ge och beakta utvecklingsförslag</li> <li>➤ Information</li> <li>➤ Samarbeta</li> <li>➤ Vara positiv</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ta och känna ansvar</li> <li>➤ Kommunikation</li> <li>➤ Tillåt olika reaktioner</li> <li>➤ Tydlighet</li> <li>➤ Fördela ansvarsuppgifter</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gemensamt mål</li> <li>➤ Planera</li> <li>➤ Diskutera i gruppen</li> <li>➤ Få påverka</li> <li>➤ Implementera</li> <li>➤ Utvärdera</li> </ul>

Figur 15. Teman och nyckelord i förändringsprocessen

Från bilden kan man se vad fokusgruppen medlemmar ansåg att var förenligt med förändring och vad som är dess innebörd. Man såg positivt överlag på förändring; en möjlighet, en förbättring samt något som skapar trygghet när förändring sker till det bättre. Det framkom att det ofta lönar sig att inhämta idéer och fakta från tidigare genomförda förändringar, forskning och utvecklingsarbeten. Man bör dock gå fram varsamt och vara medveten om att all förändring inte är positiv och medför förbättring.

Angående rollfördelning och ansvar i inledandet och genomförandet av förändring betonade gruppen att det är allas ansvar att initiera förändring om man upptäcker en brist eller ett behov. Alla i arbetsgruppen ska känna att de vågar framföra sånt som utgör en risk och alla bör även vara medvetna om ens skyldighet att rapportera om missförhållanden och alla bör känna att ens oro tas på allvar och att någon lyssnar och tar tag i saken.

Gällande temat delaktighet framkom åsikten att många ser bara problem med förändring först men att genom diskussion och information kan motståndet minska. Den som leder

förändring bör lyssna på andras förslag och förändringen löns att genomföras i samarbete med fokus på positiva aspekter med förändringen.

Den som är ledare bör primärt ta ansvar för att initiera förändring och sörja för information till alla samtidigt som man tillåter alla reaktioner på förändringen. Man bör vara tydlig med vad förändringen innebär och om ansvaret för en förändringsprocess delegeras så bör även detta klargöras för andra så att alla vet vem som är ansvarig dragare av processen.

Deltagarna i fokusgrupperna gav intrycket av att acceptera den av respondenten initierade processen mot förändring som inleddes med två fokusgrupper. Deltagarna svarade aktivt och uppriktigt på frågorna om förändring och fick möjlighet i den andra fokusgruppintervjun att kommentera de utvalda meningsenheterna som beskrivs i resultattabellen på sidan 37. Detta ger en större trovärdighet till analysen så att resultatet blir mera tillförlitligt. De utvalda nyckelorden har dock tolkats fram av respondenten själv och beskrivs här utifrån det kontext de tolkades fram från.

Dessa svar ger dock inga djupare detaljsvar på forskningsfrågan hur man kan inleda, motivera och befästa en förändring utan mera en allmän bild. Under följande rubrik jämförs resultaten med hur väl de överensstämmer med forskning och annan bakgrundslitteratur som tagits med i examensarbetet.

### **7.1.2 Jämförelse av resultat mot teori**

Bakgrundsteorin i examensarbetet består av en beskrivning av den vårdverklighet som aktionsforskningen utspelar sig i och forskningar samt annan litteratur gällande förändringsprocessen och hur man leder förändring genom samarbete. I denna del jämförs resultaten mot den teoretiska bakgrunden och samtidigt diskuteras den valda teoretiska referensramens lämplighet och förankring till resultatet.

I bakgrundsteorins beskrivning av förändringsprocessen visar Malmberg förändringskurva bland annat på det motstånd som kan finnas initialt i en förändringsprocess. Förändringsledaren bör vara beredd på och tillåta känslomässiga reaktioner och även komma ihåg att låta processen ta tid. Alla dessa aspekter kom även fram i fokusgruppintervjun; tillåtande av reaktioner, motstånd som möts med information och varsamhet.

Kjellberg (2013) betonar vikten av att erhålla tillit som förändringsledare för att kunna driva förändring. En förändringsledare närmare verksamheten kan ha lättare att erhålla tillit än en som kommer utifrån och kan ha svårare att förstå sammanhanget. Bland

fokusgruppdeltagarna betonades ledarens initiativ men att även annan person kan leda förändring om så överenskommits. Eventuellt kan det bli problem med tilliten om en i arbetsgruppen ska leda förändring. Här är säkert en tydlighet gällande ansvarsfördelningen från ledaren, i detta fall förmannen eller chefen, ytterst viktig precis som fokusgruppen betonade. I aktuell aktionsforskning fungerade respondenten som förändringsledare med erfarenhet från aktuell verksamhet samt en egen förförståelse av problemet, vilket kan vara både positivt och negativt.

God kommunikation till rätt tid och i rätt mängd är viktigt för förtroende och deltagande i diskussioner (Källberg, 2013). Kommunikation och diskussion för att främja delaktighet steg även fram som nyckelord i resultatet från fokusgruppintervjun. Ledande av förändring innebär att göra medarbetarna delaktiga och ansvariga i själva processen och föra en fortgående öppen kommunikation och en rak och ärlig information. Tidsaspekten är viktig så att man kan genomföra förändringen i små steg och nå ett bättre resultat. (Angelöw, 2013). Delaktighet och eget ansvar i att föra fram förändringsbehov framkommer i resultatet samt den viktiga informationen och kommunikationen i gruppen, där det även betonas att noggrann planering av förändring är viktig och kräver tid.

Både Allbee (2021) och Allen (2016) poängterar den noggranna förberedelsen och stödbehovet under förändringsprocessen, upprätthållande av förändringen och utvärdering samtidigt som man även ska stanna upp och konstatera att man genomfört en förbättring och ta sig tid att glädjas åt det. I vår kultur har vi lätt att fokusera på det negativa och bara se förändringsbehov och sådant som inte fungerar. Vi borde kanske vara bättre på att se i backspegeln och reflektera över alla goda förändringar som gjorts genom åren. Under aktionsforskningsprocessen följdes implementeringsfasen upp både med utskick av info gällande ändringar i checklistan till alla deltagare samt med två utvärderingsmöten för att verkligen befästa verktygets användning. Båda utvärderingsmötena ledde även till ändringar och nya beslut i processen som var viktiga för fullständig implementering.

I bakgrundslitteraturen betonas återkommande samarbetet som en viktig länk i förändringsprocessen och den samarbetsprocess som aktionsforskningen medförde gav personligen positiv erfarenhet och ledde de facto till ett förändrat arbetssätt.

Ett gott samarbete skall resultera i ett hållbart och värdeskapande resultat både kortsiktigt och långsiktigt för alla intressenter (Savén, B. 2020). Samarbete innebär en arbetsmiljö där flera parter måste samarbeta för att förbättra vårdmetoder och processer. Samarbete främjar förståelsen för enheters eller organisationers olika kulturer, integration och ömsesidiga

intressen såsom organisationens vision, värderingar och målsättningar. (VanVactor, 2012) Samarbete med andra är avgörande och genom gott ledarskap kan vårdpersonal skapa en kultur som uppmuntrar till rätt värderingar och visioner som gynnar samarbete inom ett team. (Karam et al. 2018)

Som viktiga aspekter för ett gott samarbete mellan professionerna visade forskning på bl.a. god kommunikation, tillit och respekt mellan professionerna. Risker kan vara oklar rollfördelning läkare och sjukskötare emellan, brister i ledarskap och organisering för att möjliggöra gott samarbete samt olika prioriteringar och värderingar. Överlag verkade samarbete mellan professionerna tyda på positiva effekter för patientresultatet. (Matthys et al. 2017) Willumsen et al (2012) belyser också olika faktorer som inverkar på det interprofessionella samarbetet; individuella faktorer, gruppfaktorer och organisationsfaktorer. Exempel på faktorerna är den egna arbetsmotivationen, erfarenhet, att rollfördelningen är klar, ledarskapet och hur tydlig information som gavs samt kommunikationen i gruppen och den kultur som speglade organisationen samt hur tydlig målsättningen var. Källberg (2013) skriver att den formella bestämmande rätten i förändringsarbetet ska vara klargjord för alla.

Alla ovan nämnda aspekter på samarbete hämtade från teorin korrelerar med resultatet från fokusgruppsintervjun samt den erfarenhet som genomförd aktionsforskning medfört. Det var tydligt att problembeskrivningen och diskussionen gav en ökad förståelse av hela patientens vårdprocess och behovet av en förändring. Klart ledarskap och rollfördelning, information och kommunikation samt rätt fokus och utgångspunkt i förändringsarbetet; patienten, ger även positiva effekter på patientresultatet, i detta fall en checklista och förnyat patientdirektiv för att trygga en säker vårdstig.

### **7.1.3 Diskussion kring den teoretiska referensramen**

Den teoretiska referensramen passar bra till studien, både då man speglar problemet ur patientsynvinkel och ur personalsynvinkel, eftersom känslan av sammanhang är en viktig hörnsten i förändringsprocessen. Antonovsky beskriver vikten av en hög grad av KASAM; känsla av sammanhang, som uppnås när man upplever begriplighet i situationen, kan hantera denna och förstår meningen med sammanhanget samt känner delaktighet och motivation. (Antonovsky, A. 2008) Alla involverade behöver vara motiverade och känna meningsfullhet i det de ska göra, få tillräcklig information och se helheten för att hantera det som sker och ska utföras samt begripa orsakerna till förfarandet.

Genom att öka förståelsen av hela vårdstogens komplexitet så var tanken att en högre känsla av sammanhang uppnås när alla involverade känner till vårdprocessens alla moment i detalj ur både patient och personal-synvinkel. Att man begriper varför och på vilket sätt det man gör har direkta följder för nästa skede i processen samt att man har redskap för att hantera och förstå det man gör och slutligen att man känner sig delaktig och viktig i processen samt motiveras av att veta att vårdprocessen lyckas när man följer en viss struktur och har allt på klart.

För personalen som deltog i fokusgrupperna, samarbetsmötet och utvärderingarna så blev insikten större gällande åtgärdspatienten ganska komplexa vårdprocessen vilket kan tolkas utifrån att alla insåg behovet av förändring och ville ha nya arbetssätt och verktyg för att förenkla och säkerställa en trygg och lyckad åtgärd med patientens bästa i fokus. Förbättringsidéerna var många och kom från olika deltagare. Det gemensamma skapandet av checklistan var meningsfullt, ökade begripligheten kring helheten och planeringen blev därmed lättare att hantera. Sammanhanget klarnade vilket förhoppningsvis även på sikt ger en ökad känsla av sammanhang.

Antonovskys teori om salutogenes innefattar att människor som har en hög känsla av sammanhang klarar påfrestningar, olika stressorer, bättre. Tanken är därmed att när åtgärdspatientens vårdprocess är klargjord och ett hjälpmedel finns för att bemästra olika skeden i processen så förenklas det hela och leder inte till påslag av stressorer.

Då man i fokusgruppen fick ta del av patient- och personalrapporterna om inträffade avvikelser som vittnade om besvikna patienter som varit tvungna att vänta oskäligt länge eller fått fara hem med outrättat ärende, ökade viljan till att förbättra flera saker i förberedelserna; tidsbokning, utredning av hemmediciner och informationen till patienten. En välinformerad patient upplever också lättare meningsfullhet med ingreppet om han begriper orsaken, situationen är hanterbar då han vet vad som väntar och vad som är nästa steg i vårdprocessen. Patienten upplever på så sätt ett sammanhang genom att begripa vad som skall ske, hur och när, samt kunna förstå och hantera den information och de instruktioner som delges, ofta skriftligt inför ett besök, samt känna en mening i situationen, t.ex. kunna vara delaktig i beslut om den egna vården.

Det bör vara all vårdpersonals jobb att sträva till att varje patient upplever en känsla av sammanhang gällande allt från att förstå varför tid bokats kl. 7 på morgonen, varför blodprov måste tas dagen innan och varför man skall ta eller inte ta läkemedel i samband med åtgärden eller undersökningen.

Ur personalens synvinkel kan man även tänka att känslan av sammanhang är hög när alla parter i patientens vårdstig på olika enheter till fullo förstår hur alla delområden fungerar i vårdprocessen, vem som ansvarar för vad och varför det är viktigt i sammanhanget samt, vilken kommunikation som behövs var och när samt hur det inverkar på slutresultatet för patienten.

En modell från Västra Götaland visar hur Antonovskys teori kan användas i ett hälsofrämjande ledarskap för att stärka arbetstagarnas känsla av sammanhang. Att ledaren tydliggör nyttan med arbetsinsatserna kan stärka meningsfullheten. Skapande av tydliga mål att arbeta emot och en samhörighet med meningsfulla relationer på arbetsplatsen är viktigt för att främja bra samarbete, öppenhet och förtroende. I komplexa sammanhang behöver man förstå hur saker hänger ihop för att kunna orientera sig och veta hur man ska agera, ”ha koll på läget”.

Referensramen betjänar väl aktionsforskningen och stöder väl de resultat som erhålls både ur ledarskap-, personal- och patient-synvinkel. Det är viktigt att en förändring förankras i alla led i processen. Alla ska känna delaktighet och förstå sammanhanget i förändringen. Ända från högsta organisationsnivå bör ledarna beakta medarbetarnas behov av att uppleva sammanhang för att skapa nöjda och motiverade ledare och medarbetare samt i utvecklandet av processer ständigt beakta patientens behov av att uppleva en meningsfull vård som kan begripas och hanteras tack vare den service vårdgivarna ger.

## 7.2 Metoddiskussion

I denna del av kapitlet granskas och diskuteras den valda datainsamlingsmetoden, analysen och i vilken mån forskningsfrågorna besvarades.

I den kvalitativa innehållsanalysen används begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet vid bedömning av resultatens tillförlitlighet. Vid kvantitativ innehållsanalys används validitet och reliabilitet vid bedömningen av tillförlitlighet. För att trovärdigheten i den kvalitativa analysen skall vara stark, måste slutledningarna vara välgrundade och fria från egna åsikter. (Henricson, M. 2012, s. 340-341)

Bakgrundsbeskrivningen i examensarbetet utgörs av källor av varierande art och mängden forskningsartiklar som beskriver förändringsarbete och samarbete kunde varit fler. Sökorden kunde begränsats mer och inte varit så omfattande men tack vare att de kombinerades vid artikelsökning kunde lämpliga artiklar hittas. Vissa källor som använts har tagits från Vasa

sjukvårdsdistrikts hemsida och Vasa centralsjukhus intranät som småningom troligen stängs ned vartefter materialet uppdateras och flyttas till Österbottens välfärdsområdes databaser. Examensarbetsprocessen drog ut långt över planerad tid av olika orsaker och under tiden har organisationsförändringen pågått och genomförts, vilket har lett till att beskrivningen av organisationsstrukturen behövs ändras. Eftersom arbetet inleddes då vi levde i den gamla organisationen är delvis uppgifter som gällde innan organisationsförändringen använda som källor. Verksamheten har dock inte ändrats och samma metod och genomförande kan användas även idag i vår nya organisation. Allt material som fanns på Vasa centralsjukhus som stöd för arbetet har dock inte hunnit uppdateras och flyttas över till nya organisationens kanaler i sin helhet ännu.

I detta examens arbete valdes aktionsforskning som metod under den kvalitativa designen. Denna metod var en lämplig metod att använda då man ville skapa en förändring i verksamheten, en förbättring genom utvecklande av verktyg för att säkra patientens vårdstig men samtidigt också minska på det dubbelarbete problemområdet skapade för vårdpersonalen. Utformningen och avgränsningen med examensarbetet var initialt lite otydlig och formades delvis vartefter arbetet med aktionsforskningsprocessen framskred, vilket ofta är fallet då aktionsforskning väljs som metod vid förändringsarbete.

Aktionsforskningsprocessens möjligheter anses dock ha uppfyllts i detta fall då man aktivt kunde ta tillvara alla deltagares erfarenheter och åsikter. Modellen som användes med inledande fokusgrupper där problemet objektivt presenterades och belystes från berörda enheters synvinklar gav en bra grund för samarbetsmötet där det konkreta förändringsarbetet inleddes och ett verktyg för förändrat arbetssätt skapades och därefter utvärderades flera gånger.

### **7.2.1 Diskussion om HaiPro och QPro analysen**

Avsikten gällande den kvantitativa analysen av HaiPro och QPro rapporterna var att redogöra för dem i statistiska tabeller men detta gav väldigt liten förståelse av innehållet eftersom mängden rapporter som gällde det valda ämnesområdet var så få till antalet. Den kvantitativa datainsamlingen utgjordes av genomläsning av inkomna HaiPro och QPro rapporter från 2019 samt som uppföljande och jämförande analys granskning av materialet från en halvårsperiod under 2021. När datainsamlingen avslutades hade enbart det i bruk tagna verktyget, checklistan, varit i användning ett halvt år så därför granskades rapporter enbart från halvårsperioden efter att förändringen i arbetssättet införts. Analysen blev



därmed mer en beskrivning av vad som framkommit från rapporterna, fördelat mellan händelsens natur, typ av händelse samt dess följder för patienten, följder för enheten samt angivna utvecklingsförslag. Beskrivningen berikades med citat både från personalens HaiPro anmälningar samt patienternas QPro anmälningar.

HaiPro och QPro materialet visar enligt forskning endast toppen av ett isberg gällande det verkliga antalet patientsäkerhetsavvikelser inom en organisation. Att man som personal fyller i en anmälan visar på vilken säkerhetskultur man på enheten har men även kan tänka rapporter bli oskrivna på grund av brådska, upplevelse av att de inte löns att göras eller rädsla för få negativ feedback eller kanske skada ett viktigt samarbete. När det gäller patientresponsen så är de rapporterna väldigt beroende av att personalen informerar och delar ut pappersblankett eller Ipad för elektronisk respons. Dessutom kan många vara tveksamma till att ge negativ respons och om man överlag är nöjd med åtgärdsdagen så lämnar man kanske klagomålet över den långa väntetiden osagt. Tillförlitligheten till materialet, anmälningar från personal och respons från patienter är därför ganska låg eftersom det inte avspeglar ett korrekt antal patientsäkerhetsavvikelser. Bleustein et al. (2014) lyfte fram att mycket inverkar på graden av nöjdhet bland patienter. Alla aspekter i patientens upplevelser, särskilt förtroende för vårdgivaren och upplevd kvalitet, trots långa väntetider, avgjorde graden av nöjdhet. (Bleustein et al. 2014)

Trots att antalet rapporter och negativ patientfeedback var lågt upplevde man på åtgärdsenheten att problemet var relativt stort enligt de diskussioner som fördes bland personalen. Till trots för statistiskt lågt antal rapporter bör ändå utvecklingsåtgärd insättas då en trend upptäcks i rapporteringen. Även de framförda, upptäckta riskerna bör tas i beaktande för att förhoppningsvis lösa problemet innan fler patienter drabbas negativt med avbokade åtgärder och fördröjd diagnos samt fördröjd behandlingsstart. Således ger trenden i rapporterna trovärdighet till problemet som medför att det var försvarbart att inkludera materialet i datainsamlingen och analysen.

## **7.2.2 Genomförandet av fokusgrupper, samarbetsmöte och utvärderingsmöten**

Till fokusgrupperna inbjöds alla åtgärdsenhetens samarbetspartners. Då man på slutet av andra fokusgruppen beslöt rikta in det fortsatta samarbetet gällande patienter som kommer för en specifik åtgärd, djupa biopsier, föll vissa deltagare bort som inte jobbade med denna patientgrupp. Urvalet av deltagare föll sig således naturligt och det ansågs logiskt att endast de som direkt berörs deltog vidare. Viktiga allmänna synpunkter gällande förändringsarbete

hade framkommit, med hjälp av olika frågor, från alla deltagare tidigare under fokusgrupperna. I efterhand kan man förstås tänka att ju fler som ger sin åsikt desto fler goda idéer kring förändrat arbetssätt kan framkomma och en utomstående som inte direkt arbetar med patientgruppen men nog andra åtgärdspatienter kan kanske reflektera mera objektivt. Dock var det tillräckligt svårt hitta tidpunkter som passade de som närmast jobbar med det avgränsade området så dessa deltagare prioriterades, även om övriga inbjöds att fortsätta delta i mån av möjlighet och intresse.

Kvalitativ innehållsanalys ansågs lämplig att använda vid analys av de bandade diskussionerna från fokusgrupperna när det gällde hur man kan initiera, leda och befästa förändring. Framkomna åsikter grupperades in under teman som valdes efter genomläsning av materialet. Detta analysresultat jämförs i resultatdiskussionen mot det bakgrundsmaterial som presenteras om förändringsprocess och hur leda förändring genom samarbete.

Vid inledandet av fokusgrupperna redogjordes tydligt för syftet med dessa och att de utgjorde en del av ett examensarbete på högre yrkeshögskolenivå. Deltagarna tillfrågades och gav lov inför båda fokusgruppintervjuerna att diskussionen fick bandas via telefon. Dessa inbandade intervjuer transkriberades och ljudfilerna raderas då examensarbetet färdigställts helt. Från den innehållsanalys av materialet som gjordes genomgicks de teman och meningsenheter som togs fram från första fokusgruppen för deltagarna som deltog i den andra och möjlighet fanns till att komplettera innehållet under de teman som bildats. Detta säkerställde även att inte skribenten analyserat fel.

Under intervjuerna och diskussionerna i fokusgrupperna och under övriga möten bemödades det om att visa stor respekt för deltagarnas åsikter och deras utmaningar i eget arbetsutförandet. Deltagarna uppmuntrades att berätta utförligt samtidigt som de fick möjlighet att fundera djupare kring problemet och vad man borde sträva till att förbättra för att bidra till en smidigare vårdstig för patienten men även på sikt för att underlätta mottagningsskötarens arbete. De patientsäkerhetshändelser som framkom i citaten gav exempel på problematiken och redogjordes för utan patientuppgifter och på ett icke anklagande sätt så att även om det framgick på vilken poliklinik någon avvikelse inträffat i planeringen så var fokus aldrig på person utan helt i enlighet med HaiPro anmälningarnas syfte så fokuserades det på att finna bakomliggande orsak till problemet och planera utvecklingsåtgärder utan att skuldbelägga någon.

Trovärdigheten i detta examensarbete är inte optimal eftersom aldrig data från ett frivilligt rapporteringsprogram för patientsäkerhetshändelser, i detta fall HaiPro och QPro, ger någon

fullständig bild av sanningen utan enbart en fingervisning. Fingervisningen, i detta fall, stämde dock överens med den förförståelse vi hade på åtgärdsenheten om problemet. Under genomgången av HaiPro anmälningarna var det heller ingen av deltagarna i fokusgrupperna som menade att materialet var felaktigt utan alla kände igen problematiken och höll med om att förbättringar behövdes. Inom Österbottens välfärdsområde ingår det i patient- och klientsäkerhetsarbetet att reagera på likartade rapporter som inkommer där man kan tolka händelserna som en trend eller ana ett större problemområde som det är skäl att ta itu med snarast innan allvarligare följder uppstår.

Även om alla deltagare ansåg att utvärdering är viktig men dessvärre ofta lämnas bort eller genomförs bristfälligt efter att ett förändringsarbete gjorts, så hade ganska få möjligt att delta på de två utvärderingsmöten som ordnades efter att checklistan varit i bruk 3 respektive 6 månader. Respons begärdes även in via e-post vilka några svarade på. Eventuellt kunde elektronisk responsblankett med frågor testats istället.

Innehållsanalys av fokusgruppens diskussion gällande hur förändringsarbete kan ledas och vad man ska beakta gjordes genom flera genomläsningar av det transkriberade materialet varvid 5 olika teman framsteg. I tabellformat redogjordes för de meningsenheter som inkluderats under de olika temana och slutledningar gällande vad som är viktigt att beakta vid initierande av förändring gjordes. I resultatdiskussionen jämförs dessa med bakgrundsmaterialet i examensarbetet.

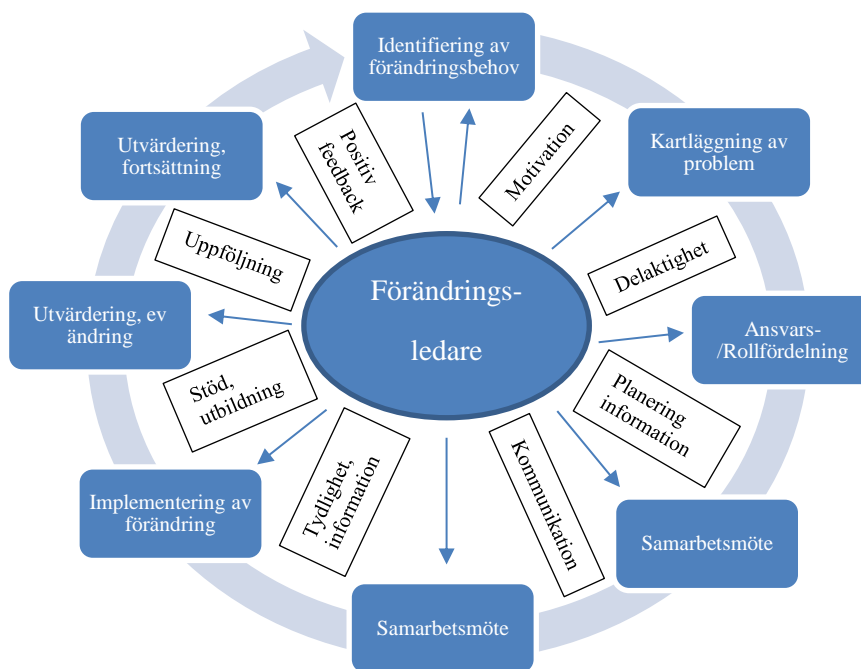
Fördelen med att använda fokusgrupp är att man får fram mycket information på kort tid och att man med fördel kan använda den tillsammans med andra metoder. Nackdelen med fokusgrupp kan vara att moderatorn kan låta sig styras för mycket i diskussionen om det finns dominanta personer eller om ledaren inte lyckas vara tillräckligt neutral. (Henricson 2012, s. 194-206)

### **7.3 Slutledningar**

Detta examensarbete inleddes innan organisationsförändringen genomfördes och det egentliga arbetet med enhetliga processer i H-huset påbörjades. Av olika skäl; arbetsplatsbyte och många nya krävande arbetsuppgifter samt privata orsaker, har färdigställandet av examensarbetet fördröjts. Den omgivande strukturen i organisationen har hunnit förändras men det konkreta, kliniska arbetet har fortsatt ungefär som förut och därför ser jag ändå nytta av att komma i mål med mitt utvecklingsarbete med fokus på ledande av

enhetsöverskridande samarbete för förbättrande av vårdprocesser som bidrar till ökad vårdkvalitet och nöjdare patienter.

Genom en sammansmältning av teori och aktionsforskning, stiger en modell för ledande av förändringsarbete fram. Modellen benämns **”förändringshjulet”**. Förändringshjulet beskriver hur processen kan se ut med start från identifierat problem till utvärderat resultat och beskrivs närmare nedan.



Figur 16. Förändringshjulet

Förändringsprocessen inleds alltid av att någon identifierar ett förändringsbehov. Diskussion uppstår i arbetsgruppen eller eventuellt ledare emellan om att en utveckling av arbetssätt borde inledas varefter ansvarsperson utses för att inleda processen. Ansvarspersonen kan antingen vara enhetsledare, mellanche, tex. överskötare, utsedd person inom personalgruppen, tex. läkemedelsansvarig sjukskötare eller utomstående utvecklingsarbetare, projektansvarig eller liknande. Det är i det sistnämnda fallet en klar fördel om den utomstående har erfarenhet från verksamhetsområdet eller insyn i problemområdet. Kjellberg (2013) betonar även att en förändringsledare närmare verksamheten kan ha lättare att erhålla tillit än en som kommer utifrån och kan ha svårare att förstå sammanhanget.

När förändringshjulet snurrar igång är den utsedda ansvarspersonen; förändringsledaren nyckelpersonen som ansvarar för att alla steg fullförs. Förändringsledaren ska vara den som

motiverar, informerar, möter negativa reaktioner och försöker hålla en positiv attityd i alla lägen. När förändringsprocessen inleds bör man ägna tid åt att kartlägga problemet från olika synvinklar, ibland är avvikelserapporter från personal och patienter till nytta och ofta behövs en kartläggning av evidensbaserad forskning, tidigare utförda liknande förändringsarbeten, benchmarking med andra sjukhus eller möjliga tekniska lösningar. Under kartläggningen, som kan inkludera även andra än ledaren, klarnar ofta vilken omfattning problemet har och vilka som bör involveras i förändringsarbetet. Därefter bör representanter från alla enheter och professioner som är involverade eller kommer att påverkas av förändringen att bjudas med i arbetet med förändringen; delaktighet möjliggörs och eventuell ansvarsfördelning görs.

Samarbetsmöten behövs, åtminstone två där den verkliga förändringen tas fram. Genomgång av kartläggningen och noggrann planering är en viktig utgångspunkt för att sedan ta itu med utformandet av förändringen. Det kan handla om uppgörande av direktiv med instruktioner på förändrat arbetssätt, planering av ny ansvarsfördelning, linjedragningar inför ny verksamhet och utformande av manual, checklista eller annat verktyg. Ledaren sörjer för att alla åsikter hörs, att kommunikationen är öppen och konstruktiv. Implementeringsfasen kan bestå av piloteringsfas men oberoende bör noggrann information, stöd och vid behov utbildning ske innan man tar i bruk ett nytt arbetssätt. Ganska kort tid efter ibruktagnin bör första utvärderingsmötet hållas, alternativt insamlande av erfarenheter via elektroniskt frågeformulär. Snabb justering, tilläggsinformation eller annat är viktigt för att implementeringen ska bli bestående. Ytterligare utvärdering behövs efter lite längre tid och det är av stor betydelse att alla involverade tas med i processen och får bli hörda för att ett lyckat resultat ska uppnås.

Förändringsledaren behöver dock vara beredd på att all förändring inte lyckas, ibland behöver man testa ett nytt arbetssätt för att inse att det tidigare ändå var bättre. Att backa och inse att förändringen inte var lyckad är inget nederlag utan stärker istället kanske det arbetssätt man hade och en förbättring uppnås bara av att man insåg att det man hade ändå var rätt bra.

Förändringshjulet kan användas som en modell för att synliggöra för alla vilka steg förändringsprocessen bör innehålla, för att inte glömma bort att satsa på den viktiga uppföljningen och utvärderingen och för att visa på förändringsledarens viktiga roll som betonats med nyckelbegrepp vid pilarna i modellen. Användningsområdet är fritt men

kanske primärt vid förändringar av vårdprocesser, arbetssätt, implementering av nya program nära verksamhetsområdet med personal delaktig som jobbar inom området.

Att ha en modell för förändringsarbete kan underlätta även då ledningen initierar en förändring och om man jobbar enligt samma struktur varje gång så blir arbetssättet vant för både förändringsledare och personal. Att även personalen tas med så aktivt som möjligt och uppmanas att initiera förändringar skapar en delaktighet som bidrar till meningsfullhet med arbetet samt genom information, kommunikation och samarbete över gränserna kan man uppnå en större begriplighet och därmed en hanterbarhet av det många gånger komplexa arbetet inom sjukhusvärlden.

Som uppföljning efter avslutad aktionsforskning kunde man sänt ett frågeformulär till personalen för att få deras ärliga åsikt om upplevelsen av att delta i denna typ av förändringsprocess men det lämnar som förslag att göra efter att förändringshjulet testats.

Under processens gång framsteg många delområden som skulle behöva utvecklas för att förbättra vårdstigen för patienten men under diskussionen i fokusgruppen valdes ett delområde att satsa på som omfattade en lyckad planering och tryggt genomförande av åtgärden och att skapa en tydlig patientinformation. Andra områden som tex. kartläggning av hemmediciner sågs som ett väldigt omfattande problem som deltagarna i gruppen eller deras förmän inte hade mandat och möjlighet att påverka även om vissa försök gjordes. En begäran om att få tillgång till avdelningsfarmaceutresurs för att i förväg, inför planerad åtgärd kartlägga patientens hemmediciner gjordes men resurserna tillät inte detta åtminstone just då. Detta förfaringssätt skulle bidra till säkerställande av uppdaterade medicinlistor, vilket skulle trygga ordinerandet av läkemedelspauser och beaktande av andra risker relaterade till hemmedicineringen.

Att man inte lyckades med mera heltäckande förändring på samma gång kan medföra en viss frustration hos deltagarna som kanske hade önskat att resultatet av deras deltagande och arbetsinsats skulle varit större. Å andra sidan ska man komma ihåg rekommendationen som framkommit både i bakgrundsteorin och från fokusgruppen om att ta en del i taget och satsa på att få förändringen bestående.

Eftersom aktionsforskningsprocessen är en rörlig och föränderlig process så är detta också en känd risk. Förväntningarna kan vara stora och processen delvis tidskrävande samtidigt som den möjliggör att de som deltar närmast verksamheten får vara delaktiga i att konkret förbättra verksamheten och testa nya arbetsmetoder. (Henricson, M. 2012, s. 296-300)

Vidare utvecklingsarbeten utifrån detta examensarbete kunde vara att göra patienter mera delaktiga. Man kan utveckla ett frågeformulär där patientinformationen är i fokus. Det skulle ge viktig information om vad som bör förbättras. Ett annat sätt är att använda de klientråd som finns och be deltagarna där bedöma patientinformationsmaterialet.

Väntetider är svårare att acceptera när patientens besök är planerat (Bluestein et al., 2014). På en akutmottagning kan man acceptera en väntetid på 4 timmar men det anser de flesta är oskäligt om man kommer på utsatt tid och åtgärden är inbokad i ett tidsprogram. Att minska på väntetider och därmed öka patienttillfredsställelsen kräver ytterligare förbättringsåtgärder.

Andra utvecklingsarbeten som framsteg som nödvändiga att utveckla framkom i samband med aktionsforskningsprocessens gång och har delvis jobbat med parallellt. Till en annan av åtgärdsenhetens patientgrupper; vätskningar inför kontrastmedelsundersökningar, har man uppdaterat och utvecklat nytt direktiv gällande så att smidighet i vårdprocessen för patient och även enhet uppnåtts, dels genom att vätskningstiden kunde förkortas. Justeringar i bokningsprogrammet har testats för att försöka förkorta väntetider men här krävs delvis bättre tekniska lösningar. Ytterligare har mottagningarnas läkare engagerats av mottagningssköterna eller teamledarna och tydligare ordinationerna har till uppnåtts. Även uppdatering av direktiv för pausande av blodförtunnande läkemedel inför olika åtgärder som stöd för läkarna är underarbete av radiolog. Därmed kan man konstatera att en påbörjad förändringsprocess ofta bidrar till att även tangerande utvecklingsbehov upptäcks och blir åtgärdade vilket visar på en positiv utvecklingsspiral.

## 8 Källförteckning

Allbee, D. 2020. Breaking down cultural barriers to effective change in healthcare. *Management in Healthcare*, vol.4, 4, s 310-316.

Allen, B. 2016. Effective design, implementation and management of change in healthcare. *Nursing Standard*. 31, 3, s. 58-71.

Alvesson, M. & Sveningsson, S. 2016. *Förändringsarbete i organisationer. Om att utveckla företagskulturer*. Liber. Stockholm

Antonovsky, A. 1987. *Hälsans mysterium*. Natur & Kultur. Stockholm

Arksey, H. & O'Malley, L., 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), 19–32.

Awanic Oy. Haipro. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. <http://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/#haipro> Hämtat 20.7.2022.

Awanic Oy. OPro potilaspalaute. <https://awanic.fi/tuotteet/#qpro>. Hämtat 20.7.2022

Awanic Oy:n käsittelijänohje. 2020. [https://www2.awanic.fi/haipro/220/ohje.asp?kieli=&ohjesivu=ohjeet/haipro\\_kasittelijan\\_ohje.pdf](https://www2.awanic.fi/haipro/220/ohje.asp?kieli=&ohjesivu=ohjeet/haipro_kasittelijan_ohje.pdf)

Berglund, C. B., Gustafsson, E., Johansson, H., & Bergenmar, M. (2015). Nurse-led outpatient clinics in oncology care—Patient satisfaction, information and continuity of care. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 724-730.

Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valatis, E., Schweitzer, L., & Jones, R. (2014). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American journal of managed care*, 20(5), 393-400.

DiFranza A. 16.10.2019. *Collaborative Leadership: What It Is & Why It's Important*. Blogginlägg Northeastern university.

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2016. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur. Stockholm

Gawande, A. 2011. *The checklist manifesto: How to get things right*. Metropolitan Books. New York



Gjerde, S. 2012. *Coaching, vad, varför, hur?* Studentlitteratur. Lund

HaiPro skolningsvideo för anmälare, 2022. Österbottens välfärdsområdes intranät.  
<https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/service-och-stod/system-och-program/patientsakerhet-hai-pro-anmalan/>

Henricson M. 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Studentlitteratur. Stockholm

Holmström, A. R. (2017). Learning from Medication Errors in Healthcare: How to Make Medication Error Reporting Systems Work? Helsingfors universitet

Isberg Malmgård, H. (u.å.) Wordpress blogg: *Helenas cirklar; Förändringskurvan*. Hämtat 12.6.2022. <https://helenascirklar.se/forandringsarbete/forandringskurvan/>

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International journal of nursing studies*, 79, 70-83.

Källberg, N. 2013. *Förändringsprocesser i sjukvården. En studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*. Doktorsavhandling. Stockholm school of economics

Lag om patientens ställning och rättigheter. 1992. Hämtat från [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Lag om välfärdsområden (611/2021). Hämtat från [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Liukka, M., Hupli, M., & Turunen, H. (2019). Problems with incident reporting: Reports lead rarely to recommendations. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1607-1613.

Matthys, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC family practice*, 18(1), 1-22.

Olsson, H. & Sörensen, S. 2011. *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber. Stockholm

Savén, B. 2020. *Bygga ledarskap. En handbok för chefen och hela ledningsgruppen*. Natur&Kultur. Stockholm

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

Rathert, C & May, D. 2007. Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health Care Management Review* vol 32, nr 1

VanVactor J.D. 2012. Collaborative leadership model in the management of health care. *Journal of Business Research* vol. 65, 4, s. 555-561.

Vasa Centralsjukhus intranet: patientsäkerhet, HaiPro, QPro. Hämtat januari 2020.

Vasa centralsjukhus extranät: Kirurgenen tarkistuslista, hämtat juli 2022.  
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/ammattilaisille/ammattilaisille/potilasturvallisuus/kirurginen-tarkistuslista/>

Verksamhetsprogram för kundorientering i VSVD. 2016. Hämtat från Vasa centralsjukhus hemsida november 2021. <http://www.vcs2025.fi/textversion/verksamhetsprogram-for-kundorientering.html>

WHO Surgical safety checklist. 2009. Hämtat juli 2022.  
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources>

Willman, A., Bathsevani C., Nilsson, R. & Sandström, B., 2016. *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Studentlitteratur. Lund

Willumsen E., Ahgren B. & Ødegård A. 2012. A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 26(3), s. 198-204.

Westlund, P. & Sjöberg, A. 2010. *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård*. Fortbildning Ab. Solna

Västra Götalandsregion (u.å.) Hälsofrämjande arbetsplats. Hämtat 13.6.2022.  
<https://www.vgregion.se/ov/ism/arbetsliv/halsoframjande-arbetsplats/kansla-av-sammanhang/>

Österbottens välfärdsområde extranet: *Våra hälso- och sjukvårdstjänster* 2022.  
<https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/halsa-och-medicinska-tjanster/>

Österbottens välfärdsområde extranet: *Våra sjukvårdstjänster, åtgärdsenhet*. 2022.  
<https://osterbottensvalfard.fi/vara-tjanster/halsa-och-medicinska-tjanster/sjukhustjanster/atgardsenhet/>

Österbottens välfärdsområde extranet; Ge respons. Hämtat 27.3.2022  
<https://osterbottensvalfard.fi/sa-har-fungerar-vi/ge-respons/>

Österbottens välfärdsområde intranät; Kvalitet och tillsyn; klient- och patientsäkerhet, 2022.  
<https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/service-och-stod/kvalitet-och-tillsyn/kund-och-patientsakerhet/>

Österbottens välfärdsområdes intranät; Kvalitetsrapport Vasa centralsjukhus 2021. Hämtat 14.8.2021. <https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/material/kvalitetsrapport-2021/>

Österbottens välfärdsområde intranät: *Plan för kvalitetsledning- och klientsäkerhet*, 2022.  
<https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/material/osterbottens-valfardssamkommuns-plan-for-kvalitetsledning-och-klientsakerhet/>

Österbottens välfärdsområdes intranät: *Strategi & Värderingar*. Hämtat 12.6.22,  
<https://intra.pohjanmaanhyvinvointi.fi/mitt-valfardsomrade/sa-har-jobbar-vi-tillsammans/strategi-och-varderingar/>

## BILAGA 1



Ansökan om tillstånd till kandidat-/magisteravhandling 1(3)

29 / 10 2020

Datum då ansökan är ifylld

<p>Studierande</p> <p>För- och efternamn: Styräs Linda Maria</p> <p>Adress, telefon och e-post: Mattlarsvägen 76d, 66100 Malax</p>
<p>Studieområde</p> <p><input type="checkbox"/> Medicin   <input type="checkbox"/> Vårdvetenskap   <input type="checkbox"/> Förvaltning   x Något annat: HYH Utveckling och ledarskap_____</p> <p>Universitetets/högskolans namn: NOVIA</p>
<p>Magisteravhandlingen</p> <p>Avhandlingens titel: Utvecklandet av en säkrare vårdstig för åtgärdspatienten och en modell för förändringsarbete inom öppna vården på Vasa Centralsjukhus</p> <p>Kort beskrivning av avhandlingen (syfte, målgrupp, när och hur materialet insamlas, analysmetod(er) och tidtabell)</p> <p>Syftet med studien är att skapa en modell för hur förändring genomförs så att kvaliteten i vårdprocessen för den elektiva undersöknings- och åtgärdspatienten säkras. Målet är att ta reda på vilka faktorer i ledarskapet som främjar och hämmar förändring samt hur man bäst befäster en förändring och slutligen får en övergripande modell för hur allt förändringsarbete kan initieras och ledas.</p> <p>Datainsamling:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personalens haipro anmälningar rörande dagenhetens undersöknings- och åtgärdspatienter under 2019 samt patientresponsen som getts via QPro från samma tidpunkt skall granskas och analyseras.</li> <li>2. Fokusgrupp med de mottagningsskötare som planerar och koordinerar åtgärdspatientens besök. Fokus på samarbete och förändringsarbete enligt teorin om sammanhang (Antonovsky)</li> <li>3. Scoping review litteraturstudie</li> </ol> <p>Dataanalys: Kvalitativ innehållsanalys</p>

Vasa centralsjukhus  
Vaasan keskussairaala

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa  
Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa

[www.vasacentralsjukhus.fi](http://www.vasacentralsjukhus.fi)  
[www.vaasan keskussairaala.fi](http://www.vaasan keskussairaala.fi)

tfn / puh  
06-323 1111

Banker / Pankki  
Aktia 497010-2800898

Nordea 205218-7669  
Sampo 800014-1722963

VASA SJUKVÅRDSDISTRIKT · VAASAN SAIRAANHOITOPIIRI

2(3)

Tidsplan: Vinter och vår 2020-2021. Fokusgrupp inom november månad.

Handledare för kandidat-/magisteravhandlingen

Namn

Maj-Helen Nyback, överlärare NOVIA


Telefonnummer/ e-postadress

+358 50 571 6122

Godkännande/  
Samarbets-  
parter

☒ Jag godkänner  
☐ Jag godkänner inte

Datum

  
Lisa Sundman  
serviceområdet för öppenvård  
Överskötares underteckning

## BILAGA 2

**Kallelsebrev till fokusgruppintervju** – e-post till utsedda deltagare samt till deras förmän för kännedom.

Hej

Från dagenhetens<sup>5</sup> sida önskar jag träffa er för att fundera kring ett problem som vi stöter på rätt ofta gällande patienter som remitterats för någon planerad åtgärd eller undersökning. Problem uppstår då åtgärden måste framflyttas på grund av att något i förberedelserna/informationen av dessa patienter uteblivit eller missförstått och därmed fördröjs åtgärden och den fortsatta vården för patienten.

Syftet med mötet är att diskutera utveckling av processen tillsammans för att öka smidigheten i vårdstigen och säkra att patientens åtgärd/undersökning kan genomföras enligt plan.

Orsaken till att just jag kallar till mötet är, förutom att jag jobbar på dagenheten, att detta utvecklingsarbete kommer att utgöra en del av mitt pågående examensarbete inom Högre YH studier i utveckling och ledarskap på Novia. Mötet kommer att fungera som en fokusgruppintervju och diskussionen behöver spelas in för att materialet ska kunna återges korrekt, men anonymt, efteråt. Detta är dock ingen intervju i regelrätt mening utan mera en fri diskussion, var och en på sitt modersmål, kring olika teman i relation till problempreciseringen, utveckling och förändring.

Hoppas att så många som möjligt kan delta i mötet för att så många infallsvinklar som möjligt fås fram. Avdelningssköterna endast för kännedom ☺

Vi träffas fredag **20.11 kl. 13-15 i mötesrummet på E3**. Sänder även kalenderkallelse.

Kaffeservering ☺

Med vänlig hälsning

Linda Styris, sjukskötare dagenheten

---

<sup>5</sup> Dagenheten har i början av 2022 bytt namn till åtgärdsenheten.

## BILAGA 3

### Kutsukirje

Hei

Päiväyksikön puolelta haluaisin tavata teidät ja miettiä ongelmaa, jonka kohtaamme melko usein potilailla, joka tulevat suunniteltuun toimenpiteeseen tai tutkimukseen. Ongelmia syntyy, kun toimenpide joudutaan siirtää eteenpäin johtuen siitä, että näiden potilaiden valmisteluissa / informaatioissa on jotain puuttuvaa tai väärinymmärrettyä, joten toimenpide ja potilaan jatkohoito viivästyvät.

Kokouksen tarkoituksena on keskustella prosessin kehittämisestä yhdessä hoitopolun joustavuuden lisäämiseksi ja sen varmistamiseksi, että potilaan toimenpide/tutkimus voidaan suorittaa suunnitellusti.

Syy, miksi kutsun teidät tapaamiseen, on työskentelyni päiväyksikössä lisäksi sen, että tämä kehitystyö on osa meneillään olevaa korkeakoulututkintoni, YAMK, kehittäminen ja johtaminen, Noviassa. Kokous toimii kohderyhmähaastatteluna, ja keskustelu on nauhoitettava, jotta materiaali voidaan jäljentää oikein, tietysti nimettömänä, jälkikäteen. Tämä ei kuitenkaan ole haastattelu tavallisessa mielessä, vaan pikemminkin vapaa keskustelua, jokainen omalla äidinkielellään, eri aiheista, jotka liittyvät ongelman määrittelyyn, kehittämisiin ja muutoksiin.

Toivon, että mahdollisimman moni voi osallistua kokoukseen niin, että saadaan monta eri näkemyksiä asiaan. Osastonhoitajille vain tiedoksi ☐

Tapaamme perjantaina 20.11 klo. 13-15 kokoushuoneessa E3:lla. Lähetän myös kalenterikutsun.

Kahvitarjoilua ☐

Ystävällisesti terveisin

Linda Styris, sairaanhoitaja päiväyksikkö

## BILAGA 4

Figur 10. Översättning av finska meningsenheter till svenska:

<b>Förändringens innebörd</b>	<b>Rollfördelning och ansvar</b>	<b>Delaktighet</b>	<b>Leda förändring</b>	<b>Samarbeta och förbinda sig till förändring</b>
förändring är en möjlighet	Alla är ansvariga för enhetens verksamhet och välfungerande processer	Ibland ser man bara problemen i början	Som teamledare/förman känner man att man har ett ansvar	Jobba mot ett gemensamt mål
Ändring till bättre förfaringssätt	Ingen kan äga en process	Genom att diskutera börjar tankar och idéer komma	Om man delegerar bör det vara öppet och informerat om åt alla	Har betydelse hur man gör en förändring
Ökar säkerheten i patientarbetet	Alla har rättighet och skyldighet att föra fram missförhållanden	Viktigt göra HaiPro om man vill föra fram något	Vissa vill och vissa vill inte	Man bör diskutera saken i ett team
Om man inte prövar kan man inte veta	Alla bör föreslå förbättringsmöjligheter och ge utvecklingsförslag	Tar emot feedback från andra avdelningar	Förtroendeuppdrag visar på uppskattning	Lättare att få igenom om man själv får påverka lite
All förändring är verkligen inte bra	En vanlig skötare har inte samma möjligheter fastän de kan ha goda idéer	Ge alla möjligheten att ge nya idéer	Kan få bättre slutresultat om en person fokuserar på uppgiftern	Ofta vid förändringar är utvärderingen den svagaste biten
Stor förändring är svårare att genomföra. Ett steg i taget.	Säger åt nyanställda att genast föra fram missförhållande om sådana upptäcks	Alla kan inte och vill inte vara aktivt delaktig i allt	Förmännens sätt att leda har stor betydelse	Utvärdera om förändringen var lyckad eller inte
Ibland behöver man ändra hela processen, endast en liten del räcker inte		Borde samarbeta mera utöver egna enheten	Det är förmännens uppgift att ta initiativet och söka resurser	Förändring måste planeras noggrant – man kan inte anta eller gissa hur andra jobbar utan att ta reda på helhetens bilden
Idéer till förändring kan komma ex. från skolningstillfällen, kvalitetstävlingar, när man byter erfarenheter och hör hur andra gör		Finns många saker man kan utveckla som inte direkt hör till HaiPro		”Commitment” = engagement krävs för lyckad och bestående förändring



## BILAGA 5

### Checklista för djup biopsi

#### Telefonsamtal från polikliniken åt patienten vid brådskande biopsi:

**Polikliniken har skickat kallelsebrev med rtg:s patientdirektiv, Vävnadsprov av inre organ:**

Kopiera checklistan till vänstra sidan på kommande undersökningar i HS

- Blodprov dagen innan före kl. 10 (patienten bokar tid):
- Åtgärdsdag, ankomsttid och avdelning:
- Läkemedel som inverkar på blödningsbenägenheten ( Marevan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Plavix, Clopidogrel, Brilique, Effient, Klexane, Inhixa, Fragmin, Innohep, Ghemaxa, Orgaran) **paus och återinsättande av medicinen:**
- ASA läkemedel (Primaspan, Aspirin och Disperin) + kombinationspreparat (Asasantin, Orisantin, Persantin) paus 5 dagar:
- Inflammationsläkemedel (ex. Burana, Ibuxin, Ibumax, Ketorin, Voltaren) paus 3 dagar:
- Omega-produkter paus 10 dagar:
- Fastande 6 timmar:
- Insulin, får ta normaldos av långverkande men inget kortverkande på undersökningsdagen:
- Överkänslighet mot bedövningsmedel:
- Uppföljning (sängliggande 4-6 h):
- Får komma med egen bil:

#### Åtgärdsenhetens checklista:

- Sätt på id-armband på patienten:
- Kontrollera blodprovsvär:
- Kontrollera hemmediciner:
- Kontrollera att ev. läkemedel som inverkar på blödningsbenägenheten har varit på paus:
- Allergier:
- Fastande 6 h, morgonmed. får tas med och vatten/saft får drickas fram till 2 h före åtgärd:
- Sätt iv-kanyl + Ringer 500ml + 100 cm trevägskran (obs insulindiabetiker)
- PAD-tarra

#### Eftervård:

- Enligt röntgens direktiv
- Thx bild 2-4 h efter lungbiopsi

#### Utskrivning:

- Meddela sekreterare om inte åtgärden utförs
- Uppdaterad medicinlista + fortsatt Ak-medicinering
  - ASA, NSAID och Omega 3 kan påbörjas följande dag efter åtgärden
  - OBS! Efter njurbiopsi ASA, NSAID och Omega paus 1 vecka om inte annat ordineras.
- Intyg och vårdföreskrifter:
- Kontrollera provtagningsstället:
- Kanylen %:
- Hoi:

## BILAGA 6

### Tarkistuslista syväbiopsia varten

**Poliklinikan soitto potilaalle kiireellisestä syväbiopsia ajasta:**

**Poliklinikka lähettänyt kutsukirjeen mukaan rtg:n potilasohjeen; Sisäelimen kudospnäyte:**

- ☐ Kopioi tarkistuslista vasen puoli tulevat tutkimukset kohtaan
- ☐ Verikoe edeltävänä päivänä ennen klo 10 ( potilaan varattava aika ):
- ☐ Toimenpidepäivä, saapumisaika ja osasto:
- ☐ Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet (Marevan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Plavix, Clopidogrel, Brilique, Effient, Klexane, Inhixa, Fragmin, Innohep, Ghemaxa, Orgaran ) **tauko ja lääkityksen uudelleen aloitus:**
- ☐ ASA lääkkeet (Primaspan, Aspirin ja Disperin) + yhdistelmävalmisteet (Asasantin, Orisantin, Persantin) tauko 5 päivää:
- ☐ Tulehduskipulääkkeet ( esim Burana, Ibuxin, Ibumax, Ketorin, Voltaren ) tauko 3 päivää:
- ☐ Omega-valmisteet tauko 10 pv:
- ☐ Ravinnotta ( 6 tuntia ):
- ☐ Insuliini, saa ottaa normaaliannos pitkävaikutteista, ei lyhytvaikutteista toimenpidepäivänä:
- ☐ Puuduteyliherkkyys:
- ☐ Seuranta (4– 6 h sänkypotilaana):
- ☐ Ajaminen (saa tulla omalla autolla):

### Toimenpideyksikön tarkistuslista:

- ☐ Laita henkilöllisyysranneke potilaalle
- ☐ Tarkista laboratoriotulokset
- ☐ Tarkista kotilääkitys
- ☐ Tarkista että mahdolliset veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet ovat olleet tauolla
- ☐ Allergiat
- ☐ RTTA 6 h, aamulääkkeet saa ottaa ja saa juoda vettä / mehua 2 tuntiin saakka ennen toimenpidettä
- ☐ Laita iv-kanyyli + Ringer 500 ml + 100cm kolmitiehana (huomioi insuliini diabeetikko)
- ☐ PAD- tarra

### Jälkihoito:

- ☐ Röntgenin ohjeen mukaan
- ☐ THX- kuva 2- 4 h keuhkobiopsian jälkeen

### Kotiutus

- ☐ Ilmoita sihteerille jos toimenpidettä ei tehdä
- ☐ Päivitetty lääkelista + Ak-lääkitystaukojen jatko.
- ASA, NSAID ja Omega-3 voi aloittaa uudelleen toimenpidettä seuraavana päivänä
- HUOM ! ASA ja Omega tauko munuais biopsian jälkeen 1 vk ellei nefrologi muuta määrää
- ☐ Todistukset ja hoito-ohjeet
- ☐ Tarkista biopsiakohta
- ☐ Kanyyli %
- ☐ Hoi

## BILAGA 7

### Vävnadsprov av inre organ - patientdirektiv

Till dig har reserverats en tid för tagning av vävnadsprov (biopsi). Vid denna åtgärd tas en provbit från önskat område. Åtgärden görs med ultraljudsstyrning.

#### Hur förbereder man sig för åtgärden?

- Ett blodprov tas på den egna hälsovårdscentralen dagen före åtgärden, före kl. 10. Du behöver inte vara oäten inför provtagningen om du inte särskilt blivit ombedd att vara det. Du bokar själv tiden till blodprovet.
- **Mediciner som påverkar blodets koagulation bör sättas på paus** enligt skild anvisning. Ta kontakt med vårdande poliklinik om du t.ex. använder någon av följande mediciner: Marevan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Plavix, Clopidogrel, Brilique, Effient, Klexane, Fragmin, Innohep, Orgaran, Inhixa, Ghemaxan, och om du inte har fått någon anvisning angående pausningen av den.
- Primaspan, Aspirin och Disperin pausas 5 dagar före den planerade biopsin, liksom även kombinationspreparaten Asasantin, Orisantin och Persantin.
- Du får inte ta någon inflammationshämmande smärtmedicin (t.ex. Burana, Ibuxin, Ibumax, Ketorin, Voltaren) tre dagar före undersökningen.
- Omega-3-preparat, som också påverkar blodets koagulation, sätts på paus 10 dygn före biopsin.
- Ta kontakt med vårdande poliklinik om du är överkänslig mot bedövningsmedel.
- Insulinpatienter: På undersökningsdagens morgon får du ta normal mängd långverkande insulin. Kortverkande insulin får du inte ta eftersom du är oäten. Om du är osäker ska du ta kontakt med din egen diabetesskötare.
- Övriga mediciner som du ordinerats får du ta normalt.
- På åtgärdsdagen ska du vara oäten i 6 timmar före åtgärdstiden.
- Du får dricka måttligt med klara vätskor (vatten eller saft) fram till 2 timmar före åtgärden. Du bör vara odrucken i 2 timmar före åtgärden.
- Avbokning av tiden: Om du blir sjuk ska du ta kontakt med vårdande poliklinik för att få en ny tid. Kontaktuppgifterna finns på första sidan i kallelsebrevet.
- Reservera hela undersökningsdagen för sjukhusvistelse! Röntgenavdelningen meddelar undersökningstiden till dagenheten eller avdelningen, som ser till att du blir förd till undersökningen.

- Du bör tömma urinblåsan strax före avfärden till röntgen.

### **Hur görs åtgärden?**

- En kanyl sätts åt dig för eventuell medicinering.
- Under åtgärden ligger du så stilla som möjligt på mage, på sidan eller på rygg. Genom användning av hjälpmedel görs ställningen så bekväm som möjligt för dig.
- Läkaren bedövar huden. Biopsin tas med ultraljudsstyrning via ett litet hudsnitt. Vanligen tas 1-3 provbitar så att det finns tillräckligt med material för en noggrannare bedömning.

### **Vad händer efter åtgärden?**

- Åtgärden tar ungefär ½ timme och efter det är du sängliggande i åtminstone 4-6 timmar.
- Efter åtgärden bör du vara oäten i 4 timmar.
- Blodtrycket följs med i åtminstone 4 timmar.
- Efter uppföljningstiden får du åka hem.
- Insticksstället blöder alltid en aning. Efter njurbiopsi är urinen ofta ljusröd i några dagar.
- Blödningskomplikationer som kräver åtgärder är mycket sällsynta.
- Om du får några besvär efter åtgärden ska du ta kontakt med vårdande poliklinik eller kvälls-/nattetid med akutpolikliniken, tel. 06 213 1310.

## BILAGA 8

### Sisäelimen kudосnäyte - potilasohje

Sinulle on varattu aika kudосnäytteen (biopsia) ottoa varten. Tässä toimenpiteessä otetaan koepala halutulta alueelta. Toimenpide tehdään ultraääniohjatusti.

#### Miten toimenpiteeseen valmistaudutaan

- Verikoe otetaan edeltävänä päivänä ennen klo 10 omassa terveyskeskuksessa. Näytteenottoa varten ei tarvitse olla ravinnotta, jos ei sitä erikseen ole pyydetty. Tilaa itse aika verikokeeseen.
- **Veren hyytymiseen vaikuttavat lääkkeet tulee tauottaa** erillisen ohjeen mukaan. Ota yhteyttä sinua hoitavaan poliklinikkaan jos käytät esimerkiksi jotain seuraavista lääkkeistä (Marevan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Plavix, Clopidogrel, Brilique, Effient, Klexane, Fragmin, Innohep, Orgaran, Inhixa, Ghemaxan) etkä ole saanut tauotusohjetta.
- Primaspan, Aspirin ja Disperin tauotetaan 5 päivää ennen suunniteltua biopsiaa samoin kuin yhdistelmävalmisteet Asasantin, Orisantin ja Persantin.
- Et saa ottaa tulehduskipulääkettä (esim. Burana, Ibuxin, Ibumax, Ketorin, Voltaren) kolmena tutkimusta edeltävänä päivänä.
- Omega-3 valmisteet, jotka myös vaikuttavat veren hyytymiseen, tauotetaan 10 vrk ennen biopsiaa.
- Ota yhteyttä sinua hoitavaan poliklinikkaan, jos sinulla on puuduteyliherkkyys.
- Insuliinipotilaat: Tutkimusaamuna saat ottaa pitkävaikutteista insuliinia normaalin määrän. Lyhytvaikutteista insuliinia et saa ottaa, koska olet ravinnotta. Jos olet epävarma, ota yhteyttä omaan diabeteshoitajaasi.
- Sinulle määrättyt muut lääkkeet saat ottaa normaalisti.
- Älä tule omalla autolla sairaalaan, koska et saa ajaa itse kotiin toimenpiteen jälkeen, eli kotikuljetus pitää järjestää muulla tavalla (esim. Kela-taksilla).
- Toimenpidepäivänä olet syömättä 6 tuntia ennen toimenpideaikaa.
- Kirkkaita nesteitä (vettä tai mehua) saat juoda kohtuullisesti 2 tuntiin saakka ennen toimenpidettä. Toimenpidettä edeltävien 2 tunnin ajan sinun tulee olla juomatta.
- Ajan peruminen: Jos sairastut, ota yhteyttä sinua hoitavaan poliklinikkaan uuden ajan saamiseksi. Yhteystiedot löydät kutsukirjeen ensimmäiseltä sivulta.
- Varaa sairaalassa oloa varten koko tutkimuspäivä! Tutkimusaika ilmoitetaan röntgenistä päiväyksikköön tai osastolle, joka huolehtii sinun kuljettamisestasi tutkimukseen.

- Sinun tulee tyhjentää virtsarakkosi juuri ennen röntgeniin lähtöä.

## **Miten toimenpide tehdään?**

- Sinulle laitetaan verisuoniyhteys mahdollista lääkitystä varten.
- Toimenpiteen ajan makaat vatsallaan, kyljellään tai selällään mahdollisimman liikkumatta. Asento tuetaan sinulle mahdollisimman mukavaksi apuvälineitä käyttäen.
- Biopsia otetaan paikallispuudutuksessa ultraääniohjatusti pienestä ihoviillosta. Yleensä otetaan 1-3 näytepalaa, jotta materiaalia olisi riittävästi tarkempaa arviota varten.

## **Mitä toimenpiteen jälkeen?**

- Toimenpide kestää n. ½ tuntia ja sen jälkeen olet vuodelevossa vähintään 4-6 tuntia.
- Toimenpiteen jälkeen sinun tulee olla ravinnotta 4 tunnin ajan.
- Verenpainetta seurataan vähintään 4 tunnin ajan.
- Pääset kotiin seuranta-ajan jälkeen.
- Pistokohta vuotaa aina hieman. Munuaisbiopsian jälkeen virtsa on usein vaaleanpunaista muutaman päivän ajan.
- Toimenpiteitä vaativat vuotekomplikaatiot ovat hyvin harvinaisia.
- Jos sinulla ilmenee jotain vaivoja toimenpiteen jälkeen, ota yhteys sinua hoitavaan poliklinikkaan tai ilta/yöaikaa ensiapuun puh 06 213 1310.