

CHALMERS



Processkartläggning för ökad vårdkvalitet och tillgänglighet

En studie av BB-vården vid Östra sjukhuset, SU

Examensarbete inom högskoleingenjörsprogrammet Ekonomi och produktionsteknik

MALIN JONSSON

MÄRTA KIHLEN

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation

Avdelningen för Operations Management

CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA

Göteborg, Sverige, 2013

Examensarbete E2013:073

EXAMENSARBETE E2013:073

Processkartläggning för ökad vårdkvalitet och tillgänglighet

En studie av BB-vården vid Östra sjukhuset, SU

MALIN JONSSON

MÄRTA KIHLEN

Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2013

Processkartläggning för ökad vårdkvalitet och tillgänglighet
En studie av BB-vården vid Östra sjukhuset, SU
MALIN JONSSON & MÄRTA KIHLEN

© MALIN JONSSON & MÄRTA KIHLEN, 2013

Examensarbete E2013:073
Institutionen för Teknikens ekonomi och organisation
Chalmers tekniska högskola
SE – 412 96 Göteborg
Sweden
Telefon +46 (0)31 – 772 1000

Chalmers Reproservice
Göteborg, Sverige 2013

Förord

Intresset för verksamhetsutveckling inom sjukvården har skapats och utvecklats succesivt under vår högskoleingenjörsutbildning inom Ekonomi och produktionsteknik vid Chalmers tekniska högskola. Redan under den första terminen exemplifierades hur många industriella tankesätt även kan tillämpas framgångsrikt inom andra branscher, däribland vården som väckte stort intresse hos oss.

Projektet initierades i december 2012 genom diskussion med verksamhetschefen på Kvinnokliniken vid Östra sjukhuset och handledaren på Chalmers kring intressanta förbättringsuppdrag. Då vården i samband med barnafödande är ett aktuellt ämne som väcker stor uppmärksamhet skapades grunden till det som kom att resultera i detta examensarbete.

Ett stort tack vill framföras till personalen på BB-avdelningarna vid Östra sjukhuset som genom sin öppenhet och hjälpsamhet givit oss värdefull insikt i verksamheten. Ett särskilt tack riktas till verksamhetschef Henrik Almgren, projektledare Pia Pauli och vårdenhetschef Ulla Strandner som låtit oss tillbringa tid i verksamheten, stöttat oss samt besvarat frågor under projektets gång.

Sist men inte minst vill vi tacka vår handledare Jan Lindér på avdelningen för Operations Management vid Chalmers tekniska högskola som med stort engagemang inspirerat och bistått med vägledning genom studien. Hans gedigna kunskap och stöttning har varit av stor betydelse för projektets genomförande.

Malin Jonsson och Märta Kihlén

Göteborg, juni 2013

Value Stream Mapping aiming to increase accessibility and quality of care

A study of the maternity care at Östra sjukhuset, SU

MALIN JONSSON & MÄRTA KIHLEN

Department of Technology Management and Economics

Chalmers University of Technology

Abstract

Today, the Swedish health care system is facing big challenges, demand for care is expected to increase as resource assets are increasingly restricted. Healthcare is thus in need for more efficient processes and the challenge is to increase the quality of care with preserving resources. Lean Healthcare is a philosophy that recently has begun to be applied more frequently at hospitals around the world to create more efficient operations.

This thesis has been done at Östra sjukhuset's departments of normal-maternity with the purpose to provide suggestions for improvement that generates improved quality of care as well as accessibility. The improvement proposals have been developed through a value stream mapping of maternity care and are based on the aforementioned Lean concept. To obtain a reliable result, mapping out the operation has been conducted through observations, dialogues, interviews as well as statistical data. To get inspiration and ideas of how maternity care can be practiced a comparative analysis of the activities at several hospitals also has been performed. The data collected has been analyzed through a compiled theoretical framework to identify problem areas and improvement proposals related to them.

The aim of this study has been to identify activities that do not create value for the patient and then to suggest how these can be reduced or, at the best of times, eliminated. One of the most prominent problem areas related to quality of care and accessibility in the maternity departments at Östra sjukhuset is the wide variety of patients due to lack of division. To reduce the current variation a differentiation of patient flow is recommended. This would mean that the care to a greater extent is adapted to patient's needs and that deviations can be more easily identified and adjusted.

Another major problem area is the lack of procedures on how the staff should operate. To reduce the undesired variation a standardized work is recommended. The standardized work should be patient-focused and is a way to rationalize the workflow.

Furthermore, an observed prominent problem area is the prevailing gap between management and employees. To reduce the gap and create a common vision in the organization the leaders are suggested to be more present in the daily operations, this in order to obtain a great understanding for their own organization and to identify opportunities for improvement. A method to increase attendance and improve communication between management and employees is to introduce daily stand-up team meetings, which also promotes the common vision in the organization.

Overall, the above presented suggestions together with other proposed improvements in the thesis, are expected to generate increased quality of care and accessibility with retained resources. The improvement areas are also applicable to similar healthcare activities and therefore constitute an additional solution to the challenge and create conditions for a sustainable health care.

The report is written in Swedish.

Sammanfattning

Den svenska sjukvården står idag inför stora utmaningar där efterfrågan på vård förväntas öka samtidigt som resurstillgångarna i allt större utsträckning begränsas. Det finns därmed ett behov av effektivare processer inom vården och utmaningen består i att öka kvaliteten på vården med bibehållna resurser. Lean Healthcare är en filosofi som på senare tid börjat tillämpas alltmer frekvent på sjukhus världen över för att skapa effektivare verksamheter.

Denna studie har genomförts på Östra sjukhusets avdelningar för normal-BB i syfte att ge förbättringsförslag som genererar såväl ökad vårdkvalitet som tillgänglighet. Förbättringsförslagen har sin utgångspunkt i det ovan nämnda leankonceptet och har tagits fram genom en processkartläggning av BB-vården. Kartläggningen har genomförts med hjälp av observationer, samtal, intervjuer samt statistisk data för att erhålla ett tillförlitligt resultat. För att få inspiration och idéer kring hur BB-vård kan bedrivas har även en jämförande analys av verksamheterna på ett flertal sjukhus genomförts. Utifrån ett sammanställt teoretiskt ramverk har insamlad data analyserats för att identifiera problemområden och förbättringsåtgärder relaterade till dessa.

Utgångspunkten i studien har varit att identifiera aktiviteter som inte skapar värde för patienten för att därefter ge förslag på hur dessa kan reduceras eller i bästa fall elimineras. Ett av de mest framträdande problemområdena relaterade till vårdkvalitet och tillgänglighet på BB-avdelningarna vid Östra sjukhuset är den i dagsläget stora variationen av patienter på avdelningarna till följd av bristande uppdelning. För att reducera den rådande variationen rekommenderas en differentiering av patientflödet. Detta skulle innebära att vården i större utsträckning anpassas efter patienternas behov och att avvikelser lättare kan upptäckas och åtgärdas.

Ett annat framträdande problemområde är bristande rutiner kring hur personalens arbete ska bedrivas på BB. För att reducera den oönskade variation som detta genererar rekommenderas ett standardiserat arbetssätt i verksamheten. Det standardiserade arbetssättet ska vara patientfokuserat och är ett sätt att effektivisera flödet.

Ytterligare ett betydande problemområde som uppmärksammas i verksamheten är det rådande glappet mellan ledning och medarbetare. För att minska glappet och skapa en gemensam målbild i organisationen föreslås ledarna närvara mer i den dagliga verksamheten för att verkligen förstå situationen och för att kunna identifiera förbättringsmöjligheter. Ett verktyg för att öka närvaron och förbättra kommunikationen mellan ledning och medarbetare är att införa daglig styrning, vilket även främjar den gemensamma målbilden i organisationen.

Sammantaget förväntas ovan nämnda förslag tillsammans med studiens övriga förbättringsförslag generera ökad vårdkvalitet och tillgänglighet med bibehållna resurser. Då förbättringsförslagen även kan tillämpas i liknande vårdverksamheter utgör de ett tillskott i utmaningen och skapar förutsättningar för en hållbar sjukvård.

Innehållsförteckning

Ordlista.....	1
Läshänvisningar.....	2
1. Inledning.....	3
1.1 Bakgrund.....	3
1.2 Syfte.....	3
1.3 Avgränsningar.....	3
2. Presentation av verksamheten på BB-avdelning 310 och 311 vid Östra sjukhuset.....	4
2.1 Sahlgrenska Universitetssjukhuset.....	4
2.2 Verksamhetsområde obstetrik, Östra sjukhuset.....	5
2.3 BB-avdelning 310 och 311.....	5
2.3.1 Personal.....	6
2.3.2 Eftervårdsavdelningarnas layout.....	7
3. Teoretisk referensram.....	9
3.1 Leankonceptet.....	9
3.2 Anpassning till sjukvården – Lean Healthcare.....	9
3.3 Värdeflödesanalys.....	10
3.4 Eliminering av slöseri.....	11
3.5 Ordning och reda på arbetsplatsen – 5S.....	12
3.6 Standardisering.....	14
3.7 Ständiga förbättringar.....	14
3.8 Visualisering.....	15
3.9 Ledarskap.....	17
3.9.1 Ledarskap inom Lean.....	17
3.9.2 Ledarskap i den dagliga verksamheten.....	17
3.9.3 Att utveckla och träna ledare i en Lean organisation.....	18
3.10 Patientfokus och vårdkvalitet.....	18
3.11 Information och kommunikation.....	20
3.11.1 Kommunikation mellan medarbetare och patient.....	20
3.11.2 Kommunikation mellan medarbetare.....	21
4. Problemformulering.....	22
5. Metod och genomförande.....	24
5.1 Planering.....	24
5.2 Litteraturstudie.....	24
5.3 Insamling av data.....	24

5.3.1 Observationer	25
5.3.2 Samtal	26
5.3.3 Intervjuer	26
5.3.4 Sekundärdata	27
5.4 Analys av data	27
5.5 Jämförande analys	28
5.6 Metodreflektion	29
6. Resultat och analys	31
6.1 Patientflöde	31
6.1.1 Processkartläggning	31
6.1.2 Felplacerade patienter	33
6.2 Vårdtid	33
6.2.1 Värdeskapande och icke-värdeskapande tid för familjerna	35
6.3 Patientfokus	36
6.4 Arbetsätt	36
6.4.1 Standardiserat arbetsätt och arbetsroller	36
6.4.2 Förbättringsarbete	37
6.4.3 Bristande uppföljning	37
6.5 Ordning och reda	38
6.6 Läkarrond	38
6.7 Visualisering	39
6.8 Ledarskap	41
6.8.1 Ledarnas roller	41
6.8.2 Ledarnas närvaro	41
6.9 Information och kommunikation	42
6.9.1 Information och kommunikation mellan ledning och personal	42
6.9.2 Information och kommunikation mellan medarbetare	42
6.9.3 Information och kommunikation med patienterna	44
6.10 Patientnöjdhet	44
7. Slutsats och diskussion	46
7.1 Förbättringsförslag för ökad tillgänglighet och vårdkvalitet	46
7.2 Patientflödet	46
7.2.1 Differentiering av patientflödet	46
7.2.2 Exkludering av felplacerade patienter	47
7.2.3 Tidigarelagga aktiviteter	48

7.3 Arbetssätt.....	48
7.3.1 Utveckla ett standardiserat arbetssätt för de processer och aktiviteter där det är möjligt	49
7.3.2 Planera utskrivning redan vid inskrivning	49
7.3.3 Utforma arbetsbeskrivningar och tydliga arbetsroller	50
7.3.4 Utveckla ett standardiserat arbetssätt för förbättringsarbete	50
7.3.5 Arbeta förebyggande.....	51
7.3.6 Introducera tydliga ansvarsområden.....	51
7.3.7 Kontinuerlig uppföljning	52
7.4 Ordning och reda på arbetsplatsen	52
7.4.1 Implementera 5S – Sortera, strukturera, städa, standardisera och skapa vana.....	52
7.4.2 Identiskt utformade avdelningar	53
7.5 Rondarbete	53
7.5.1 Barnläkare särskilt bemannad för rondarbetet	53
7.5.2 Utöka antalet tillfällen för barnläkarundersökning	54
7.5.3 Planerade tider för barnläkarundersökning	54
7.5.4 Sammanfoga moment med barnläkarundersökningen.....	54
7.5.5 Läkarundersökning av mammorna i nära anknytning till barnläkarundersökningen	55
7.5.6 Gemensam rond vid skiftbyten	55
7.6 Visualisering	55
7.6.1 Utveckla patienttavlan på expeditionen.....	55
7.6.2 Utveckla fokustavlan	57
7.7 Ledarskap	59
7.7.1 Ökad spontan närvaro i verksamheten	59
7.7.2 Införa daglig styrning	60
7.7.3 Kontinuerlig uppföljning	60
7.7.4 Träna ledarna i att leda förbättringsarbetet.....	60
7.8 Information och kommunikation	61
7.8.1 Inför tillfälle för gemensam information för familjerna	62
7.8.2 Utöka informations- och kommunikationskanalerna	62
7.8.3 Effektivisering av skiftöverlämningar	62
7.8.4 Effektivisering av patientöverlämning mellan förlossning och BB.....	63
7.9 Vårdtid	63
8. Fortsatta studier	65
9. Litteraturförteckning	66
10. Bilagor	68

Ordlista

BUS – barnläkarundersökning.

BVC – barnvårdscentralen.

Go to gamba – gå till platsen där verksamheten bedrivs.

Kaizen – ständiga förbättringar.

Neonatal – avdelning för all nyföddhetsvård inklusive avancerad intensivvård.

Normal-BB – eftervårdsavdelning för familjer där modern haft en normal graviditet och förväntas få en normal förlossning.

Partus – vetenskaplig term för förlossning.

PKU – ett blodprov som tas på alla nyfödda barn i Sverige i syfte att utesluta sjukdomar som exempelvis enzymrubbning i levern och ämnesomsättningsrubbningar. De är ovanliga men lätta att behandla på ett tidigt stadium.

P.n – Partus normalis, vaginal förlossning.

POX-screening – en undersökning av syremättnaden i blodet på barnet för att upptäcka vissa medfödda hjärtfel.

SBAR – kommunikationsverktyg för säkrare vård.

Sec – Sectio, kejsarsnitt.

Specialförlossning/BB – förlossning samt eftervård för de som behöver individuell planering och särskild vård i samband med graviditet, förlossning och eftervård.

Storken – återbesöksmottagning.

Vårdtid – tiden från partus till utskrivning från BB.

Läshänvisningar

Syftet med följande avsnitt är att ge läsaren en bild av rapportens disposition och vägledning till hur den kan läsas. Rapporten är uppdelad i åtta olika kapitel. Nedan följer en kort beskrivning av innehållet i respektive kapitel.

Kapitel 1 – Inledning

I första kapitlet beskrivs studiens bakgrund, det vill säga varför studien genomförts, och vad den syftar till. Vidare klargörs de avgränsningar som varit nödvändiga inom ramen för arbetet.

Kapitel 2 – Presentation av verksamheten på BB-avdelning 310 och 311, Östra sjukhuset

I kapitel 2 beskrivs Östra sjukhusets avdelningar för normal-BB i syfte att ge läsaren en förståelse för såväl organisationen som verksamheten. För att erhålla en helhetsförståelse inleds kapitlet med ett övergripande perspektiv för att slutligen behandla de aktuella avdelningarna mer ingående.

Kapitel 3 – Teoretisk referensram

I detta kapitel presenteras det teoretiska ramverk som ligger till grund för studien. Detta för att ge läsaren en god förståelse för den teori som rapportens analys samt förbättringsförslag tar sin utgångspunkt i. Kapitlet innefattar såväl grundläggande leanprinciper som andra inom sjukvården viktiga teorier kring verksamhetsutveckling.

Kapitel 4 – Problemformulering

I det fjärde kapitlet beskrivs bakgrunden till varför BB-vården på Östra sjukhuset ska analyseras samt vilka parametrar som ska undersökas för att uppnå studiens syfte.

Kapitel 5 – Metod och genomförande

I detta kapitel beskrivs tillvägagångssättet och de metoder som har använts genom studien i syfte att ge läsaren förståelse för hur arbetet har utförts. Genomförandet har innefattat faserna planering, litteraturstudie, insamling av data, analys av data, jämförande analys samt metodreflektion.

Kapitel 6 – Resultat och analys

I kapitel sex presenteras det resultat som genererats under studien. Empirin har även analyserats med utgångspunkt i den ovan presenterade teorin för att identifiera problemområden och orsaker till dessa. Analysen av resultatet ligger sedan till grund för de förbättringsförslag som arbetats fram.

Kapitel 7 – Slutsats och diskussion

I det sjunde kapitlet presenteras de slutsatser som arbetats fram med utgångspunkt i den presenterade teorin samt resultatet av studien. I kapitlet framförs förbättringsförslag angående hur vårdkvaliteten och tillgängligheten på BB-avdelningarna kan ökas.

Kapitel 8 – Fortsatta studier

I det sista kapitlet presenteras de förslag och idéer till fortsatta studier som väckts under arbetets gång.

1. Inledning

I följande kapitel beskrivs studiens bakgrund, det vill säga varför studien genomförts, och vad den syftar till. Vidare klargörs de avgränsningar som varit nödvändiga inom ramen för studien.

1.1 Bakgrund

Den svenska sjukvården står idag inför stora utmaningar då efterfrågan på vård ökar samtidigt som resurstillgången i allt större utsträckning begränsas. Överbeläggning, personalbrist och snäva budgetar är ett faktum på många sjukhus och såväl patienter som personal befinner sig i riskzonen att drabbas negativt (Lundberg, 2012). För att få balans i systemet och kunna erbjuda patienten en högkvalitativ vård krävs ett optimalt resursutnyttjande där patienten sätts i fokus. Medvetenheten kring den ohållbara situationen har medfört att ett flertal vårdgivare börjat bedriva förbättringsarbete för att inte äventyra framtida vårdkvalitet och patientsäkerhet.

I förbättringsarbetet syns tydliga influenser från filosofin bakom Lean Production, vilken visat sig vara framgångsrik inom tillverkningsindustrin. Under senare år har detta koncept anpassats till andra branscher och tankesättet har påvisat positiv effekt inte minst inom sjukvården, där under benämningen Lean Healthcare. Målet är att genom att reducera slöseri och variation i systemet skapa en effektiv verksamhet med patienten i fokus.

Då barnafödandet i Sverige tenderar att öka de närmast kommande åren (Statistiska centralbyrån, 2013) samtidigt som resurserna begränsas utgör obstetrikern vid Östra sjukhuset inget undantag vad gäller ovan nämnda problem. Denna verklighet tillsammans med en stor förbättringspotential har frambringt ett behov av att analysera verksamheten på BB-avdelning 310 och 311 för att undersöka hur resurser kan frigöras och utnyttjas för att öka flödeseffektiviteten och optimera vården för patienterna.

1.2 Syfte

Syftet med studien är att kartlägga processen vid Östra sjukhusets normal-BB från partus, barnets födelse, till utskrivning från BB samt ge förslag på hur den kan förbättras. Målet är att generera såväl ökad vårdkvalitet som tillgänglighet.

1.3 Avgränsningar

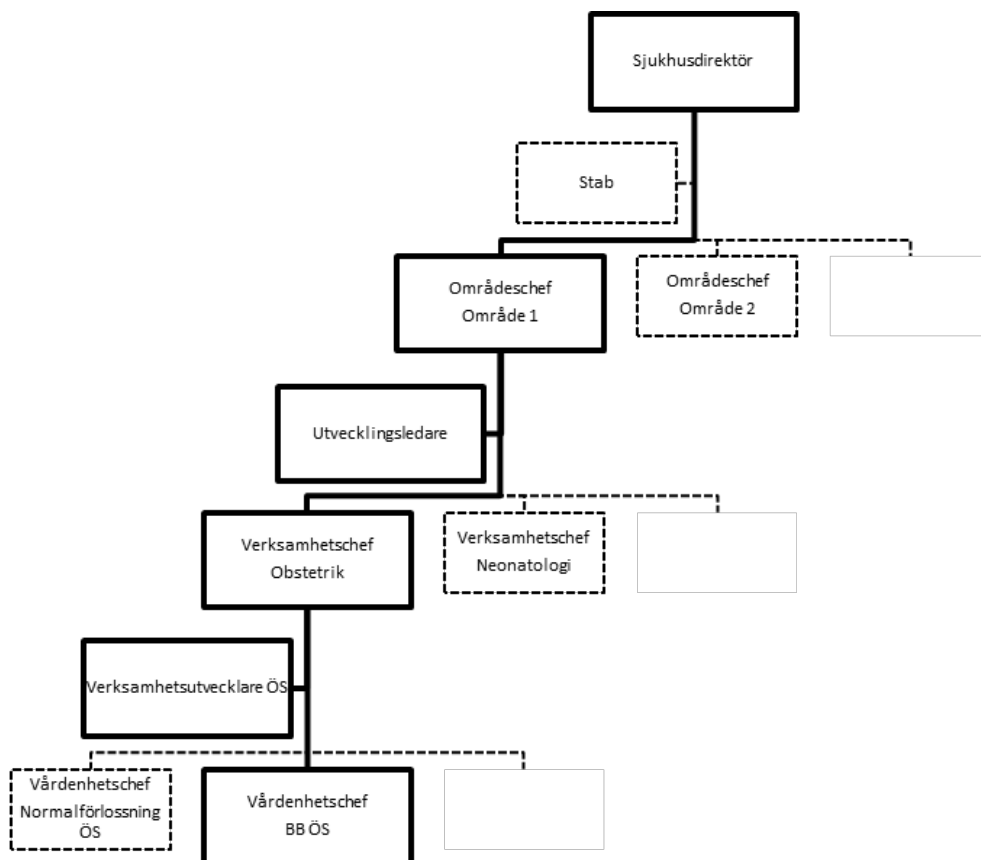
Studien avgränsas till att innefatta avdelningarna för normal-BB, vilket förutsätter att de nyförlösta mammorna och deras barn är friska. För att få en helhetsbild och förståelse för processen kommer även angränsande avdelningar så som förlossning och återbesöksmottagningen, Storken, till viss del att studeras. Detta för att analysera överlämningarna och vilken information som ges till patienterna när och var i flödet. Fokus kommer att ligga på att eliminera alternativt reducera befintligt slöseri i processen, öka kvaliteten på den värdeskapande tiden och på så sätt kunna öka tillgänglighet och vårdkvalitet på BB. Då den vårdkunskap som krävs för att förstå den medicinska diagnostiseringen och behandlingen som utförs på BB-avdelningarna saknas kommer detta inte att behandlas vidare.

2. Presentation av verksamheten på BB-avdelning 310 och 311 vid Östra sjukhuset

I följande kapitel beskrivs Östra sjukhusets avdelningar för normal-BB i syfte att ge läsaren en förståelse för såväl organisationen som verksamheten. För att erhålla en helhetsförståelse inleds kapitlet med ett övergripande perspektiv för att slutligen behandla de aktuella avdelningarna mer ingående.

2.1 Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska universitetssjukhuset bildades den 1 januari år 1997 då de tidigare sjukhusen, Sahlgrenska, Mölndal och Östra, slogs samman och sedan den 1 januari år 1999 ingår universitetssjukhuset i västra götalandregionen (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2012). Verksamheten består idag av Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset, Mölndals sjukhus, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Högsbo sjukhus, Rågårdan och ett flertal verksamheter med mottagningar som ligger utanför de stora sjukhusområdena. Sjukhuset är organiserat i sex områden där BB-avdelning 310 och 311, vilka fokuseras på i denna studie, tillhör den obstetriska enheten i område ett på Östra sjukhuset. Obstetrikern omfattar förlossningsvård, gynekologi reproduktionsmedicin samt Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. I figur 1 nedan presenteras ett organisationsschema med utgångspunkt i verksamhetsområde obstetrik och BB-avdelning 310 och 311 på Östra sjukhuset.



Figur 1 Organisationsschema

2.2 Verksamhetsområde obstetrik, Östra sjukhuset

Verksamhetsområde obstetrik erbjuder vård under graviditet, förlossning och den närmaste tiden efter förlossningen och är uppdelad på tre förlossningsenheter: två normalförlossningsenheter/BB varav en på Östra sjukhuset och en på Mölndals Sjukhus samt en specialförlossningsenhet/BB belägen på Östra sjukhuset. Andra förekommande enheter som tillhör obstetrikeken är exempelvis specialmödravård, verksamhet för fosterdiagnostik, auroramottagning och amningsmottagning.

Normalförlossningen på Östra sjukhuset har tolv förlossningsrum och är belägen på avdelning 308 på plan ett i Kvinnoklinikens hus. Dit kommer kvinnor som har haft en normal graviditet och förväntas få en normal förlossning för att förlösas från och med graviditetsvecka 34. Kvinnan får ha med sig två anhöriga som stöd under förlossningen. Då förlossningen skett utan komplikationer flyttas mamma och barn några timmar efter barnets födelse till eftervårdsavdelning 310 eller 311 på plan två, som innefattar Östra sjukhusets normal-BB och beskrivs närmare nedan.

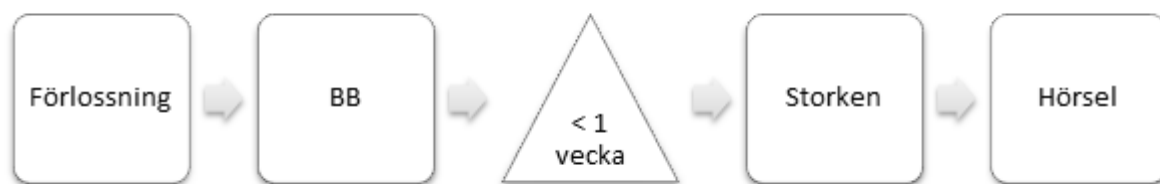
Specialförlossningen på Östra sjukhuset finns på plan fyra och är till för de kvinnor som behöver individuell planering eller särskild vård i samband med graviditet, förlossning och eftervård. Dit kommer alltså mammor med kända eller förväntade komplikationer hos mamma eller barn. Specialförlossningen är en sammanhållen enhet med en förlossningsdel och en BB-del, avdelning 315. Kvinnor som är i behov av sjukhusvård under graviditeten vårdas även de på special-BB. Kvinnan förlöses på specialförlossningen och några timmar efter förlossningen flyttas mor och barn till special-BB. Det finns på enheten även en operationssal och ett akutvårdsrum där det nyfödda barnet kan undersökas.

I nära anslutning till specialförlossningen ligger verksamhetsområde neonatal. Neonatalavdelningen, avdelning 316, är avsedd för all nyföddhetsvård inklusive intensivvård. Till denna avdelning kommer alltså nyfödda barn som är i behov av speciell vård och övervakning. De flesta barn som vårdas på neonatal har sin sjukdomsdebut inom första levnadsveckan, men vården sträcker sig upp till fyra veckor efter förlossningen.

Några dagar efter att familjen lämnat eftervårdsavdelningen, BB, kommer de tillbaka för ett återbesök på den så kallade Storkenmottagningen. Där följs det upp hur mamman och barnet mår efter förlossningen och tid finns för att ställa frågor som uppkommit sedan hemgång. Efter hemkomst från BB får familjen även en kallelse hemskickad med tid till hörselundersökning av barnet.

2.3 BB-avdelning 310 och 311

Som beskrivits ovan utgör BB-vården en del av patientflödet relaterat till barnafödande. En översiktlig bild av flödet kan ses i figur 2 nedan.



Figur 2 Patientflöde vid barnafödande

Under 2012 uppgick antal förlossningar totalt på Sahlgrenska universitetssjukhuset till 10 413 stycken varav 6 572 stycken ägde rum på Östra sjukhuset. Slutenvårdsavdelning 310 och 311 utgör, som ovan nämnts, Östra sjukhusets normal-BB. De har tillsammans 35 ordinarie vårdplatser och ytterligare fem som används vid behov. Till dessa eftervårdsavdelningar ankommer mor och barn efter en normal förlossning. En anhörig får även följa med som stöd och har i mån av plats möjlighet att övernatta till en kostnad på 200 kr per natt. BB-vården anpassas till varje familjs behov och är till för att stödja amning och återhämtning samt ger förutsättningar att lära känna den nya familjemedlemmen. Barnet undersöks alltid av en barnläkare innan hemgång och ett återbesök erbjuds på Storkenmottagningen för uppföljning och frågor.

2.3.1 Personal

Eftervårdsavdelningarna 310 och 311 är bemannade under dygnets alla timmar med en något högre personaltäthet under dagtid. På dagen arbetar normalt fyra barnmorskor och fyra barn-/undersköterskor totalt på de båda avdelningarna och under kvällen fyra barnmorskor och två barn-/undersköterskor också fördelat på båda avdelningarna. Under natten består personalstyrkan vanligtvis av två barnmorskor och två barn-/undersköterskor fördelade på de två avdelningarna. Vid behov utökas personalstyrkan i den mån det är möjligt med en resursbarnmorska alternativt barn-/undersköterska som hjälper till där det behövs på avdelningarna. De anställda roterar mellan olika avdelningar och arbetar såväl på förlossningen som på BB-avdelning 310 och 311, Storkenmottagningen och hörselmottagningen. En del av personalen har dock av olika anledningar valt att inte arbeta på förlossningen. Nedan beskrivs olika befattningar som är involverade i BB-vården.

Läkare

På avdelningarna finns tillgång till såväl barnläkare som mammaläkare. Barnläkarna utgår ifrån neonatalavdelningen och anländer till eftervårdsavdelningarna en gång om dagen för att utföra barnläkarundersökningar. Mammaläkarna utgår från förlossningen och ankommer till eftervårdsavdelningarna på förmiddagen, efter rondan på förlossningen, och även i mån av tid vid behov.

Barnmorskor

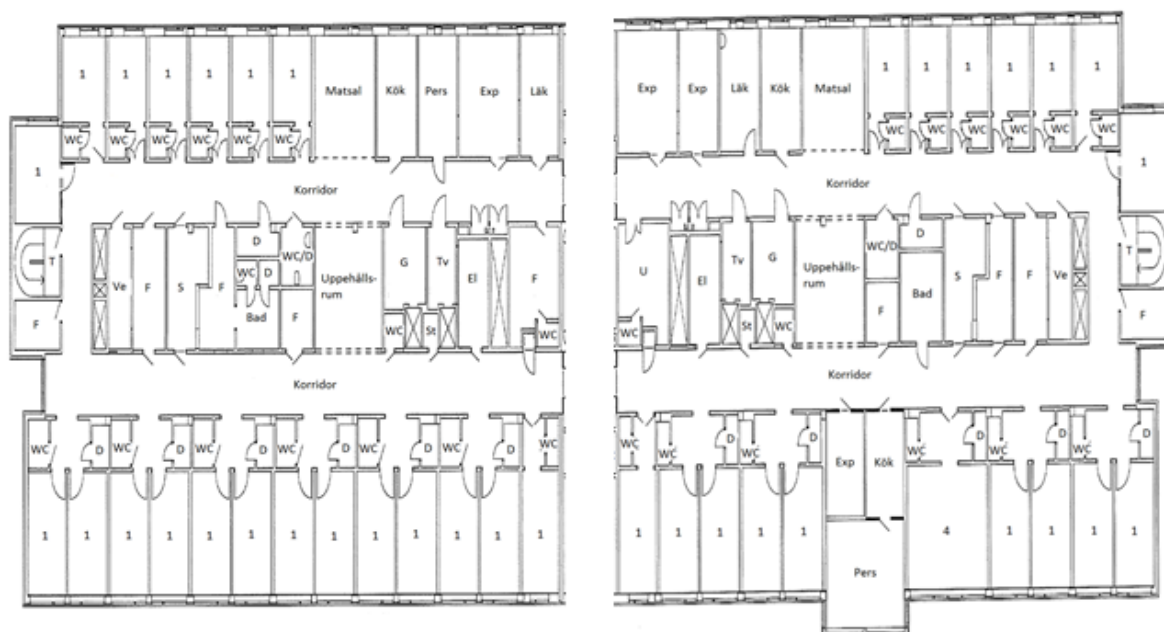
Barnmorskorna på eftervårdsavdelningarna ansvarar för mammans och barnets hälsa under vårdtiden på BB. De har det medicinska ansvaret för patienterna och befogenhet att utföra rutinemässiga undersökningar och provtagningar på mor och barn. Arbetet handlar utöver detta om att ge stöd och information i den nya familjesituationen kring exempelvis spädbarnsvård, amning, fysiska förändringar efter förlossningen och föräldraskap.

Barn-/undersköterskor

Till skillnad från en undersköterska har barnsköterskan utbildning kring barnets behov och hälsa. De båda yrkesrollernas dagliga arbete på eftervårdsavdelningarna består av samma arbetsuppgifter och handlar om att bistå barnmorskorna genom att utföra enklare moment och provtagningar som de har befogenheter att göra. De ansvarar också för att städa och förbereda rummen för nya familjer samt beställa och förse patienterna med mat. De ger även i viss utsträckning stöd och tips vad gäller exempelvis amning och spädbarnsvård. Då barn- och undersköterskornas roll är så pass lik betraktas de i studien som samma yrkeskategori.

2.3.2 Eftervårdsavdelningarnas layout

BB-avdelningarna 310 och 311 är belägna på andra våningen i Kvinnoklinikens hus på Östra sjukhuset, Diagnosvägen 5. För avdelningarnas layout, se figur 3.



Figur 3 Planlösning avdelning 310 till vänster och avdelning 311 till höger

1 = Enpatientrum, 4 = Fyrpatientrum, Läk = Läkarrum, Exp = Expedition, Pers = Personalrum, F = Förråd, WC = Toalett, D = Dusch, S = Sköjl, St = Städtrum, T = Trappa, U = Undersökningsrum, El = Elrum, G = Godsmottagning, Tv = Tvätt, Ve = Ventilationsrum

Avdelningarna liknar i hög grad varandra med några få avvikelser vad gäller layout. En skillnad är att avdelning 310 har 20 patientrum varav tre stängda medan avdelning 311 har 20 patientrum varav två stängda. Ett av rummen på avdelning 311 har även plats för fyra mammor medan avdelning 310 endast består av enkelrum.

Vissa av patientrummen har, vilket kan utläsas i figuren ovan, toalett inne på rummen och gemensamma duschutrymmen i korridoren. Patientrummen i motsatt korridor har toalett och dusch precis utanför rummet som delas mellan två patienter. Patientrummen ser utöver detta likvärdiga ut och består av en patientsäng, en extrasäng för anhörig, ett skötbord, handfat och en mobil säng för barnet. På respektive avdelning finns även en toalett med kodlås avsedd för personalen.

Expeditionen på respektive avdelning är placerad i nära anslutning till ingången i syfte att personalen ska ha koll på vilka som passerar dörren. Då endast en anhörig på grund av infektionsrisk får följa med mamma och barn till eftervårdsavdelningen och då dörren in till avdelningen på dagtid hålls olåst är det av stor vikt att kontrollera vilka som passerar. Vill familjen träffa andra anhöriga får det ske utanför avdelningen eller i caféet på entréplan. På expeditionen finns datorer för dokumentation och övrig utrustning i form av läkemedel och provtagningsutrustning.

Läkarrummen är avsedda för barnläkarundersökningen och i undersökningsrummet på avdelning 311 finns möjlighet att undersöka mamman. I mitten på respektive avdelning är ett uppehållsrum beläget avsett för familjerna där soffor och TV finns att tillgå. Det finns även en matsal där familjen kan hämta sin mat och sittplatser om de önskar äta maten där. För att erhålla en bild av hur avdelningarna förhåller sig till varandra kan hela layouten över plan två ses i bilaga 1.

3. Teoretisk referensram

I följande kapitel presenteras det teoretiska ramverk som ligger till grund för studien. Detta för att ge läsaren en god förståelse för den teori som rapportens analys samt förbättringsförslag tar sin utgångspunkt i. Kapitlet innefattar såväl grundläggande leanprinciper som andra inom sjukvården viktiga teorier kring verksamhetsutveckling.

3.1 Leankonceptet

Leankonceptet har sitt ursprung i den japanska bilindustrin och Toyota Production System som utvecklades på 1960-talet (Aherne & Whelton, 2010). Toyotas arbetssätt enligt leanfilosofin bygger på ett antal principer som kan delas in i de fyra kategorierna filosofi, process, människor och problemlösning (Liker & Meier, 2006). Den första, filosofin, innebär att ha ett långsiktigt filosofiskt perspektiv och att fatta beslut på långsiktigt tänkande. Det ska finnas ett gemensamt mål för hela organisationen och produktionen ska vara värdeskapande för såväl kunder som medarbetare, samhälle och ägare. Kategorin processer handlar om att ur ett kundperspektiv eliminera icke-värdeskapande aktiviteter och på så sätt skapa kontinuerliga flöden. Problem ska synliggöras och lösas så fort de uppkommer och arbetsbelastningen ska i största möjliga mån utjämnas. Kategorin människor handlar om att utveckla ledare som lever med och lär ut företagets filosofi och att utveckla medarbetare och team med flera kompetenser. Här tillkommer även respekten för partners och leverantörer och att hjälpa dem att förbättras. Den sista kategorin, problemlösning, innebär att ständigt arbeta med förbättringar och bli en lärande organisation.

Målet med Lean är att skapa bästa kvalitet till lägsta kostnad och kortaste ledtider med högsta säkerhet och hög moral (Liker, 2004/2009). Tankesättet innebär dynamiska, kundfokuserade och kunskapsdrivna processer där människor genom ständiga förbättringar strävar efter att identifiera och eliminera slöseri med målet att skapa värde (Aherne & Whelton, 2010). Lean är en filosofi som i och med fokus på processerna kan appliceras i flera organisationer och alltså inte enbart i tillverkningsindustrin. Att arbeta efter tankesättet ökar organisationers konkurrenskraft då det möjliggör ett snabbare och effektivare arbetssätt till lägre kostnad, en ökad lyhördhet mot behoven hos kunden, ökade intäkter och ökade servicenivåer. Det kan alltså hjälpa organisationer att nå världsklasstandard där medarbetarna upplever ökad arbetstillfredsställelse och kunderna får högsta kvalitet på tjänsterna.

3.2 Anpassning till sjukvården – Lean Healthcare

Toyotas leanfilosofi används nu framgångsrikt även inom sjukvården där syftet är att öka kvaliteten, patientsäkerheten och arbetsmoralen samt minska väntetider och kostnader (Graban, 2012). Toyotas principer kan inte direkt appliceras inom vården utan måste anpassas till den aktuella verksamheten. Det övergripande målet med lean inom sjukvården är att erbjuda säker och högkvalitativ vård.

Inom sjukvården betraktas patienten som kund och det kundfokus som är utmärkande i leankonceptet motsvarar i sjukvården ett patientfokus. Det är viktigt att förstå att det inte handlar om att reducera personalstyrkan utan snarare om att förbättra processerna och ändra verksamhetens organisering och styrning (Graban, 2012). Lean är ett förhållningssätt som bidrar till ökad vårdkvalitet för patienten genom att reducera misstag och väntetider. Det möjliggör för vårdorganisationer att ägna mer tid och arbete åt patienten utan extra kostnader för patienten eller organisationen (Aherne & Whelton, 2010). Lean inom sjukvården kan alltså användas för att:

- Minska kostnaderna och samtidigt öka patienttillfredsställelsen
- Öka vårdkvaliteten med samma personalstyrka
- Öka motivationen och arbetstillfredsställelsen hos de anställda
- Öka och bibehålla en hög kvalitet på tjänsterna

En rådande skillnad mellan traditionell sjukvård och Lean sjukvård är att det inom den traditionella sjukvården fokuseras på resursutnyttjande medan Lean sjukvård fokuserar mer på genomflödet av patienter (Jacobsson, 2010). Det är svårt att inom sjukvården skapa högt resursutnyttjande och samtidigt öka flödeseffektiviteten då det förekommer variationer i patientflödet som inte går att påverka. Leankonceptet inom sjukvården bygger därför på att frigöra resurser för att kunna öka flödeseffektiviteten och på så sätt reducera genomloppstider.

3.3 Värdeflödesanalys

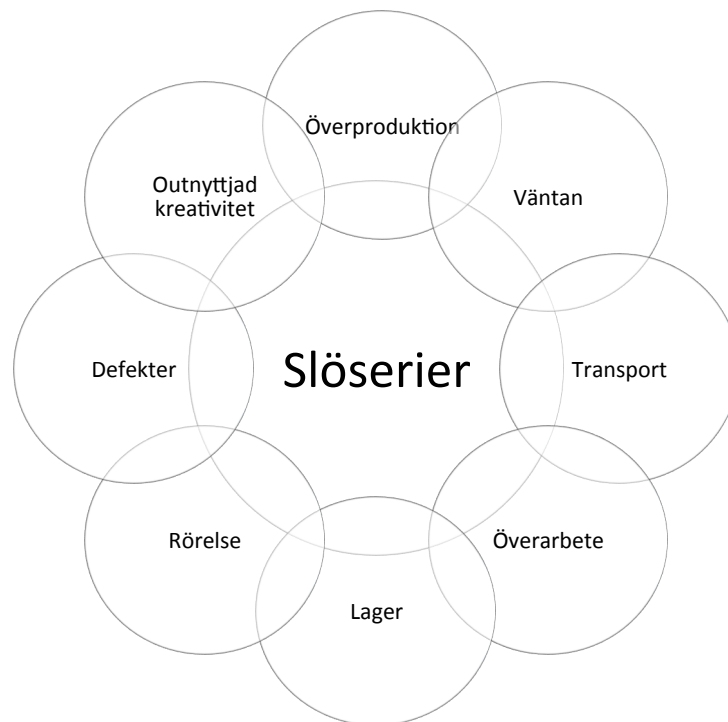
Ett övergripande mål inom lean är att identifiera vad som skapar värde för kunden, leverera det på ett tillförlitligt sätt och eliminera allt onödigt (Toussaint, et al., 2010). Processkartläggning, eller värdeflödesanalys, är ett förbättringsverktyg för att kartlägga de olika aktiviteterna i en process, identifiera hur lång tid varje aktivitet tar att slutföra och hur lång tid patienten väntar mellan aktiviteterna (Graban, 2012). Genom värdeflödesanalysen identifieras alltså vilka aktiviteter som skapar värde för patienten och vilka som inte gör det. På detta sätt kan förbättringsåtgärder tas fram och slöseri, icke-värdeskapande aktiviteter, reduceras eller i bästa fall elimineras. Genom att rita upp produktionsflödet erhålls en gemensam bild att konkret diskutera kring för att eliminera slöseri och därmed effektivisera flödet (Liker, 2004/2009).

Det första steget i en processkartläggning är att välja ut en produkt eller produktfamilj med likartade processteg att fokusera på i analysen. Därefter ritas det nuvarande tillståndet, gärna för hand med post-it-lappar för att det ska vara lätt att ändra och överblicka. Det är viktigt att gå ut i verksamheten och kartlägga det som händer just då och bortse från att "idag inte är en normal dag" (Bicheno(1), 2009). Det handlar om att följa patienternas väg från dörr till dörr och samla in aktuell data. Både informations- och patientflödet kartläggs för att se hela värdeflödet och på så sätt finna förbättringsmöjligheter. Det nuvarande tillståndet lägger grunden för ett framtida tillstånd (Liker, 2004/2009). Att skapa det framtida läget utifrån nulägeskartan är inte alltid en lätt uppgift. Det är relativt enkelt att eliminera slöseri men de grundläggande problemen behålls ofta (Bicheno(1), 2009). För att genomgå en förvandling krävs ingående kunskaper om viktiga leanprinciper och leanverktyg. Målet med det framtida tillståndet är att skapa ett fullständigt kontinuerligt flöde med så korta ledtider att endast det som kunden verkligen efterfrågar tillverkas, när det efterfrågas (Liker, 2004/2009). Grundtanken är alltså att hitta lösningar till de identifierade problemen och eliminera allt som inte tillför värde. Det kan till exempel handla om att slå ihop olika moment så att buffertar emellan elimineras.

När det framtida läget är kartlagt är nästa steg att ta fram en implementeringsplan för de förändringar som ska genomföras (Liker, 2004/2009). Det är viktigt att målen som sätts är realistiska och att förändringarna sker steg för steg i rätt riktning. För att lyckas vid genomförandet av förbättringsåtgärderna krävs ledningens engagemang och tydligt uppsatta mål. Det kan även vara nödvändigt med utbildning hos de anställda i de olika leanverktygen. Värdeflödesanalysen är ett tankesätt där ständiga förbättringar är en naturlig del av arbetet.

3.4 Eliminering av slöseri

Slöseri är alla aktiviteter i en process som inte tillför kundens varor och tjänster något värde (Liker & Meier, 2006). Toyota har definierat 7+1 icke-värdeskapande aktiviteter i affärs och tillverkningsprocesser som även kan översättas och anpassas till sjukvården. I sjukvården definieras slöseri som allt som inte tillför patienten eller personalen något värde. För att kunna reducera slöseri är det viktigt att förstå och kunna skilja på aktiviteter, saker vi gör, och värde, saker vi gör som hjälper patienten (Graban, 2012). Graban (2012) menar att eliminering av slöseri ger upphov till reducerade kostnader, ökad kvalitet, ökad arbetstillfredsställelse och bättre service. De 7+1 olika typerna av slöseri inom sjukvården kan ses i figur 4 nedan och definieras som:



Figur 4 De 7+1 slöserierna. Fritt efter Liker & Meier (2006).

Överproduktion

Överproduktion innebär att göra mer än vad som behövs (Graban, 2012). Det kan exempelvis handla om onödiga undersökningar eller behandlingar. Överproduktion kan betraktas som den värsta formen av slöseri då den ofta bidrar till de övriga slöserierna.

Väntan

Väntan är den tid patienten väntar mellan aktiviteter och kan exempelvis innebära väntan på provsvar eller behandling (Graban, 2012). Det kan även uppstå väntan för personalen då de exempelvis väntar på att läkaren ska anlända.

Transport

Transporter inom sjukvården innebär onödig förflyttning av patienter och material mellan och inom olika avdelningar (Brandt, 2013). Transporterna kan exempelvis bero på sjukhusets eller avdelningens fysiska layout.

Överarbete

Arbete som utförs och som inte är värdeskapande för patienten benämns överarbete. Det kan handla om att göra något på en högre nivå än vad som krävs, att utföra onödigt arbete eller att utföra samma arbete flera gånger. Överarbete uppkommer ofta på grund av bristande kommunikation mellan människor eller avdelningar (Graban, 2012). Inom sjukvården kan överarbete uppstå då exempelvis olika medarbetare ställer samma fråga till en patient och då samma information dokumenteras flera gånger (Brandt, 2013).

Lager

Onödig lagerhållning innebär att mer produkter och material finns i lager än vad som är nödvändigt för att personalen ska kunna utföra arbetet korrekt (Graban, 2012). Lager är utrymmeskrävande och gömmer problem. Inom sjukvården kan hög lagerhållning exempelvis medföra att läkemedel och material måste kasseras på grund av att utgångsdatum passerat. Lager kräver merarbete och bör därför vara precis så stora som verksamheten kräver (Brandt, 2013).

Rörelse

Onödig rörelse uppstår då personal måste förflytta sig för att kunna utföra sina arbetsuppgifter (Brandt, 2013). Ett exempel är då sjukhuspersonalen måste hämta material som finns på en annan del av avdelningen för att kunna utföra en åtgärd på en patient. Onödig förflyttning kan därmed minimeras genom att material finns på den plats där det används (Brandt, 2013).

Defekter

Defekter kan definieras som det arbete som inte utförs rätt från början vilket kan orsaka komplikationer för patienten (Graban, 2012). Aktiviteter som måste göras om eller kompletteras med andra åtgärder är alltså icke-värdeskapande aktiviteter. Då komplikationer orsakar lidande och också betydande merarbete och merkostnader är det viktigt med en hög grad av patientsäkerhet (Brandt, 2013).

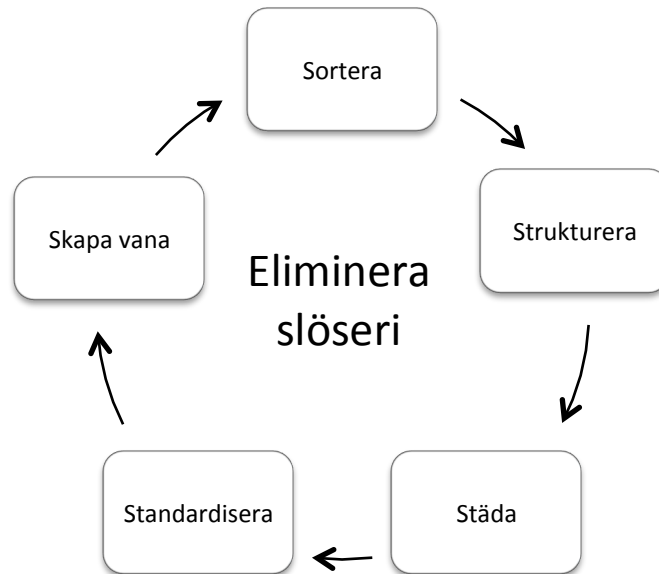
Outnyttjad kreativitet

Outnyttjad kreativitet hos de anställda är den åttonde och senast tillagda formen av slöseri och innebär att inte ta tillvara på medarbetarnas kunskap, tankar och idéer om hur verksamheten kan förbättras (Brandt, 2013).

3.5 Ordning och reda på arbetsplatsen – 5S

Målet med 5S är att förebygga problem och att skapa en arbetsplats som möjliggör för personalen att praktisera vård av högsta kvalitet på effektivaste sätt (Graban, 2012). Det är ett verktyg för att eliminera slöseri och generera en renare och säkrare arbetsmiljö samtidigt som det hos personalen etablerar ett ansvar för arbetsplatsen. 5S skapar en organiserad och effektiv arbetsplats då det möjliggör såväl tidsbesparing som bättre utnyttjande av arbetsytor och dessutom ett snabbt upptäckande av avvikelser på arbetsplatsen (Liker & Meier, 2006). Implementering av 5S sker ofta i ett tidigt stadiet i leanarbetet för att engagera medarbetarna i förbättringsarbete (Graban, 2012).

Benämningen 5S har sitt ursprung i begynnelsebokstäverna i den japanska metodens fem steg (Graban, 2012). På svenska har orden valts att översättas till sortera, strukturera, städa, standardisera och skapa vana, vilka kan ses i figur 5 nedan (fritt efter Liker & Meier, 2006).



Figur 5 5S, fritt efter Liker & Meier (2006).

Sortera

Det första steget i metoden är att gå igenom all utrustning och allt material på arbetsplatsen eller avdelningen, värdera vad som används och inte för att därefter separera det nödvändiga från det icke-nödvändiga. De onödiga sakerna bör sedan förflyttas från arbetsplatsen för att frigöra utrymme som kan användas till mer värdeskapande aktiviteter. Det är även viktigt att gå igenom de nödvändiga sakerna för att se till att dessa är säkra och fungerar (Liker, 2004/2009).

Strukturera

Strukturera innebär att var sak ska ges sin bestämda plats. Denna plats ska även tydligt visualiseras, exempelvis med etiketter, så att det är lätt att hitta och se avvikelser (Brandt, 2013). Utrustningen ska även organiseras efter användningsfrekvens där den mest frekvent använda placeras närmast och därmed mest lättåtkomlig (Liker, 2004/2009). Genom att ha en tydlig struktur på arbetsplatsen elimineras en stor del icke-värdeskapande tid som tidigare åtgått till att leta efter material och utrustning (Graban, 2012).

Städa

Metodens tredje steg syftar till att komma igång med regelbunden städning. Sjukhusavdelningar förlitar ofta städningen på den centrala städpersonalen på arbetsplatsen även om de ofta bara har hand om en liten del av arbetet. I arbetet med 5S ansvarar var och en för den enklare städningen och avdelningens övergripande renlighet (Graban, 2012). Städning innebär även besiktning såsom att leta efter felaktigheter och lösa de grundläggande problemen (Liker, 2004/2009). För att upprätthålla städningen kan en checklista för städning och besiktning vara att föredra. Denna visar exempelvis vad som ska göras och vem som är ansvarig för vilka uppgifter.

När de tre ovan nämnda stegen genomförts har ett normaltillstånd skapats som är det just nu bästa sättet. De två sista stegen i metoden handlar sedan om att ständigt upprätthålla och förbättra normaltillståndet.

Standardisera

Standardisera innebär alltså att se till att 5S-standarden upprätthålls genom att standardisera de första tre S:en (Liker, 2004/2009). Visualisering är en viktig del i standardiseringen. Exempelvis kan

foton som påvisar normalläge och layoutritningar som tydligt visar var utrustningen ska finnas och vilken utrustning som saknas användas.

Skapa vana

Det sista steget i metoden syftar till att ständigt förbättra 5S-standarderna genom att skapa disciplin och engagemang för en stabil arbetsplats (Liker, 2004/2009). Det är även viktigt att regelbundet utvärdera standarderna och se till att den upprätthålls. Detta kan antingen ske genom att arbetslag utvärderar varandra eller att chefen, alternativt någon annan, följer upp och är ansvarig (Liker, 2004/2009). Det är viktigt att hela personalstyrkan är engagerad och involverad i det ständiga förbättringsarbetet.

För att lyckas med 5S-arbetet är det viktigt att alla är delaktiga och har förståelse för varför metoden används, att ledningen är engagerad och fungerar som förebilder i arbetet och att processen kontinuerligt följs upp (Liker & Meier, 2006).

3.6 Standardisering

Standardiserat arbetssätt kan definieras som det just nu bästa dokumenterade arbetssättet ur kvalitet-, effektivitets- och säkerhetsynpunkt (Liker & Meier, 2006). Standardiserat arbetssätt är ett verktyg för att erhålla processer med hög produktivitet, kvalitet och säkerhet (Graban, 2012). En bra standard är meningsfull, enkel, tydlig och visuell. Trots en rad positiva effekter är standarder kontroversiella inom många branscher och ses allt som oftast vara ett hinder för kreativa yrkesmänniskor (Liker, 2004/2009). Standardisering bör inte vara ett medel för att kontrollera utan syftet med standarder är att möjliggöra. Det är en kraft som ger makt, frihet och kreativitet istället för att vara begränsande (Bicheno(2), 2009).

Standardisering och standardiserat arbetssätt gynnar såväl patienterna som personalen och organisationen i sin helhet (Jackson, 2012). Patienterna gynnas genom ökad tillgång till den vård de eftersöker, ökad patientsäkerhet och reducerad kostnad. För personalen utgörs vinsterna av att det blir enklare för personalen att lära sig nya moment samt att upptäcka problem och bidra med förbättringsförslag. På organisationsnivå möjliggör standardisering och standardiserat arbetssätt reducerad variabilitet, slöseri och kostnad samt ökad vårdkvalitet och kortare, mer förutsägbara genomloppstider.

När ett standardiserat arbetssätt ska utformas är det viktigt att involvera de medarbetare som det standardiserade arbetssättet kommer att beröra (Graban, 2012). Människorna som arbetar i processen har den bästa kunskapen om arbetet och troligtvis störst vetskap om hur det standardiserade arbetssättet bör utformas. Målet är att arbetslagen, tillsammans med arbetsledare, utvecklar ett standardiserat arbetssätt för sin arbetsplats. Genom att medarbetarna får delta vid framtagningen av det standardiserade arbetssättet ökar dessutom motivationen bland dem att följa standarderna. Arbetsledarens närvaro och deltagande är dock viktig för att inte riskera en subjektiv uppfattning i hur en arbetsuppgift utförs på bästa sätt (Liker & Meier, 2006).

3.7 Ständiga förbättringar

Standardiserat arbetssätt är grunden för ständiga förbättringar, vilket på japanska benämns kaizen (Liker & Meier, 2006). Så länge det inte finns några standarder utan arbetet utförs på olika sätt av olika personer vid olika tillfällen saknas referenspunkt och det blir problematiskt att utföra jämförelser. Att förbättra en process som saknar standardiserat arbetssätt är alltså omöjligt då man i

själva verket inte vet om förbättringen har sin orsak i en vidtagen åtgärd eller beror av variation (Liker & Meier, 2006). Arbetet med ständiga förbättringar bör alltså föregås av standardisering.

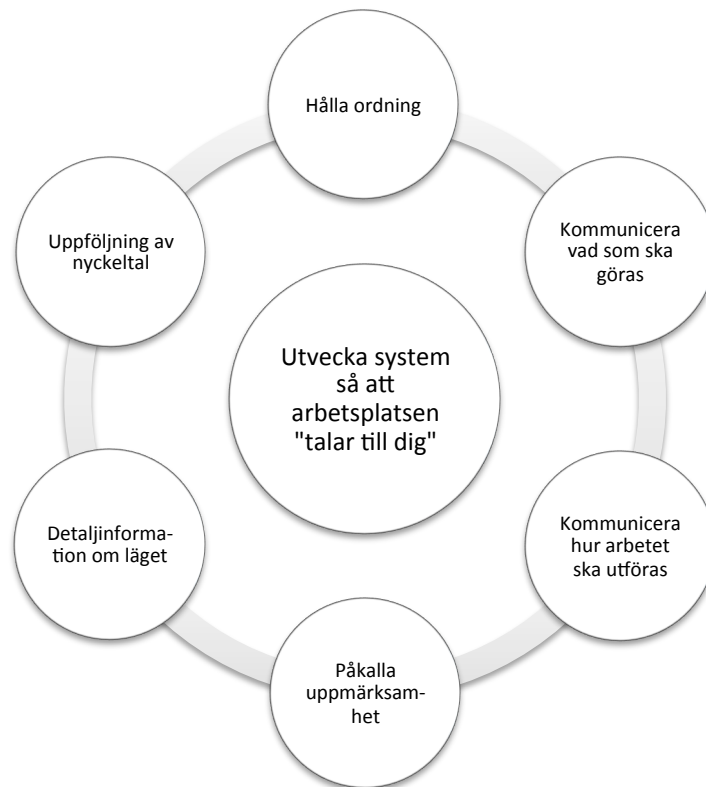
Standarder bör inte ses som statiska lösningar och det är därmed viktigt att den framarbetade standarden kontinuerligt ifrågasätts och utmanas för att erhålla förbättrade standardprocesser (Graban, 2012). Det standardiserade arbetssättet ska alltså revideras när ett bättre har identifierats. Kaizen är en ständigt pågående process där små förbättringar implementeras löpande. Det är en process som engagerar medarbetarna och tillåter dem att ta ansvar för att förbättra sina processer. Kaizen bör alltså inte ses som en byråkratisk process där idéer och godkännande kommer från ledarna utan medarbetarna ges ansvar att ta fram lösningar i det dagliga arbetet. Ledarens roll i detta arbete är att uppmuntra och inspirera medarbetarna genom att utmana dem i att finna egna lösningar på problem. Det är dock viktigt att det finns ett tydligt tillvägagångssätt för att lägga fram ett förbättringsförslag och att det finns en process för hur förslag behandlas och följs upp (Graban, 2012).

3.8 Visualisering

Visualisering innebär att sträva efter att arrangera verksamheten så att inga problem kan döljas (Liker, 2004/2009). Det är även ett sätt för medarbetarna att få feedback på hur de ligger till och skapa förståelse för det egna arbetet. Liker (2006) menar att visuell styrning är det viktigaste steget i standardiseringsprocessen och att dess huvudsakliga uppgift är att skapa ett normaltillstånd, en standard, där det snabbt och enkelt går att se avvikelser.

I servicesituationer är en kommunikationstavla vanligt förekommande som visuell styrning och används för att kommunicera syfte och säkerställa långsiktighet, ta upp och lösa problem, minska slöseri och skapa lagarbete (Bicheno(2), 2009). Tavlan ska vara lätt att överblicka och är ett hjälpmedel vid dagliga eller veckovisa möten där kommunikationen sker både från gruppledaren till gruppen och från gruppen till gruppledaren för att kommunicera hur läget är just då. Det är alltså viktigt att tavlan uppdateras regelbundet så att den verkligen påvisar det nuvarande tillståndet. Visuell styrning i sjukvården reducerar missförstånd, främjar standardiserade processer, ökar produktiviteten och reducerar interna misstag och stress (Hadfield, et al., 2012).

Visuell information kan yttra sig på en mängd olika sätt där figur 6 påvisar några av dessa.



Figur 6 Visualisering, fritt efter Liker (2004/2009).

Hålla ordning

Här är 5S ett centralt verktyg då en strukturerad och städad arbetsplats gör det enklare att finna utrustning och material.

Kommunicera vad som ska göras

Denna typ av visualisering kan exempelvis ske genom en tavla eller signal som påvisar vad som behöver göras. I sjukvården kan det handla om ett ljud som signalerar en ledig plats på, för patienten, nästkommande avdelning och som därmed påvisar att patienten kan förflyttas.

Kommunicera hur arbetet ska utföras

För att kommunicera hur arbetet ska utföras enligt standard kan en arbetsbeskrivning eller checklista användas och på så sätt minska risken att misstag uppstår.

Påkalla uppmärksamhet

Visualisering i syfte att påkalla uppmärksamhet eller signalera behov av hjälp kan ske genom att en lampa lyser då patienten trycker på larmknappen. Lampan visar tydligt vilket rum som signalerar och olika ljud eller färger bör användas beroende på hur allvarlig situationen är.

Detaljinformation om läget

Här är daglig styrning med kommunikationstavla ett vanligt förekommande visualiseringssystem för att utvärdera och förbättra verksamheten. Daglig styrning innefattar ett kort möte som bör ske på olika nivåer i verksamheten där ledarna från mötet på exempelvis gruppnivå för informationen vidare på avdelningsnivå och så vidare (Liker, 2004/2009). Mötet ska även uppmuntra till nya idéer och förbättringar i verksamheten. Som nämnts ovan ska tavlan påvisa hur verksamheten ligger till just nu i förhållande till uppsatta mål och avvikelser ska gå snabbt att överblicka.

Uppföljning av nyckeltal

En avdelnings mätetal och mål kan exempelvis visas på en tavla och kan handla om såväl ekonomi som patientnöjdhet. Det är viktigt att alla medarbetare får ta del av informationen och att hela avdelningen strävar mot ett gemensamt mål.

3.9 Ledarskap

En organisations framgång startar med ledarskap (Liker & Meier, 2006). Ledaren har en viktig roll i alla organisationer och kan i mer eller mindre stor utsträckning påverka verksamheten och i förlängningen dess resultat. Nedan följer en beskrivning av ledarens roll och ledarskapets betydelse för att uppnå en effektiv verksamhet inom vården.

3.9.1 Ledarskap inom Lean

Att vara chef i en lean organisation skiljer sig från den traditionella chefsrollen som den har sett ut genom historien (Brandt, 2013). Det nya sättet att leda präglas av hög grad av verksamhetskännedom och närvaro i verksamheten för att verkligen förstå processen. Det japanska uttrycket "go to gemba" används flitigt inom lean och innebär att ledaren ska gå ut i verksamheten för att med egna ögon studera processen och samla in verklig data (Liker & Meier, 2006).

Brandt (2013) menar att chefernas viktigaste uppgifter i en lean organisation består i att observera, reflektera och understödja. Det handlar om att konstruktivt ifrågasätta rutiner och metoder i olika flöden för att stimulera arbetsgrupperna att kontinuerligt omvärdera sitt arbetssätt och arbeta för en förbättring.

Chefens roll i flödesarbetet är att ansvara för att verksamhetens mål uppnås och att utbilda och motivera sin personal (Andersson & Rasmuson, 2012). Cheferna ska för att uppnå detta skapa en gemensam bild av vad som ska åstadkommas, etablera en bästa standard, skapa förutsättningar för att standarden efterlevs och utmana och stödja förbättringar av det standardiserade arbetet.

3.9.2 Ledarskap i den dagliga verksamheten

Graban (2012) menar att gemensamma faktorer för ledarskapet i framgångsrika vårdorganisationer är:

- Närvaro i verksamheten, gå och se med egna ögon
- Prestationsmätning och uppföljning
- Daglig styrning
- Engagera och leda medarbetarna i arbetet med ständiga förbättringar

Närvaro i verksamheten, gå och se med egna ögon

Ett närvarande ledarskap handlar om att ledaren ska gå till den verkliga arbetsplatsen, studera den verkliga processen, observera det som verkligen händer och att därigenom samla in verklig data (Bicheno(2), 2009). Att vara närvarande i verksamheten och observera processen är viktigt för att säkerställa att det standardiserade arbetssättet efterföljs och för att kunna se potentiella förbättringsmöjligheter (Graban, 2012). Genom att gå och se med egna ögon ökar ledarens förståelse för situationen och verksamheten och förmågan att utveckla, leda och lära sin personal förbättras (Liker, 2004/2009).

Prestationsmätning och uppföljning

Effektiv prestationsmätning är av stor vikt i arbetet med ständiga förbättringar (Graban, 2012). Personalen i vårdorganisationer är ofta inte medvetna om hur väl enheten presterar i kvantitativa termer vilket antingen kan ha sin orsak i att mätningar inte genomförs eller att mätetalen inte når personalen. Vissa ledare vill även skydda sina medarbetare från den press som kan uppstå vid prestationsmätning. En kontinuerlig uppföljning och prestationsmätning är viktig då detta ger mer betydande information än genomsnittsvärden. Mätning och uppföljning av dessa ska även ske i nära anslutning till varandra då detta ökar personalens förståelse och underlättar kopplingen till orsaken av resultatet. I en lean organisation innebär respekt för människor att organisationen är ärlig med hur enheten presterar (Graban, 2012).

Daglig styrning

För att kunna uppnå ständiga förbättringar i verksamheten är det nödvändigt att kontinuerligt utvärdera hur det dagliga arbetet fungerar, finna problem och avvikelser som uppstår samt utgå ifrån dessa vid förändringar (Brandt, 2013). Daglig styrning innebär att dagligen utvärdera verksamheten vilket kan göras genom standardiserade möten i verksamheten där såväl ledare som medarbetare involveras för att skapa en gemensam målbild i organisationen (Graban, 2012). Dessa möten ska följa en tydlig agenda ute i verksamheten och utföras med en hög grad av fokus. De bör också hållas på stående fot och inte överskrida fem till tio minuter. För att hålla mötet kort och fokuserat kan det med fördel ske framför en fokustavla där mätetal, avvikelser och förbättringsförslag påvisas. Daglig styrning syftar även till att engagera medarbetarna genom att göra de mer delaktiga.

Engagera och leda medarbetarna i arbetet med ständiga förbättringar

Denna faktor innefattas i det japanska begreppet kaizen som handlar om att ständigt förbättra verksamheten och det standardiserade arbetssättet. En utförlig beskrivning av begreppet och ledarens betydelse i detta arbete finns att tillgå i kapitel 3.7, Ständiga förbättringar.

3.9.3 Att utveckla och träna ledare i en Lean organisation

Ett framgångsrikt leanarbete kräver skickliga ledare (Black & Miller, 2008). Målet är att alla organisationens medlemmar ska ha en grundläggande förståelse för lean och varför det är viktigt så att samtliga kan vara delaktiga i förbättringsarbetet. En förutsättning för att kunna leda arbetet inom lean är att ledaren erhåller kunskap om de principer, processer, metoder och verktyg som innefattas. Ledarna i en lean organisation måste därför utbildas och tränas för att kunna leda, träna och stödja medarbetarna i arbetet mot ständiga förbättringar (Lean Healthcare, 2013). Genom att personer med kompetens inom verksamhetsutveckling och förbättringsarbete utbildar, tränar och stödjer ledare ökar möjligheterna till ett framgångsrikt ledarskap.

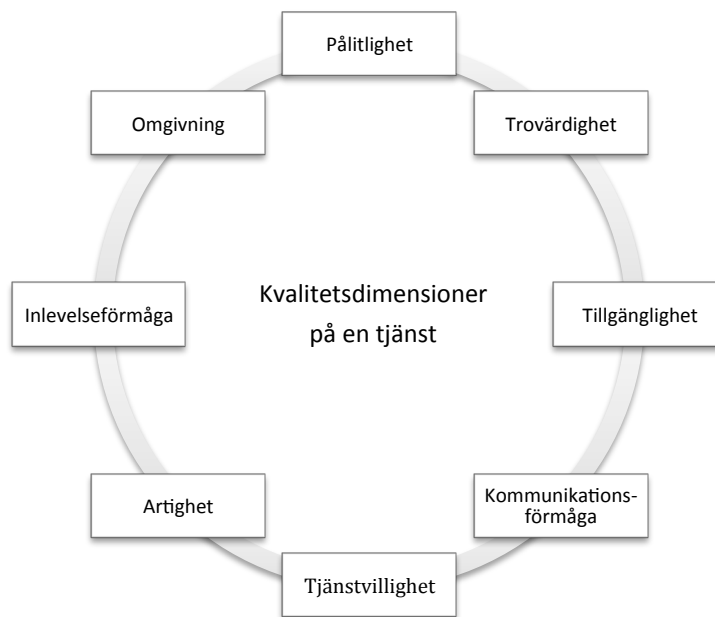
3.10 Patientfokus och vårdkvalitet

Att skapa värde för sina kunder är en central strävan inom lean, detta då kunderna är avgörande för verksamhetens fortsatta existens (Liker & Meier, 2006). Inom sjukvården betraktas, som ovan nämnts, patienten som kund och det kundfokus som finns vid industriella tillämnningar blir inom sjukvården ett patientfokus. Att uppnå ett högt patientvärde måste vara det övergripande målet för all sjukvård och vad som skapar värde måste alltid definieras utifrån patienten (Porter, 2010).

Patientfokuserad vård innebär att alltid sätta patienten i centrum (Inde, 2011). Det arbete som utförs och de beslut som fattas ska alla grunda sig på vad som är bäst för patienten. Att kunna prioritera

utifrån patientens behov förutsätter att det finns en förståelse för vad de behöver och förväntar sig. För att lyckas med detta krävs kunskap om vad som påverkar patienternas upplevelse och hur kvaliteten värderas.

Kvaliteten på en tjänst har flera dimensioner som är avgörande för hur kunden upplever situationen. Olika dimensioner har olika vikt för olika tjänster men spelar tillsammans en avgörande roll för den upplevda kvaliteten. Nedan följer Bergman och Klefsjös (2007) presentation av en tjänsts kvalitetsdimensioner.



Figur 7 Kvalitetsdimensioner på en tjänst, fritt efter Bergman & Klefsjö (2007).

Pålitlighet

Denna dimension innefattar punktlighet och tydlig information till patienter.

Trovärdighet

Dimensionen syftar på tillit och förtroende för vårdleverantören.

Tillgänglighet

Tillgänglighet avser hur lätt det är att få kontakt med vårdleverantören och dess medarbetare.

Kommunikationsförmåga

Kommunikationsförmåga handlar om förmågan att kommunicera med patienter på ett sätt som de förstår.

Tjänstvillighet

Denna dimension innefattar viljan att hjälpa patienter.

Artighet

Artighet innefattar vårdleverantörens uppförande och bemötande av patienter i form av omtanke och vänlighet.

Inlevelseförmåga

Dimensionen avser berörd personals förmåga att leva sig in i patientens situation.

Omgivning

Omgivning innefattar den fysiska miljön där tjänsten utförs, om denna är anpassad efter patienters behov och om rätt utrustning finns att tillgå.

Ovan nämnda kvalitetsdimensioner är viktiga att känna till och ha förståelse kring för att som organisation kunna bedriva en patientfokuserad vård (Bergman & Klefsjö, 2007). Genom att personalen vet vad kunden, i detta fall patienten, värderar och anser är viktigt ökar chanserna att de fokuserar på det som faktiskt skapar värde. En organisation måste förstå sin kund för att kunna tillgodose dess behov och erhålla tillfredsställda kunder.

3.11 Information och kommunikation

Det är av stor vikt att kommunikationen inom en organisation fungerar då en god vård bygger på att information överförs korrekt (Wallin & Thor, 2008). En strukturerad och fungerande kommunikation genererar förståelse och bidrar till att skapa relationer mellan människor och att överföra information. Faktorer som kan försvåra en effektiv kommunikation inom vården är bristen på struktur och standardisering av kommunikationen och oklarheter gällande ansvar för patienten. En ineffektiv muntlig och skriftlig kommunikation mellan vårdpersonal är en bidragande faktor till många av de missnöjen och skador som drabbar patienten (Wallin & Thor, 2008). Det är därav nödvändigt att kommunikationen såväl medarbetare emellan som mellan medarbetare och patienter sker på ett korrekt sätt.

3.11.1 Kommunikation mellan medarbetare och patient

För att skapa en patientnära vård vid mötet med patienten är det viktigt att vårdaren är fokuserad och ser till patientens behov (Inde, 2011). Det är då av stor vikt att vara lyssnande, inkännande och använda nödvändig kunskap. Vårdpersonalen måste ha prioriteringen klar för sig vad gäller vem denne först och främst ska finnas till för, om det är för patienten, chefen eller kollegan. Att ständigt finnas tillgänglig för alla leder till minskat fokus och ökad stress på arbetsplatsen vilket också så småningom leder till tidsbrist för den som var prioriterad (Inde, 2011).

Inde (2011) menar att genom att ge patienten en introduktion till avdelningen och dess rutiner minskar stress och osäkerhet. Hon menar även att det som har störst påverkan på antalet patientringningar är att patienten får se, höra och känna den fysiska närheten av vårdpersonalen och att ringningarna minskar radikalt vid övergången till patientnära vård. Genom att arbeta nära patienterna kan arbetet organiseras mer proaktivt istället för att invänta att patienten ringer på klockan. Något som också främjar kvaliteten på vården är den information som är av betydelse för den specifika patientgruppen. Standardiserade informationsblad säkerställer att alla patienter får samma information samtidigt som det underlättar för vårdaren som delger informationen (Inde, 2011). Hur samtalet utvecklas måste dock individualiseras utifrån den specifika patienten. Information om aktiviteterna på avdelningen som berör patienten och vad patienten själv kan ta ansvar för utifrån sina egna resurser och möjligheter måste också informeras.

I en patientnära vård är ronderna av stor betydelse och en förbättringsåtgärd är att avsätta tid för regelbundna ronder till patienterna. Med regelbundna ronder kan de ständiga avbrotten i vårdarbetet minskas genom att vårdaren arbetar mer förebyggande (Inde, 2011). Ronden bör ske i rimlig tid utifrån både patientens behov och vårdarens övriga prioriteringar i arbetet. Den bör ske så att så få avbrott som möjligt sker i vårdarbetet och anpassas så att effektiviteten på avdelningen

främjas. Att använda sig av mottagningarnas system med bokade tider för patienter även inom slutenvården innebär för patienten mindre väntan och en möjlighet att vara förberedd inför mötet (Inde, 2011).

3.11.2 Kommunikation mellan medarbetare

Personalen får en betydande del av informationen om patienterna skriftligen eller muntligen via kollegor och Inde (2011) menar att även denna information kan vara mer eller mindre patientnära. Det handlar inte bara om vad som sägs utan även om hur det sägs, vilket språk som används, vilka attityder och vilket förhållningssätt som råder gentemot patienterna. Genom att använda patienternas namn i alla sammanhang där det inte ställs krav på sekretess förändras förhållningssättet och patienterna ses som subjekt mer än som objekt. På detta sätt finns vårdaren till för patienten istället för att patienten finns till för vårdaren.

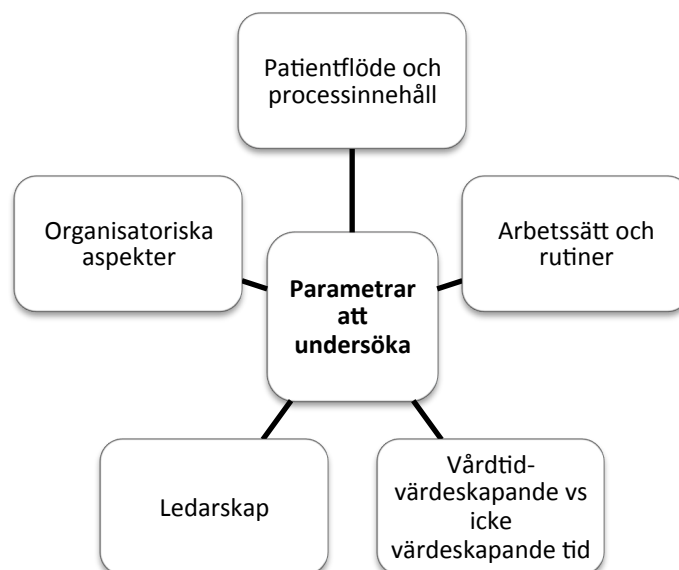
Under senare år har en förändring skett vad gäller skiftöverlämningen på vårdavdelningar i Sverige där en övergång har skett från muntlig till skriftlig överlämning (Inde, 2011). I dagsläget börjar de flesta sina arbetspass med att i datorn läsa in sig på de patienter de kommer att ansvara för i arbetsteamet. Denna typ av rapportering sparar tid både för den som läser och för den som slipper rapportera. För att kunna möta patienternas behov är regelbundna avstämningar inom teamet en förutsättning. En annan fördel med skriftlig överlämning är att rapporten inte färgas av personliga tolkningar om patienterna (Inde, 2011). Den skriftliga överlämningen utesluter inte muntlig kommunikation utan innebär en kortare och effektivare avstämning med avgående arbetslag. Inde (2011) menar att dokumentationen ökar snabbare och utvecklas på ett mer strukturerat sätt med skriftlig överlämning då behovet av grundlig information är mer påtagligt då personalen själv läser sig till den dokumentation de vill ha.

4. Problemformulering

I följande kapitel beskrivs bakgrunden till varför BB-vården på Östra sjukhuset ska analyseras samt vilka parametrar som ska undersökas för att uppnå studiens syfte.

Barnafödandet i Sverige tenderar att öka under närmast kommande år vilket resulterar i en ökad belägningsgrad på Kvinnoklinikerna runt om i landet (Statistiska centralbyrån, 2013). Då barnafödande är en akutverksamhet tillåts inga köer i systemet utan alla patienter tas om hand och erbjuds en plats när behov finns. När systemet är fullt uppstår därmed överbeläggningar och utlokalisering av patienter är numera vanligt förekommande inom vården (Lundberg, 2012). Detta innebär risker både för patienternas säkerhet och för personalens arbetsmiljö. För att inte äventyra vårdkvalitet och arbetsmiljö krävs en förändring.

Eftersom förlossning och eftervård är en del av samma flöde och utgörs av slutenvård påverkas även BB-avdelningarna i samma utsträckning. På Östra sjukhuset har fokus länge legat på förlossningen och BB-vården har i många avseenden blivit eftersatt. Med målet att säkerställa en högkvalitativ vård och ökad tillgänglighet önskar organisationen en kartläggning av patientflödet vid BB-avdelning 310 och 311, ur ett patientperspektiv, för att finna förbättringsmöjligheter. Analysen kommer utgå ifrån en värdeflödeskartläggning av såväl patient- som informationsflödet för att identifiera värdeskapande och icke-värdeskapande aktiviteter för patienten. Detta för att reducera den icke-värdeskapande tiden och därmed frigöra resurser i syfte att öka flödeseffektivitet och vårdkvalitet. Vid analys av vilka faktorer som påverkar tillgänglighet och vårdkvalitet vid BB-avdelningarna anses parametrarna i figur 8 nedan viktiga att undersöka.



Figur 8 Parametrar att undersöka

Patientflöde och processinnehåll

Det är viktigt att kartlägga och analysera processen för att skapa förståelse och kunna undersöka om de ingående aktiviteterna sker på ett optimalt sätt. Det är även viktigt att beakta in- och utflödet samt vilka faktorer som påverkar flödet för att kunna studera om de befintliga resurserna utnyttjas på bästa möjliga sätt.

Arbetsätt och rutiner

Finns det något standardiserat arbetsätt på BB, efterföljs detta i så fall? Det handlar om att studera hur personalen bedriver arbetet på avdelningarna för att kunna identifiera hur det kan förbättras ur ett patientperspektiv. Ett effektivt standardiserat arbetsätt underlättar för personalen och möjliggör frigörande av kapacitet till mer värdeskapande aktiviteter.

Vårdtid - värdeskapande vs icke-värdeskapande tid

Hur påverkar systemets utformning vårdtiden? Det är väsentligt att identifiera vilka aktiviteter som skapar värde för patienterna och vilka som inte gör det. Detta i syfte att kunna minimera eller i bästa fall eliminera slöseri för att skapa ett flöde och system med patienten i fokus.

Ledarskap

Denna parameter är central då förbättringar och framgång startar med ledarskap. Det är därför av stor vikt att studera om ledarskapet fungerar samt stödjer processen och medarbetarnas arbete. Även om denna parameter inte direkt påverkar patientflödet och vårdkvaliteten är det avgörande för att få medarbetarna att arbeta i rätt riktning.

Organisatoriska aspekter

Centralt vid studien är också att undersöka hur väl organisationen stödjer patientflödet och BB-processen. Fungerar informations- och kommunikationsflödet bland medarbetare och ledare i organisationen samt hur ser strukturen ut? Stödjer organisationen en patientnära och patientfokuserad vård?

Det är av stor vikt att säkerställa att studien genererar förbättringsförslag av positiv karaktär för patienterna i form av ökad vårdkvalitet och tillgänglighet. En väsentlig frågeställning att beakta i genomförandet av studien är därför vad de reella överbeläggningarna beror på. Är det friska färdigbehandlade familjer som inte skrivs ut på grund av den interna organisationen handlar det enbart om förbättringsarbete. Ligger patienterna däremot kvar av medicinska orsaker hamnar åtgärderna utanför ramen för denna studie. De parametrar som ska undersökas utgår därmed från hur den interna organisationen kan förbättras för att kunna generera både ökad tillgänglighet och vårdkvalitet.

5. Metod och genomförande

I detta kapitel beskrivs tillvägagångssättet och de metoder som har använts genom studien i syfte att ge läsaren förståelse för hur arbetet har utförts. Genomförandet har innefattat faserna planering, litteraturstudie, insamling av data, analys av data, jämförande analys samt metodreflektion.

5.1 Planering

Studien påbörjades i december 2012 då ett första möte tillsammans med verksamhetschefen på Kvinnokliniken och handledaren på Chalmers tekniska högskola ägde rum. På mötet diskuterades studiens syfte och frågeställning utifrån klinikens behov vilken senare följdes upp i januari 2013 då arbetet tog sin början. Vårdenhetschefen på normal-BB utsågs till kontaktperson varför nästa steg var att kontakta denne för vidare information och planering.

Ett flertal möten hölls med såväl projektledare, vårdenhetschef som verksamhetsutvecklare för att få en bild av och lära känna BB-avdelningen på Östra sjukhuset. Mötena tillsammans med en rundvandring och presentation på avdelningarna skapade en första förståelse för verksamheten.

Studiens upplägg i form av att kartlägga verksamheten, analysera den för att finna problemområden och ge förslag på hur dessa kan lösas innebär en djupare analys av en social miljö, varför en kvalitativ metod är att föredra (Denscombe, 2009). Den kvalitativa forskningen försöker på djupet beskriva hur, vad och varför saker och ting sker och tolka utifrån dess kontext och sammanhang. Kvantitativa data användes i detta fall som stöd för att underbygga den kvalitativa analysen.

5.2 Litteraturstudie

Litteratursökningen har genomförts kontinuerligt under studien, dock mest fokuserat i startskedet i syfte att erhålla en god kunskapsbas inför insamlingen av data. Litteraturstudien har innefattat att inhämta kunskap om såväl Lean inom sjukvården och vilka anpassningar som krävs i vården som övrig litteratur vilken påvisar förbättringar i vården i syfte att höja vårdkvalitet och tillgänglighet.

Vid införskaffandet av relevant litteratur har sökningen främst skett i Chalmers biblioteks databas ProQuest genom sökmotorn Summon och via förslag på litteratur från handledaren på Chalmers. Exempel på sökord som används i databasen är "Lean Healthcare" och "Value Stream Mapping". Viss litteratur och tips på litteratur har även erhållits från Lean forums konferens inom Lean Healthcare och handledaren på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Under studiens gång har dessutom litteratur från tidigare kurser används. Denna litteratur riktar sig främst mot produktion i tillverkande företag men många metoder och tankesätt har via anpassning visat sig vara tillämpbara även inom sjukvården. Bland denna litteratur har Liker och Meiers bok "The Toyota Way – Fieldbook" varit central då Toyotas produktionssystem ligger till grund för det som idag kallas Lean Production (Liker & Meier, 2006). För att säkerställa tillförlitligheten på litteraturen har informationen sedan analyserats och värderats där endast litteratur av vetenskaplig karaktär har använts.

5.3 Insamling av data

Vid studien användes såväl primärdata som sekundärdata. Primärdata samlades huvudsakligen in genom observationer, samtal och intervjuer. Sekundärdata, information insamlad för annat ändamål, bestod i detta fall av redan befintlig statistik för enheten och resultat av patientenkäter från tidigare

år. De valda metoderna för insamling av data förväntades generera en tillförlitlig helhetsförståelse för verksamheten.

5.3.1 Observationer

Insamling av primärdata har under studien i första hand skett genom observationer i verksamheten. Då studien är av sådan karaktär att en hög systemkännedom är viktigt lades inledningsvis mycket tid till observationer för att få en god förståelse för verksamheten utifrån olika perspektiv.

Majoriteten av observationerna genomfördes på BB-avdelningarna, men för att förstå helheten har även förlossningen och återbesöksmottagningen, Storken, observerats. Tillfällen för observation måste väljas med omsorg för att förhindra en snedvridning och för att garantera ett representativt urval av det som observeras (Denscombe, 2009). För att erhålla en helhetsbild av verksamheten genomfördes därför observationerna under dags-, kvälls- och nattpass olika dagar under veckan samt med såväl barnmorskor som barn-/undersköterskor. Störst fokus lades dock på dagspassen då de innefattar fler aktiviteter och därmed genererar mest kunskap och förståelse. Avsikten med att utföra observationer under dygnets alla timmar och med olika personer var att erhålla en bild av hur arbetsuppgifter och arbetsbelastning skiljer sig åt mellan olika timmar på dygnet och, eftersom det är ett relativt individuellt och fritt arbete, hur arbetet skiljer sig från person till person. Tiden för observation uppgick totalt till 110 timmar och fördelningen mellan passen och de olika avdelningarna kan ses i tabell 1 nedan.

Tabell 1 Tider för observation

	BB	Förlossning	Storken
Dag	48 timmar	10 timmar	16 timmar
Kväll	16 timmar		(ingen verksamhet)
Natt	20 timmar		(ingen verksamhet)

Under en observation på BB följdes en barnmorska alternativt barn-/undersköterska under ett arbetspass för att se hur de arbetar, vilka aktiviteter familjerna genomgår och för att få förståelse för processen. Observationerna på förlossningen syftade främst till att påvisa patienternas in- och framförallt utflöde från avdelningen och få en övergripande förståelse för vilka faktorer som påverkar arbetet och patientflödet. På Storkenmottagningen erhöles en förståelse för hur familjernas tillstånd följs upp och en uppfattning om patientens sista steg i kedjan innan barnavårdscentralen, BVC, tar över.

Det konstaterades relativt snabbt att tiden för observation var tillräcklig för att förstå verksamheten. Detta för att processtegen återkommer för alla familjer och att det under ett arbetspass ges möjlighet att följa familjer på olika stadier i processen. Däremot åtgick en hel del tid till att sätta sig in i och förstå organisationen som visade sig vara relativt komplex. Detta åstadkoms genom upprepade samtal och diskussioner med såväl chefer som övrig personal.

Observationerna var till sin karaktär passiva, det vill säga att observatörerna höll låg profil, för att inte störa personalens ordinarie arbete och få dem att känna sig iakttagna eller på annat sätt obekväma. För att minimera risken för att skapa en obekväm situation, såväl gentemot patienterna som personalen fördes heller inga anteckningar under observationerna. Av samma anledning var det av stor vikt att inför observationerna poängtera att det var verksamheten i sin helhet som skulle observeras och inte de enskildas prestationer.

5.3.2 Samtal

Vid observationerna gavs tillfällen till samtal och öppna diskussioner med de anställda på avdelningarna, vilket gav en djupare förståelse för verksamheten och det dagliga arbetet. Samtalens längd och innehåll varierade beroende på person och tid och hölls löpande under arbetspassen, såväl under raster som under arbetets gång, allt eftersom frågor och funderingar dök upp. Genom att ha en öppen dialog med personalen för att ta del av deras erfarenheter ökade tillgången till data. Fördelen med samtalen och de öppna diskussionerna upplevdes vara att de skedde spontant och att händelser som uppstått under observationerna kunde diskuteras med snabb återkoppling. Då de anställda i ett flertal fall visade sig ha olika uppfattning om arbetet på avdelningarna ansågs det tidigt värdefullt att ta del av så många tolkningar som möjligt.

Under samtalen och diskussionerna eftersträvades en avslappnad stämning och goda relationer eftersom detta förväntas höja datakvaliteten. För att främja detta undveks antecknande i samband med samtalen och ordval samt framtoning anpassades utifrån situationen. Då studiens karaktär i stor utsträckning skiljer sig från vad de anställda är vana vid och att det lätt skapas en misstänksamhet, blev det snabbt uppenbart att detta var av stor vikt. En vanlig kommentar bland vårdpersonal är "vi arbetar inte med bilar utan med människor".

Samtal har även förts med personal inom sjukvården utan anknytning till BB-avdelningarna på Östra sjukhuset. Dessa skedde i huvudsak under Lean Healthcare konferensen i Stockholm den 13-14 mars och vid de externa studiebesöken som beskrivs mer ingående nedan. Syftet med de externa samtalen var att få insyn i liknande verksamheter samt en djupare förståelse för vården och förbättringsarbete inom denna sektor. Informationen har varit till hjälp vid utformandet av förbättringsförslagen.

5.3.3 Intervjuer

Under studiens gång genomfördes enskilda intervjuer med personal på olika nivåer i organisationen i syfte att få förståelse för hur olika individer och yrkesgrupper upplever verksamheten och på så sätt skapa en samlad bild utifrån olika perspektiv och uppfattningar. Intervjuerna var semistrukturerade och intervjuerna hade därmed förberett ett antal ämnen med tillhörande frågor som skulle behandlas (Denscombe, 2009). Ordningföljden anpassades sedan efter konversationen för att låta intervjupersonen utveckla sina svar och tala mer utförligt kring de ämnen som togs upp.

De första intervjuerna hölls med tre barnmorskor och två barn-/undersköterskor i syfte att höra och förstå deras versioner och se hur väl de överensstämmer med uppfattningen som skapades genom observationerna. Önskemålet som gavs till vårdenhetschefen var att intervjupersonerna skulle arbeta på olika skift, vara i olika åldrar och ha olika lång erfarenhet av arbetet. Då intervjuerna endast kunde ske på eftermiddagen vid överlappet mellan dag- och kvällsskiftet fick en anpassning göras, men i största möjliga mån försöktes önskemålet tillgodoses. Intervjufrågorna innefattade områden som ledarskap, arbets sätt, kommunikation, förbättringsarbete samt beläggning och kapacitet. Frågor som

diskuterades kan ses i bilaga 2. Resultatet av intervjuerna användes för att styrka observationerna och sedan som stöd vid beskrivning av nuläget på avdelningarna samt vid framtagande av förbättringsförslagen.

Intervjuer hölls även med vårdenhetschefen på BB-avdelningarna, verksamhetschefen över obstetrik och projektledaren på BB. Syftet med dessa intervjuer var att erhålla deras uppfattning kring verksamheten och få en bild av likheter och skillnader i olika yrkesgruppers uppfattning. Dessa intervjufrågor innefattade utöver frågor kring ledarskap, kommunikation och arbetssätt mer övergripande organisationsfrågor gällande personalplanering, uppdelning och beslutsfattande. Frågor som diskuterades kan ses i bilaga 3.

Den valda intervjumetodiken grundar sig på Kvaless et al. (2009) teorier där de poängterar vikten av att förklara studiens syfte innan intervjun börjar och att intervjuaren ska lyssna uppmärksamt genom att visa intresse, förståelse och respekt för intervjupersonen så att denne känner förtroende, vågar öppna sig och tala fritt. Vid utförandet av intervjuerna upplevdes att medarbetarna var väldigt öppna och ville dela med sig av sina erfarenheter. Observationerna och samtalen med öppna diskussioner genomfördes även innan intervjuerna påbörjades för att erhålla kunskap och förberedelse kring ämnet. Intervjuerna hade ett hypotesprövande syfte där öppna men liknande huvudfrågor formulerades, strukturerades och standardiserades så att jämförelser mellan de olika grupperna skulle kunna göras (Kvale, et al., 2009).

Intervjuerna genomfördes av båda projektmedlemmarna med förutbestämda roller där den ena styrde intervjun och säkerställde att intervjumallens frågor besvarades medan den andra ansvarade för att anteckna med möjlighet att ställa kompletterande frågor.

5.3.4 Sekundärdata

Under studien har sekundärdata, främst av kvantitativ karaktär, används för att skapa ytterligare förståelse kring verksamheten. Dels innefattade sekundärdatat statistik över bland annat vårdtider, antal förlossningar, typ av förlossning och dels frågor och svar från patientenkäter. Statistiken och enkäterna erhöles av verksamhetsutvecklaren och vårdenhetschefen över avdelning 310 och 311 och har används vid beskrivning av nuläget på avdelningarna och som stöd vid framtagning av förbättringsförslagen.

Enkäterna behandlar i delen kring BB-tiden frågor som nöjdhet angående bemötande, stöd vid amning och trygghet vid hemgång. Frågorna är av olika karaktär, dels med gradering och dels öppna frågor som kräver mer beskrivande svar. Då studien avser att öka vårdkvaliteten har enkäterna noga analyserats för att finna förslag till förbättringar som överensstämmer med patienternas önskemål för att säkerställa att de skapar patientvärde.

5.4 Analys av data

Efter att observationer, samtal och intervjuer genomförts sammanställdes dessa för att utfallet sedan skulle kunna utvärderas. Då det inte fördes några anteckningar under observationerna och samtalen skedde detta i efterhand för att inte riskera att gå miste om viktig information. Det uppstod vid informationsåtergivningen mellan observatörerna mycket diskussioner och data analyserades därmed parallellt med insamlingen. Även sekundärdatat analyserades och sammanställdes för utvärdering. Patientenkäterna samlades in och analyserades i ett tidigt skede för att under observationerna ha de aspekter som framkommit i åtanke. Genom detta tillvägagångssätt skapades

en uppfattning kring vad familjerna förväntar sig av BB-vården vilket underlättade analysen av observationerna.

Dataanalysens syfte var att med hjälp av den insamlade informationen utforma en verksamhetsbeskrivning, finna problemområden och förslag till förbättringar i verksamheten. Analysen av sammanställningen tillsammans med den kunskap och de idéer som erhållits via den jämförande analysen har tillsammans med litteraturen legat till grund för hur förslag till förbättringar har utformats. Förbättringsförslagen har tagit utgångspunkt i leankonceptet för att finna lösningar som ökar vårdkvaliteten och tillgängligheten på BB-avdelningarna.

5.5 Jämförande analys

Under studien gavs möjligheten att medverka i Lean Forums Lean Healthcare konferens på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm den 13-14 mars där årets tema var "ledarskapets roll i förbättringsarbetet". Konferensen innehöll föreläsningar och workshoppar med avsikt att ge inspiration och påvisa framgångsrika resultat. Den valda workshopen benämndes "chefen leder flödesarbetet på Karolinska" och syftade till att ge kunskap och förståelse kring hur Karolinskas chefer tränas att självständigt leda, träna och stödja medarbetarna i arbetet med ständiga förbättringar. Halva delen av dag två utgjordes av parallella spår där inriktning valdes till Lean inom kvinnosjukvård och psykiatri och andra halvan var föreläsningar av olika karaktär som i huvudsak visade på förbättringsarbete i olika typer av vårdverksamheter. Konferensen gav inspiration och nya idéer till förbättringar i verksamheten och har varit ett stöd vid utvecklandet av förslag till förändringarna. Materialet som tillhandahölls har även använts för att styrka förbättringsförslagen som redovisas i rapporten.

När tillräcklig kunskap och förståelse skapats för verksamheten genomfördes ett besök på Danderyds Hotell-BB i Stockholm för att undersöka hur de bedriver sin verksamhet och arbetar med förbättringar. Besöket syftade till att ge inspiration och nya idéer kring hur BB-vård kan organiseras och bedrivas. Samtal utfördes med en erfaren barnmorska, som även till stor del drivit förbättringsarbetet, och en guidad tur erhöles på Hotell-BB och angränsande avdelningar. De har på Hotell-BB sedan 2008 arbetat med att förbättra avdelningens verksamhet med utgångspunkt i leanprinciperna och verksamheten med konceptet Hotell-BB skiljer sig därmed i hög grad från hur arbetet bedrivs på Östra sjukhusets BB-avdelningar. Besöket har varit ett stöd vid utformningen av de förbättringsförslag som presenteras i rapporten och ett sätt att styrka dem.

Ett besök genomfördes även på Mölndals BB-avdelning vilken tillhör Sahlgrenska Universitetssjukhuset men ändå skiljer sig en del från hur arbetet bedrivs på Östra Sjukhuset. Även på detta studiebesök hölls samtal, denna gång med två barnmorskor, och en rundtur erhöles på såväl BB-avdelning som förlossning och Storkenmottagning. Personalen på Mölndal har börjat arbeta med förbättringar och bland annat tillsammans arbetat fram en BB-handbok för att underlätta i arbetet och kunna erbjuda likvärdig vård till patienterna. Syftet med besöket var alltså att ge ytterligare indata och se hur de olika verksamheterna skiljer sig åt inom samma organisation.

För att erhålla ytterligare inspiration och idéer kring hur BB-vård kan organiseras och bedrivas besöktes även Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS, i Borås. BB-enheten i Borås består av BB vård, BB hotell, BB öppenvård och amningsmottagning. Samtal hölls med vårdenhetschefen för BB och en sektionsledare tillika erfaren barnmorska. Efter det genomfördes en rundvandring på BB vård och BB hotell. Även detta besök syftade till att vara ett stöd vid utformningen och att styrka

förbättringsförslagen som redovisas i rapporten. De har på SÄS sedan 2004 arbetat utifrån konceptet med BB hotell, vilket visade sig ha flera likheter med konceptet på Danderyd. Besöket har liksom de ovan nämnda varit ett medel för att påvisa framgångsrika resultat.

5.6 Metodreflektion

För att kunna säkerställa studiens värde och tillförlitlighet är det av stor vikt att reflektera över den valda metodiken. Centrala begrepp att beakta vid en metodreflektion är reliabilitet, validitet och generaliserbarhet, vars innebörd beskrivs nedan.

- *Reliabilitet*
Begreppet reliabilitet innebär den noggrannhet och säkerhet som kan uppnås med de mätmetoder som används, det vill säga mätinstrumentets pålitlighet (Carlsson, 1990). En hög reliabilitet innebär att resultatet inte ska ge slumpmässiga fel och att det blir detsamma om studien upprepas under liknande eller samma förhållanden (Wallén, 1996).
- *Validitet*
Validitet handlar om huruvida den valda mätmetoden mäter det som är avsett att mäta (Carlsson, 1990). Ett resultat med god validitet påverkas inte av andra faktorer och ska inte ge några systematiska fel (Wallén, 1996). Begreppet innebär även att de värden som erhålls med den valda mätmetoden i hög grad stämmer överens med resultatet från en annan mätning av ett annat mätinstrument (Carlsson, 1990).
- *Generaliserbarhet*
Generaliserbarheten behandlar studiens överförbarhet, det vill säga huruvida studiens slutsatser kan överföras till liknande situationer (Jacobsson, 2010).

I den genomförda studien och egentligen i all verksamhetsgranskning finns en rad inbyggda risker som kan påverka utfallet i viss utsträckning. För att minimera denna risk samlades data in via metoder av olika karaktär i form av observationer, samtal och intervjuer för att kunna jämföra och bekräfta utfallets tillförlitlighet. Observationer är ett bra komplement till samtal och intervjuer då dessa ger möjlighet att direkt registrera vad människor gör och inte vad de säger att de gör (Denscombe, 2009). Det valda tillvägagångssättet förväntades öka såväl validiteten som reliabiliteten för den genomförda studien.

Vad gäller resultatet av observationerna bör det tas i beaktande att observationer i sig kan bidra till att arbetet bedrivs med en större eftertanke då personalen är medvetna om att deras arbete studeras. Det kan i detta fall handla om en större benägenhet att ta sig tid och ge tydlig information samt påvisa en större hjälpsamhet eller ett vänligt bemötande. Det finns därmed en risk att observationerna inte ger en fullständigt korrekt bild av verkligheten men ett försök har gjorts att minimera denna genom att observera olika personer och framhäva att det framförallt var systemets utformning som studerades. Det faktum att båda observatörerna noterat närmast identiska data ökar resultatets tillförlitlighet (Denscombe, 2009). Att observationerna har genomförts med olika personer under olika skift anses även öka validiteten på utfallet.

Vid intervjuer finns det alltid en risk att personen som intervjuas ger svar som denne tror förväntas av intervjuaren (Denscombe, 2009). Ett försök att minimera denna risk genomfördes med hjälp av Kvale och Brinkmanns (2009) teorier kring hur ett bra intervjuklimat skapas. Ett ytterligare försök till att erhålla utförliga och ärliga svar var att inte använda bandspelare vid intervjuerna då detta kan

hämna den intervjuade (Denscombe, 2009). Då liknande frågeställningar diskuterades vid samtalen av mer avslappnad karaktär fungerade dessa som ett komplement till intervjuerna och genom en jämförelse kunde sedan resultatets tillförlitlighet säkerställas och validiteten därmed ökas. Det ansågs även positivt att båda observatörerna medverkade vid intervjuerna för att garantera att all information tillvaratogs och för att undvika en subjektiv bedömning.

För att erhålla objektivitet i analysen av utfallet från de olika metoderna har de jämförts såväl med varandra som med befintlig statistik från patientenkäter. Genom att undersöka om informationen som genererats från de olika insamlingsmetoderna överensstämmer uppnås ökad validitet vid studien. Många antaganden som framkommit under observationerna bekräftades av personalen vid såväl samtal som intervjuer, vilket styrker studiens tillförlitlighet.

God validitet och reliabilitet är en förutsättning för att resultatet av en studie ska kunna generaliseras och därmed appliceras i verksamheter utöver den undersökta (Gunnarsson, 2002). Då den genomförda studien påvisar dessa aspekter och har ett generellt förhållningssätt utifrån den givna situationen anses den i stor utsträckning vara generaliserbar.

6. Resultat och analys

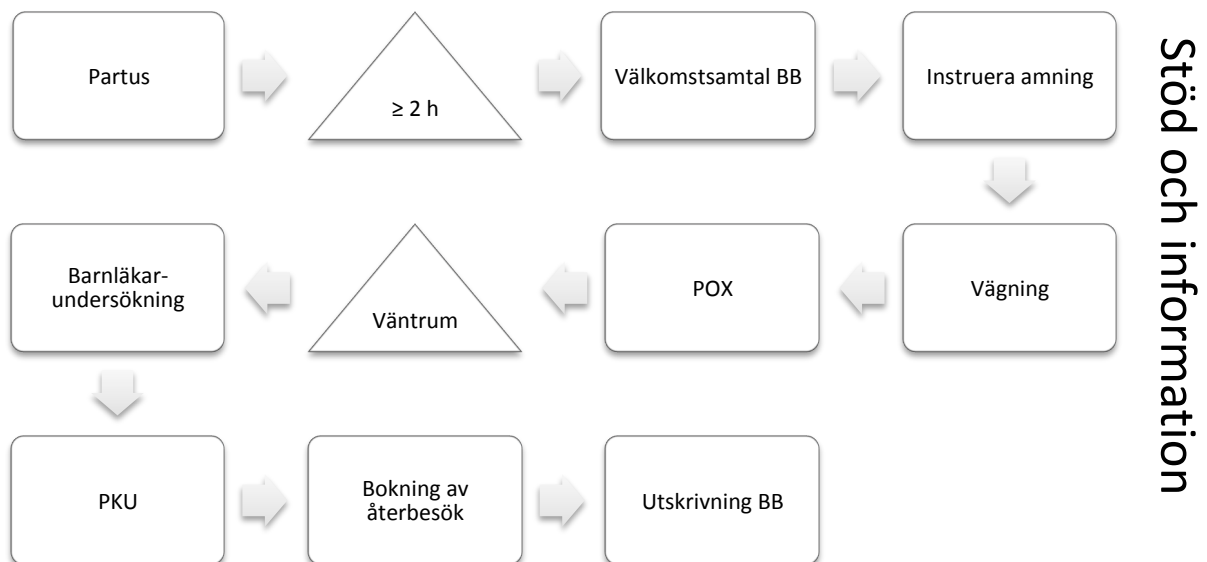
I följande kapitel presenteras det resultat som genererats under studien. Empirin kommer sedan analyseras med utgångspunkt i den ovan presenterade teorin för att identifiera problemområden och orsaker till dessa. Analysen av resultatet kommer sedan ligga till grund för de förbättringsförslag som arbetas fram.

6.1 Patientflöde

Tidigt under studien konstaterades att patientgruppen som vårdas på normal-BB innefattar stor variation. Patienterna är förlösta på olika sätt och har olika typer av komplikationer från förlossningen. Andel patienter som förlöstes med kejsarsnitt, såväl akuta som planerade, och eftervårdades på normal-BB uppgick år 2012 till 14 procent. Komplikationer som förekommer på avdelningarna är exempelvis blödningar, sfinkterrupturer som är en spricka mellan vaginan och ändtarmsöppningen och klipp som är ett sätt att utvidga vaginan vid barnafödandet. Den stora variationen är ett resultat av att det inte finns några egentliga riktlinjer för vilka patienter som vårdas på avdelningen. De familjer som inte behöver vården på special-BB hamnar alltså på normal-BB. För att kunna bedriva en patientfokuserad och effektiv vård bör variationen i den mån det är möjligt reduceras.

6.1.1 Processkartläggning

Under processkartläggningen av patientflödet på BB-avdelning 310 och 311 identifierades att patientflödet ser olika ut beroende på uppkomna komplikationer och hur patienterna är förlösta. Ett flöde kan dock urskiljas som standardflöde vilket alla patientgrupper genomgår, detta flöde presenteras i figur 9 och beskrivs i korthet nedan för att ge läsaren en första förståelse för BB-processen. De olika processtegen behandlas och analyseras sedan vidare längre fram i resultatet.



Figur 9 Patientflödet på BB

Det första steget i processen är barnets födelse, partus, vilket sker på förlossningsavdelningen. Innan familjen förflyttas till eftervårdsavdelningen, BB, ligger de kvar på förlossningen minst två timmar för att undersökas och säkerställa att allt står rätt till med mamma och barn. Vanligtvis sker

överlämningen mellan avdelningarna genom att barnmorskan som medverkat under förlossningen ringer upp till någon av BB-avdelningarna för att rapportera in den nya familjen. Därefter följer den barnmorskan alternativt barn-/undersköterskan som varit med vid förlossningen familjen till BB och installerar dem på det aktuella rummet. Familjen får en kortare genomgång av exempelvis hur de kan tillkalla hjälp och var toalett och dusch finns. Familjen får även information om att barnmorskan på BB tar över och inom kort ankommer med ytterligare information. När förlossningspersonalen installerat familjen på rummet ska de gå in på BB-expeditionen för att skriva in patienten på en patienttavla. Vid observationer har det dock uppmärksammats att detta inte alltid utförs och att det kan dröja lång tid innan BB-personalen anländer till den nya familjen. Då förlossningspersonalen har mycket att göra kan förflyttningen även ske genom att en barnmorska alternativt barn-/undersköterska från BB hämtar familjen på förlossningen och följer dem till det nya rummet.

När tid finns besöker personal på BB den nyanlända familjen för allmän information kring BB-tiden och familjens närmsta tid efter förlossningen. Familjen får även möjlighet att ställa frågor angående bland annat barnet, förlossningen och amningen. Det har påvisats att informationen är olika omfattande och att tiden till frågor varierar beroende på hur stressad personalen är.

I ett tidigt skede av BB-vistelsen stämmer barnmorskan alternativt barn-/undersköterskan av hur amningen fungerar. Vid behov ber denne familjen att ringa på klockan nästa gång barnet vill äta så att de kan kontrollera barnets grepp och visa olika amningsställningar och metoder.

Vid lämplig tid under vårdtiden och innan barnläkarundersökningen utförs en undersökning av syremättnaden i blodet, POX-screening, och en vikt tas på barnet. Undersökningen genomförs oftast av ansvarig barn-/undersköterska. Alla barn blir innan familjen lämnar BB undersökta av en läkare som bland annat kontrollerar blåsljud, syn, reflexer och leder. Barnläkarundersökningen får enligt sjukhusets riktlinjer ske tidigast tolv timmar efter barnets födsel. Läkaren ankommer en gång per dag, på förmiddagen, och utför undersökningar på de barn som förväntas åka hem under dagen. För familjer som väljer att åka hem redan sex timmar efter förlossningen, så kallad tidig hemgång, tillkallas en barnläkare till förlossningen för undersökning av barnet. Då undersökningen därmed sker tidigare än tolv timmar efter partus måste en ny barnläkarundersökning utföras på barnet vid återbesöket.

När barnläkaren ankommer till avdelningarna informeras de familjer som förväntas åka hem inom det närmsta dygnet om att läkaren är på plats och att de ska bege sig till uppehållsrummet för att vänta på sin tur. Vid undersökningen förklarar läkaren vilka undersökningar som ska utföras och familjen tillsammans med en barnmorska alternativt barn-/undersköterska är med under hela undersökningen. Om läkaren identifierar någon avvikelse på barnet skickas en remiss för vidare utredning.

På alla nyfödda barn i Sverige tas ett blodprov i syfte att utesluta vissa sjukdomar, ett så kallat PKU-prov. Sjukdomarna är ovanliga och måste upptäckas i ett tidigt stadium för att möjliggöra snabb behandling. Provet får tas tidigast 48 timmar efter barnets födelse och skall tas inom sju dagar. Om familjen stannar längre än 48 timmar tas provet oftast på plats på BB och ansvarig barnmorska utför då blodprovet inne på familjens rum. Oftast tas PKU-provet i ett blodkärl på handryggen och för att barnet ska känna så liten smärta som möjligt utförs provet när barnet ammas eller är nymatat. Har familjen lämnat BB innan barnet är 48 timmar görs PKU-provet på återbesöket på Storkenmottagningen.

När familjen känner sig redo för att åka hem och barnmorskan godkänner hemgången bokas en tid för återbesök. Återbesöket syftar till att följa upp att allt står rätt till med mamma och barn och familjen har möjlighet att ställa frågor som uppkommit efter hemgång. Familjen får en lapp med den bokade tiden och barnmorskan alternativt barn-/undersköterskan informerar om tiden efter BB, förutsatt att detta inte gjorts tidigare. Även denna information varierar med person och tid. Familjen skrivs ut från BB när de lämnar avdelningen och en barn-/undersköterska städar och förbereder rummet för nästkommande familj när tid finns.

Kontinuerligt under vårdtiden ges familjen stöd och information kring allt ifrån barnskötsel, föräldraskap och amning till kvinnans smärtor och upplevelse. Intervjuer och enkäter har dock vittnat om att denna information många gånger inte är tillräcklig.

6.1.2 Felplacerade patienter

Under observationerna på avdelningarna har det visat sig att patientrummen på BB ibland tas upp av patienter som egentligen inte är i behov av den vård som erbjuds på BB. I de fall då barnet måste vårdas på neonatalavdelningen och det inte finns plats för mor och partner på denna avdelning ges de en plats på BB. När mamman är färdigbehandlad på BB och barnet fortfarande behandlas på neonatalavdelningen ligger hon många gånger kvar på BB. Detta fenomen bidrar till att rummet inte finns tillgängligt för nyförlösta mammor och barn och att flödet stoppas upp. Det har även visat sig att vissa av dessa patienter tar upp en stor del av barnmorskans alternativt barn-/undersköterskans tid även om de är färdigbehandlade.

Det förekommer dessutom att patienter från förlossningen som inväntar ett aktivt förlossningsarbete alternativt behöver vila innan förlossningen tar fart ges en plats på BB. Detta innebär att de liksom mödrarna med barn på neonatalavdelningen bidrar till ökad variation och stör flödet.

Det har under intervjuer med både medarbetare och ledare framkommit att vårdtyngden på normal-BB har ökat de senaste åren. De menar att de barn som egentligen bör vårdas på neonatalavdelningen ankommer till normal-BB på grund av platsbrist på neonatal. Patienterna med ökad vårdtyngd kräver mer vård från personalen vilket leder till att de "normala" patienterna många gånger blir åsidosatta och inte ges den vård och information som BB-vården ska innefatta. Resultatet kan bli att dessa familjer skickas på återbesök till Storckenmottagningen för uppföljning istället för att de vårdas färdigt på BB. Vissa av familjerna hade troligtvis inte behövt komma på återbesök och uppföljningen blir i dessa fall ett överarbete som inte skapar ytterligare värde för patienten.

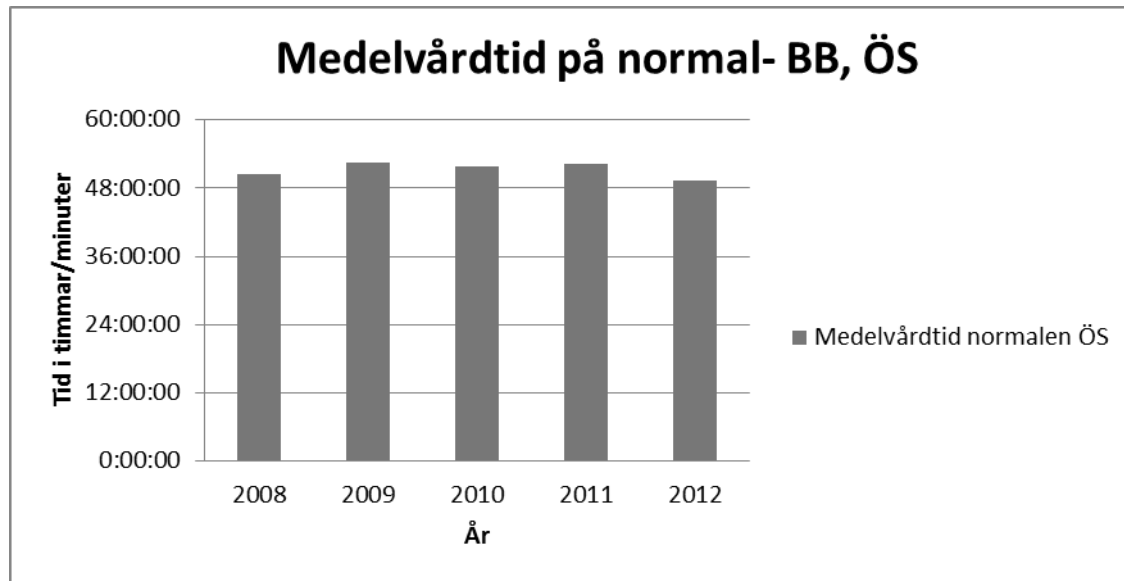
6.2 Vårdtid

Tiden från partus tills det att familjen skrivs ut från någon av de två eftervårdsavdelningarna är att betrakta som enhetens vårdtid, genomloppstid, på BB. Anledningen till att vårdtiden på BB börjar redan vid partus på förlossningen är att det i dagsläget inte registreras när överflyttningen sker. Barnet skrivs i dagsläget inte in i systemet, om det inte kräver extra vård, utan anses tillhöra mamman. Inskrivning av modern sker på förlossningen när hon anländer och hon förflyttas sedan endast internt inom systemet och skrivs slutligen ut från BB.

Vårdtiden för familjerna varierar kraftigt beroende på deras egna önskemål, tidigare erfarenheter, tillstånd samt hur kapacitet och beläggning ser ut på avdelningarna. Efter en vaginal förlossning får familjerna som tidigast åka hem sex timmar efter förlossningen förutsatt att inga komplikationer tillstött och att mamma respektive barn mår bra. Då förlossningen skett med kejsarsnitt är vårdtiden

längre och familjerna kan åka hem först efter 24 timmar, då mammans kateter avlägsnats. Personalens generella uppfattning om vårdtiden är, utifrån intervjuer och samtal, att en förstföderska efter en vaginal förlossning vanligtvis befinner sig på BB under två till tre dygn medan en omföderska vanligtvis åker hem efter ett till två dygn. Då förlossningen skett med kejsarsnitt stannar familjen vanligtvis tre dygn.

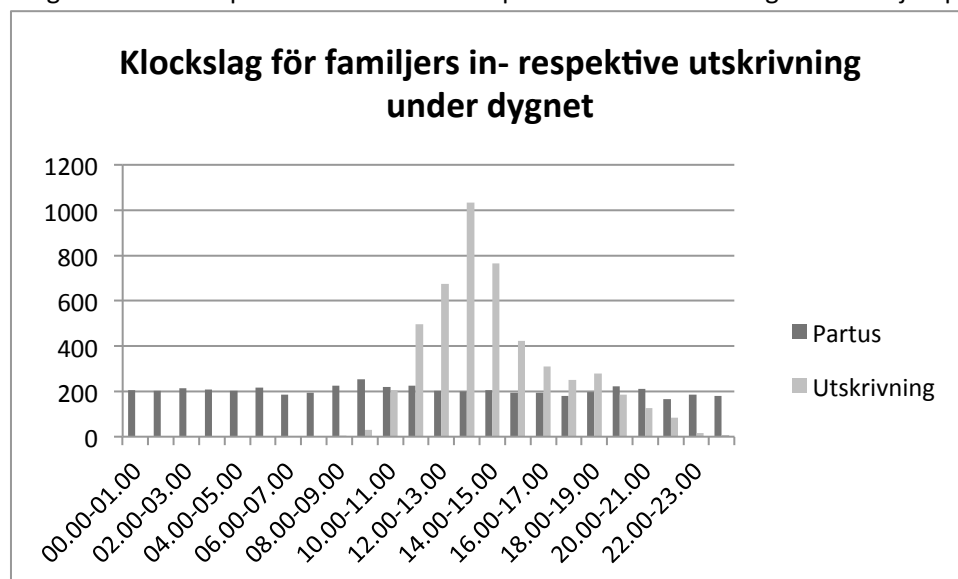
Under år 2012 uppgick medelvårdtiden på normal BB, vid Östra sjukhuset till drygt 49 timmar med en variation mellan sex och 301 timmar. Medianvärdet för vårdtiden uppgick samma år till drygt 44 timmar. Över tid har vårdtiden på avdelningarna varit relativt konstant utan någon tydlig trend. Detta kan ses i figur 10 nedan, där medelvårdtiden på normal-BB under de senaste fem åren presenteras.



Figur 10 Medelvårdtid på normal-BB, Östra sjukhuset

Utifrån såväl observationer som samtal och intervjuer har det framkommit att barnmorskorna anser att vårdtiden idag är väldigt kort, kortare än någonsin tidigare, och att många familjer upplevs stressade att lämna BB. De menar att det är viktigt att familjerna hinner återhämta sig och känner sig trygga inför hemfärd och de poängterar även i stor utsträckning detta för föräldrarna. Om denna framtoning påverkar vårdtiderna negativt är mycket svårt att uttala sig om. Givetvis finns det familjer där det är befogat, men även fall där det upplevs skapa en osäkerhet bland föräldrarna. Att ha patienten i fokus är oerhört viktigt men konsekvensen kan bli att barnmorskorna använder sig av en något för stor säkerhetsmarginal.

I figur 11 nedan presenteras tider för partus och utskrivning för familjer på BB under år 2012.



Figur 11 Klockslag för familjers in- respektive utskrivning under dygnet

Befintliga rutiner för inskrivning medför en avsaknad av statistik över familjernas faktiska ankomsttider till BB men i och med att familjerna i de allra flesta fall förflyttas till BB några timmar efter barnets födelse ger tiderna för partus en uppfattning om inflödet. Ur diagrammet kan det utläsas att patienter i genomsnitt ankommer till BB relativt jämnt fördelat över dygnets timmar, givetvis med stor inbördes variation, samtidigt som majoriteten av utskrivningarna sker efter lunchtid. Detta förklarar det faktum att avdelningarna ofta är överbelagda på förmiddagarna och kring lunchtid. Det förekommer i många fall att patienter som är färdigbehandlade på förlossningen tvingas vänta på en ledig sängplats på BB. Sammantaget medför de osynkroniserade in- respektive utskrivningarna en ojämn arbetsbelastning för personalen med en arbetstopp kring och strax efter lunchtid, då personalstyrkan dessutom minskar något i och med lunchrast.

6.2.1 Värdeskapande och icke-värdeskapande tid för familjerna

Under studien har det uppstått en svårighet i att identifiera vilken tid som är värdeskapande respektive icke-värdeskapande för familjerna. Anledningen till detta är att tid som vid första anblicken uppfattas som väntan utgör tid för återhämtning, vilket är ett av BB-vårdens syften, och därmed ändå är värdeskapande för familjerna. Detta medför att den värdeskapande tiden för patienterna upplevs vara förhållandevis hög, eftersom de själva till stor del avgör när de önskar lämna och därmed när vårdtiden inte längre upplevs värdeskapande. Tiden från det att familjen vill åka hem till dess att de är utskrivningsklara är dock icke-värdeskapande och orsakas av brister i den interna organisationen.

Den tid som väldigt tydligt är värdeskapande för familjerna är tid för undersökning, behandling, information och råd, alltså tid då de är i direktkontakt med en barnmorska alternativt barn-/undersköterska eller läkare. Utöver detta kan som ovan nämnts även annan tid betraktas som värdeskapande. Tid som däremot har identifierats som icke-värdeskapande är exempelvis den väntetid som uppstår innan läkarbesöket då familjerna sitter i dagrummet och väntar på sin tur, väntan som uppstår i samband med remisskrivande eller vid behov av hjälp samt, som tidigare

nämnts, den väntan som uppstår från det att en familj signalerat att de önskar lämna BB fram tills dess att de blir utskrivna och kan åka hem.

Vad gäller barnmorskornas och barn-/undersköterskornas arbete har det identifierats en andel tid som inte är värdeskapande för familjerna. Exempel på detta är tid som åtgår till att leta reda på saker och att förflytta sig onödigt mycket mellan olika rum. Denna tid är inte heller värdeskapande för personalen.

6.3 Patientfokus

Medarbetarna på avdelningarna värnar om att alltid sätta patienten i fokus och är måna om en god och nära patientkontakt. I många situationer har detta visat sig vara fallet men exempel finns även då patienten tenderat att hamna ur fokus. Då personalen befinner sig inne på rummen är de måna om att vara närvarande och tillgängliga för patienten och tillåter oftast inte avbrott i sitt arbete. Situationer då patienten hamnat ur fokus är exempelvis då familjen får ligga kvar på förlossningen trots att denna är färdigbehandlad eftersom beläggningen är högre på BB istället för att flytta personalen vid ojämn beläggning. Att flytta patienterna efter resurserna istället för att flytta resurserna efter patienten är inte att ses som patientfokus. Personalen borde istället vara mer flexibel att flytta sig mellan avdelningarna.

Ett annat exempel där medarbetarnas egen arbetsituation tenderat att prioriteras framför patienten visade sig då den nuvarande uppdelningen av BB-vården diskuterades under intervjuerna och om denna med fördel kan förbättras. Det framkom att personalen vill ha variation på patienterna och att de anser att det är synd att splittra "normala" och "onormala" patienter då detta gör att personalen går miste om praktisk kunskap. Frågan är huruvida det är en fördel ur ett patientperspektiv.

Det har under observationerna framkommit att organisationen inte heller alltid sätter patientens behov i fokus. Då barnläkarundersökningarna ska utföras på BB ankommer läkaren ofta olika tider och senare än planerat vilket gör att familjerna får vänta och det skapas en ovisshet bland patienterna. Dessutom uppstår ofta avbrott under läkarundersökningen vilket gör att barnläkaren måste lämna BB och komma tillbaka senare vilket även det skapar väntan och ovisshet hos patienterna. Detta system är alltså inte att se som patientfokuserat gentemot familjerna på BB.

6.4 Arbetssätt

Ett effektivt arbetssätt i utförandet av aktiviteter är utgångspunkten för att kunna ge patienterna en högkvalitativ vård. Nedan beskrivs och analyseras hur vårdpersonalens arbetssätt i dagsläget fungerar vid de båda avdelningarna.

6.4.1 Standardiserat arbetssätt och arbetsroller

Vid observationerna på BB-avdelningarna framkom det väldigt tydligt att personalens arbetssätt varierar kraftigt. Det finns alltså inget standardiserat arbetssätt. Hur arbetet planeras och bedrivs skiljer sig åt från person till person såväl bland barnmorskor som barn-/undersköterskor och det ligger mycket personliga värderingar i arbetssätten. Då medarbetare använder olika arbetssätt uppstår en variation som inte är värdeskapande för patienten. Variationen medför att det uppstår väntetider av icke-värdeskapande karaktär som i förlängningen påverkar vårdtiden negativt. En hög arbetsbelastning ställer högre krav på standardisering för att undvika dubbelarbete och att uppgifter

glöms bort. Brist på standardisering påverkar därmed även vårdkvaliteten negativt. Vården som en patient erbjuds bör inte vara beroende av vem eller vilka som arbetar. Vidare innebär avsaknad av standarder en svårighet med att följa upp och utveckla arbetet då referenspunkt saknas och det därmed är problematiskt att härleda avvikelser.

Personalen på BB har generellt sett väldigt fria arbetsroller. Det finns vissa moment som bara får utföras av en barnmorska, så som att fördela läkemedel och ta vissa prover, men annars fördelas arbetet olika beroende på vilka som arbetar. Det saknas alltså tydliga arbetsbeskrivningar och arbetsroller för de olika befattningarna, det varierar med person och handlar mycket om hur bra personalen känner varandra och förlitar sig på varandra. Det är viktigt att patienterna får samma vård oavsett personalsammansättning.

6.4.2 Förbättringsarbete

Den låga grad av standardisering som idag är ett faktum på BB-avdelningarna medför en minskad möjlighet att arbeta med förbättringar, detta då teorin menar att ett standardiserat arbetssätt är en förutsättning för att kunna bedriva ett arbete med ständiga förbättringar. Saknas ett normaltillstånd är det svårt att identifiera förbättringsmöjligheter och spåra resultatet av dessa. Det blir helt enkelt svårt att avgöra om en förbättring kan konstateras eller om det är variationer som har gett upphov till resultatet.

På initiativ från ledningen har det idag i viss utsträckning börjat arbetas med förbättringar av BB-vården på Östra sjukhuset. I den nya organisationen som trädde i kraft den 1 januari i år innefattas nya tjänster i form av verksamhetsutvecklare. Vidare har det utsetts kvalitets- och patientombud på avdelningarna som tillsammans ska arbeta mer aktivt med förbättringsarbetet och ledningen menar att förbättringsarbete uppmuntras. Det har dock framkommit vid samtal och intervjuer med personalen att de lite tappat hoppet till förbättringsarbete. Den rådande kulturen, med en viss grad av uppgivenhet vad gäller förbättringar, gör det dessutom svårt för en individ att gå emot majoriteten och föra förbättringsförslag till ytan. Då medarbetarnas delaktighet är en avgörande faktor för att kunna arbeta med ständiga förbättringar är detta ett problem som kräver en åtgärd. Eventuellt bör organisationen införa någon typ av incitament för att uppmuntra förbättringsarbete så att utveckling blir en naturlig del av det dagliga arbetet.

6.4.3 Bristande uppföljning

Generellt sett råder det brist på uppföljning på avdelningarna. Omvårdnadsresultaten och de medicinska resultaten följs i dagsläget upp men det tas inte vidare och det saknas ett system och arbetssätt där dessa ligger till grund för förbättringar. Denna värdefulla information från patienterna, vilka är de enda som faktiskt vet hur vården fungerar, tillvaratas i dagsläget alltså inte på ett optimalt sätt. Det uppmärksammas vad som fungerar och inte fungerar men det saknas alltså uppföljning av om och i så fall hur det arbetas vidare med uppmärksammade problem och brister.

Bristande uppföljning påvisades dessutom då den befintliga förbättringstavlan diskuterades under observationerna. Det visade sig att de problem och åtgärdsförslag som stod uppskrivna stått där en längre tid och att personalen inte hade vetskap om ifall de åtgärdats, om det var på gång eller om de inte tänkte behandlas vidare. Att medarbetarna i detta fall inte motiveras att fylla denna tavla ytterligare är förståeligt. Återigen syns bevis på att det behövs ett standardiserat arbetssätt för förbättringsarbetet så att alla är medvetna om var och hur förbättringsförslag förs fram, där det finns

en plan för hur utvalda åtgärder behandlas vidare och där det säkerställs att önskat resultat uppnåtts.

6.5 Ordning och reda

Under observationerna på avdelning 310 och 311 har oordning bland utrustning, bristande rutiner gällande påfyllning av material och utrustning som inte fungerat noterats. Detta har identifierats som problem då en stor del tid åtgår till att leta efter utrustning och material vilket anses vara onödig rörelse och icke-värdeskapande aktiviteter i personalens arbete. Uppfattningen är att dessa aktiviteter även stressar och irriterar personalen på avdelningarna.

På expeditionen på respektive avdelning finns en begränsad mängd läkemedel. Då något av läkemedlen är slut blir personalen tvungen att hämta påfyllning i medicinförrådet på förlossningsavdelningen. I dagsläget finns alltså inga rutiner för hur påfyllnaden av läkemedel ska fungera och utfallet blir ett avbrott och därmed störmoment i barnmorskorskornas alternativt barn-/undersköterskornas arbete. Även patienter som är i behov av läkemedel påverkas negativt då en väntan uppstår från att patienten bett om läkemedel tills det att barnmorskan anländer med det.

Det råder även bristande rutiner kring vart utrustning och material är placerat vilket även det ger upphov till slöseri i arbetet som alltså inte är värdeskapande för patienten. Det har ett flertal gånger under observationerna noterats att personalen inte vet var materialet är placerat och att mycket tid åtgår till att exempelvis leta efter blanketter i pärmar, utrustning till provtagningar och hjälpmedel till patienter. Letandet bidrar även till en hel del spring inom och mellan avdelningar vilket är icke-värdeskapande aktiviteter som i stor utsträckning kan reduceras.

Den materiella oordningen kan även påverka patienten negativt. Ett exempel på detta påvisades under en av observationerna då en patient skulle ges en injektion. Sprutan fanns med mängden 250 mg, 500 mg och 750 mg där patienten i detta fall behövde mängden 750 mg. Då barnmorskan öppnade lådan där injektionerna var placerade fanns sprutan endast med mängden 250 mg och 500 mg. Barnmorskan var precis på väg att ge patienten två injektioner för att erhålla den rätta mängden då en annan barnmorska visade att sprutan med 750 mg låg i lådan under då den inte fick plats där den skulle vara placerad. Att den bristande ordningen kan resultera i att en patient blir injicerad två gånger istället för en är inte vårdkvalitet.

Vid observationerna på expeditionen har det visat sig att det på flera ställen finns etiketter för var material av olika slag ska placeras. Problemet är dock att materialet i många fall inte placeras där det ska och att ingen är ansvarig för att hålla ordning.

6.6 Läkarrond

Barnläkarundersökningen får, som nämnts ovan, utföras på barnet först tolv timmar efter partus och ska ske innan familjen lämnar eftervårdsavdelningen. Barnläkarna utgår från neonatalavdelningen och ankommer till eftervårdsavdelningarna en gång om dagen under förmiddagen för att utföra barnläkarundersökningar. Tiden för läkarens besök varierar från dag till dag beroende på arbetsbelastningen på neonatalavdelningen och vanligt förekommande är att läkaren genom sin jourtelefon blir avbruten under barnläkarundersökningen och därmed återvänder senare för att slutföra undersökningen. Då barnen på normal-BB är friska tenderar barnläkarna att ta de sjuka barnen på neonatalavdelningen i första hand och ankomma till BB när tid finns. På BB-avdelningarna

resulterar detta i att barnläkarundersökningarna ofta drar ut på tiden och då denna aktivitet ligger i slutet av flödet är tiden avgörande för när familjerna kan skrivas ut från BB. Då samma barnläkare besöker båda eftervårdsavdelningarna blir tiden än senare på den sista avdelningen läkaren besöker vilket i vissa fall kan dröja ända fram till lunch.

Utöver att en sen barnläkarundersökning påverkar utskrivningstiden och därmed vårdtiden påverkas även barnmorskornas arbete negativt. Eftersom barnläkarundersökningen är planerad att ske på morgonen runt klockan nio är även systemet organiserat och planerat därefter. Efter att barnet undersökts av läkare ska barnmorskan om det uppkommit komplikationer skicka remisser till ansvarig enhet, slutföra dokumentationen på mamma och barn och förbereda familjen för hemgång med återbesökstid och utskrivningssamtal. Då undersökningarna drar ut på tiden och barnmorskan har många familjer som ska lämna BB blir dennes arbete också utdraget och det blir då svårt att hinna slutföra arbetet innan nästa skift. På kvällsskiftet är bemanningen på BB lägre då endast en undersköterska finns att tillgå och det är därför en fördel om de familjer som ska åka hem är klara för utskrivning innan dagspasset går av.

På enheten, utgående från förlossningen, arbetar på dagtid en primärläkare och en bakjour. Utöver arbetet och övervakningen av mammorna på förlossningen ska en läkare på förmiddagen, efter rondan på förlossningen som äger rum halv nio, ankomma till BB-avdelningarna för läkarrond av de mammor som inte genomgått en fullt normal förlossning eller då det uppkommit komplikationer i efterhand. Det kan exempelvis handla om blödning över en liter, om mamman har sytts på operation, om sugklocka använts vid förlossningen eller om hon blivit snittad. Läkaren är även inblandad vid psykisk påverkan på mamman. Vid akuta fall finns det även möjlighet att ringa efter läkaren.

De ansvariga barnmorskorna på BB-avdelningarna skriver en patientlista över de mammor som är i behov av undersökning av läkaren. När läkaren sedan anländer kan denne själv se över listan och läsa in sig i journalerna på de patienter som ska undersökas. Vid behov diskuterar läkaren även med ansvarig barnmorska. Läkarna sköter sig alltså mycket själva och måste i samtliga fall där en läkare varit inblandad skriva ut patienterna innan det kan göras av barnmorskan. Läkarens ankomsttid till BB-avdelningarna skiljer sig i hög grad åt beroende på belastning på förlossningen. Många gånger kan det dröja fram till klockan elva, halv tolv innan ankomst till första avdelningen. Det händer även att läkaren under rondan på BB får akuta samtal från förlossningen och måste lämna avdelningen och återkomma senare. Läkarronden vad gäller mammorna är alltså även den i vissa fall en begränsande faktor vad gäller familjens utskrivning från BB. Under intervjuerna har det framkommit att barnmorskorna anser att avbrotten under ronderna, såväl barn- som mammaläkare, stoppar upp verksamheten på BB.

6.7 Visualisering

Vårdavdelning 310 och 311 använder sig i viss utsträckning av visualisering i form av tavlor och signal som påvisar att en familj är i behov av hjälp. Visualiseringen kan dock utvecklas ytterligare för att underlätta arbetet.

Visualiseringstavlan på expeditionen, dit endast personalen har tillträde, visar vilka patienter som befinner sig på de olika rummen, hur de är förlösta, om barnet har genomgått POX-screening och barn som kräver extra vård. Tavlan ger alltså en lättöverskådlig bild över beläggningen på avdelningen och underlättar även kommunikationen mellan den ansvariga barnmorskan och barn-

/undersköterskan. Den kan även i viss utsträckning påvisa vad som ska göras då exempelvis flera barn som inte genomgått POX-screening visar på behovet av detta. Det är svårt att direkt vid ankomst till BB få en uppfattning om beläggningen då familjerna ofta befinner sig på sina rum och ingen synlig kö förekommer mellan förlossning och BB. Då ledarna kommer till avdelningen kan de genom tavlan på expeditionen få en uppfattning om den faktiska beläggningsgraden. Uppfattningen som erhållits genom observationerna är att tavlan används flitigt av personalen men att den med fördel kan utvecklas. Genom att utveckla den med mer lättöverskådlig information kan arbetet på avdelningen underlättas och personalen behöver inte alla gånger logga in i datorn för att ta del av informationen. Patienttavlan som den ser ut i dagsläget kan ses i figur 12 nedan.

TEAM 1		MOR		BARN	TEAM 2		MOR		BARN
Bm:	Usk:	Förl/P.P	POX	Z-kod/316	Bm:	Usk:	Förl/P.P	POX	Z-kod/316
519					532				
520					524:1				
521					:2				
522					:3				
523					:4				
524					536				
550					538				
526					542				
528					544				
530					546				
Avd 310 = 17 patienter					Sjukgymnast XXX				
Avd 311 = 18 patienter									

Figur 12 Patienttavlan på expeditionen

På expeditionen finns även en förbättringstavla som påvisar problem, åtgärder, vem som är ansvarig och när åtgärderna ska vara genomförda. Denna tavla används dock inte i så stor utsträckning och som framkommit under intervjuerna anser inte personalen att det är läge för förbättringar i dagsläget. Tanken med förbättringstavlan är bra om den används på rätt sätt, att motivera medarbetarna till att arbeta med förbättringar.

Eftervårdsavdelningarna har på respektive avdelning två digitala tavlor som med ljud och blinkande rumsnummer signalerar att en familj påkallar uppmärksamhet eller att det ringer på dörren in till avdelningen om den är låst. Tavlorna finns uppsatta i mitten av korridorerna och blinkar med rött ljus då en patient påkallar uppmärksamhet och med grönt ljus om dörren till avdelningen ska öppnas. Små digitala tavlor av samma typ finns även i lunchrummet och på expeditionen. Då en signal uppkommer går ansvarig barnmorska alternativt barn-/undersköterska till rummet för att höra vad familjen vill ha hjälp med. Inne på varje rum finns en liknande digital tavla med en röd och en grön knapp vid sidan av signalen. När en barnmorska alternativt barn-/undersköterska kommer in på rummet trycker hon på den gröna knappen för att påvisa att familjen får hjälp. Om en annan familj ringer på klockan kan barnmorskans alternativt barn-/undersköterskan inne på rummet se vilket patientrum det gäller. De digitala tavlorna är en förutsättning för arbetet och fungerar i dagsläget bra.

6.8 Ledarskap

Då en organisations framgång startar med ledarskap är det av stor vikt att analysera hur ledarskapet på normal-BB fungerar. Nedan beskrivs hur ledarskapet på avdelningarna ser ut och fungerar i dagsläget.

6.8.1 Ledarnas roller

Det formella ledarskapet på den aktuella enheten vid Östra sjukhuset är som tidigare nämnts delat mellan sjukhusdirektör, områdeschef, verksamhetschef och vårdenhetschef. Verksamhetschefen har i dagsläget omkring 1000 underställda och är närmast chef över 40 anställda. Av dessa är 23 linjechefer med personalansvar och resterande är stabsfunktioner. Befattningen innebär ett övergripande ansvar för verksamheten och därmed ett mer strategiskt ansvar snarare än operativt. Vårdenhetschefen för BB har ansvar för normal- och special- BB och är sammanlagt chef över omkring 90 medarbetare. Personen med denna befattning har alltså BB-vården som sitt fokus och har såväl budget- som personal- och arbetsmiljöansvar för sin verksamhet. Observatörerna uppmärksammade tidigt att kontrollspannen i organisationen är stora och funderingar kring hur detta påverkar ledarskapet uppstod.

I och med att det är separata vårdenhetschefer för förlossningen och BB och att en stor del av personalstyrkan roterar mellan dessa avdelningar har medarbetarna olika chefer. Den befintliga organisationen infördes i januari 2013 och är alltså fortfarande under implementering och väldigt färsk. Tidigare var det en och samma vårdenhetschef för förlossning och BB men denne tillsammans med högre ledning tenderade att prioritera förlossningsvården högre och BB-vården har blivit allt mer eftersatt. Detta tillsammans med att ledningen tidigare misslyckats med att få till stånd de förbättringar som utlovats har bidragit till att medarbetarna i viss utsträckning tappat förtroende för ledningen och förbättringsarbete. Förhoppningen är att det nya systemet ska lyfta BB-vården högre på prioritetsslistan. Under intervjuer har det framkommit att det generellt finns en tilltro till det nya systemet men att det än så länge inte har visat några betydande resultat.

6.8.2 Ledarnas närvaro

Vid intervjuer och samtal med personalen har det framkommit att chefernas närvaro i verksamheten enligt medarbetarna inte är tillräckligt hög. De menar att ledningen inte vet hur arbetet bedrivs och att de alltför sällan visar uppskattning och förståelse för deras arbetssituation. Det finns alltså ett tydligt glapp mellan arbetsgruppen och ledningen som hämmar verksamheten och organisationen.

Den bristande närvaron är även något som uppmärksammats under observationerna i verksamheten. Den närmsta chefen syntes till några få minuter vid ett tillfälle medan övrig ledning var helt frånvarande vid tiden för observationerna. Enligt resultat av intervjuer och samtal försöker vårdenhetschefen besöka avdelningarna dagligen men personalen menar att det ofta dröjer lång tid från att chefen visar sig till en annan. Detta kan till viss del ha att göra med att personalen arbetar olika skift och roterar men bevisar ändå att närvaron inte är tillräcklig. Verksamhetschefen anser sig ha en hög närvaro i verksamheten, främst bland de närmast underställda, men menar att den muntliga kommunikationen med medarbetare lägre ner i organisationen inte är högfrekvent. Att närvarandefrekvensen skiljer sig åt på olika nivåer i organisationen är naturligt till följd av olika verksamhetsområdets storlek och omfattning men det är ändå av stor vikt att även chefer högre upp i hierarkin tar sig tid ute i verksamheten för att visa intresse och förstå sin verksamhet.

I och med att ledningen inte är närvarande i tillräckligt stor utsträckning tvingas ledarna många gånger förlita sig på andrahandsinformation från medarbetarna. Denna information har då när den når mottagaren redan tolkats och värderats och mycket information når aldrig ens fram. Genom att gå ut i verksamheten kan ledarna skapa sig en egen uppfattning och säkerställa att arbetet bedrivs på ett tillfredsställande sätt. Dessutom minskar risken att information stannar bland medarbetarna på "golvet" om cheferna syns och är tillgängliga i större utsträckning.

6.9 Information och kommunikation

Precis som i många andra organisationer är informations- och kommunikationsproblem vanligt förekommande vid avdelning 310 och 311 på Östra sjukhuset. Nedan diskuteras hur information och kommunikation överförs och fungerar i dagsläget.

6.9.1 Information och kommunikation mellan ledning och personal

Som tidigare nämnts är antalet anställda på avdelningarna mycket stort i och med rotationen mellan förlossning och BB. Detta tillsammans med att vården sker på dygnets alla timmar och att personalen arbetar tvåskift eller endast nattpass bidrar till en svårighet för ledningen att nå ut till alla. Det har under intervjuerna med personalen framkommit att information främst skickas ut via mail eller läggs upp på intranätet. Det har även påvisats att personalen inte läser sin mail i den utsträckning som de borde och att de anser att de inte har tid att under arbetstid gå in och ta del av informationen. Ledarna menar dock att personalen har skyldighet att läsa sin mail och uppdatera sig på intranätet och att det är upp till var och en om det görs eller inte. Den bristande uppdateringen leder i många fall till missuppfattningar och ryktesspridning bland personalen.

Den bristande kommunikationen och delgivandet av information från ledningen till personalen uppmärksammades exempelvis då examensarbetet på normal-BB startade. Projektmedlemmarna erhöll information från ledningen att personalen visste om att examensarbetet skulle utföras och vad det innefattade men när projektmedlemmarna anlände till avdelningarna för observation av verksamheten var samtliga ovetande om detta. Projektmedlemmarna skrev i och med det sedan ett informationsbrev till personalen för att minska de missuppfattningar som uppstått. Ledningen skulle delge personalen brevet för att även visa att uppdraget kom från dem. När intervjuer, senare i studien, skulle hållas med personalen konstaterades att dessa inte läst informationsbrevet.

Då personalen på BB, vilket beskrivits tidigare, har olika vårdenhetschefer behandlas klassiska personalfrågor och utvecklingssamtal med respektive vårdenhetschef medan frågor som rör verksamheten behandlas med vårdenhetschefen för den specifika verksamheten. Det krävs därav ett nära samarbete och en god kommunikationsförmåga mellan vårdenhetscheferna. Detta upplevs av både personal och ledare fungera bra i dagsläget.

6.9.2 Information och kommunikation mellan medarbetare

Det har under samtliga intervjuer framkommit att samarbete och dialog är a och o i arbetet på BB och att det ställs höga krav på god kommunikation för att göra ett bra jobb och ge patienten god vård. Respektive BB-avdelning delar upp arbetet i två team om barnmorskor och barn-/undersköterskor där team ett ansvarar för hälften av familjerna och team två för resterande. Inom teamen delas sedan arbetet upp så gott det går. Då barnmorskan i respektive team har det medicinska ansvaret för patienterna krävs en hög kommunikationsförmåga inom teamen. Under

intervjuerna har det framkommit att hur kommunikationen fungerar till stor del beror av vem arbetet delas med. Det stora antalet anställda på enheten bidrar till att sammansättningen av teamen varierar och att det är svårt att lita fullt ut på alla. En erfaren barn-/undersköterska kan i princip utföra allt arbete, förutom att dela medicin och ta prover, medan en ny och oerfaren kräver mycket stöd av barnmorskan. Det är även svårt att bland det stora antalet anställda ha goda relationer till alla, tillsammans med vissa fungerar arbetet bra och med andra fungerar det mindre bra.

Uppdelningen som görs mellan de två teamen kan ibland bli snedvriden då antalet rum delas på hälften. Olika patienter kräver olika mycket vård och det kan hända att det ena teamet får en högre vårdtyngd än det andra. Även detta påvisar kravet av en god kommunikationsförmåga och ett gott samarbete så att medarbetarna kan hjälpa varandra i sådana situationer.

På avdelning 310 och 311 hålls muntliga rapporter vid skiftöverlämningarna där personalen på avgående och påbörjande skift samlas och tillsammans går igenom patienterna rum för rum. I vissa fall, beroende på vilka som arbetar, delas överlämningen från natt- till dagspasset upp i respektive team där endast de patienter som teamet ska ansvara för går igenom. Då kvälls- och nattpasset ska gå på fungerar inte denna uppdelning eftersom det på kvällspasset endast arbetar en barn-/undersköterska som behöver informeras om alla patienter och då det på nattpasset endast arbetar två personer där barnmorskan har det medicinska ansvaret för alla patienter och därmed behöver rapport om samtliga. Det finns alltså inte någon standard för hur skiftöverlämningen ska gå till och vad som verkligen ska innefattas i denna vilket leder till att de i många fall blir ineffektiva och längre än nödvändigt. Vid överlämningar av muntlig karaktär kan det även inträffa att bilden av patienterna som rapporteras färgas av personliga åsikter vilket inte anses relevant och positivt för vårdkvaliteten.

Vid överlämningen av patienter från förlossning till BB ringer ansvarig förlossningsbarnmorska till någon av BB-avdelningarna för att rapportera att familjen är på ingång, hur mamman är förlöst, om det uppstått några komplikationer eller annan viktig information gällande mamma och barn. Dessa rapporteringar anses av personalen nödvändiga även om de menar att de många gånger leder till avbrott och störningsmoment i deras arbete. Rapporterna har även i vissa fall en tendens att bli onödigt långa då personalen tar upp mer information än nödvändigt vid denna överlämning. En ytterligare överlämning med information sker nämligen när familjen tillsammans med en barnmorska alternativt barn-/undersköterska anländer till BB och ansvarig BB-barnmorska läser då även på om patienten i journalen. Precis som vid skiftöverlämningen finns även i denna rapportering en risk att bilden av patienten färgas av personliga åsikter.

Då personalen på förlossning och BB påbörjar sin arbetsdag samlas de i konferensrummet, Blå Havet, innan de beger sig till respektive avdelning. Mötet leds av sektionsledaren för avdelningarna där denne informerar om nyheter och förändringar, kontrollerar att all bemanning är på plats och fördelar arbetet på förlossningen. Möjlighet finns även till att ta upp problem som uppstått et cetera. Då sektionsledaren i många fall saknar bakomliggande kunskap kring informationen finns en risk att det skapas missuppfattningar och ryktesspridning bland personalen, vilket även har visat sig under observationerna. Mötena blir ofta även ineffektiva och information tas upp som inte är relevant i sammanhanget. Istället fungerar mötena i vissa fall som ett forum där personalen kan ventilera sig om sin arbetssituation.

6.9.3 Information och kommunikation med patienterna

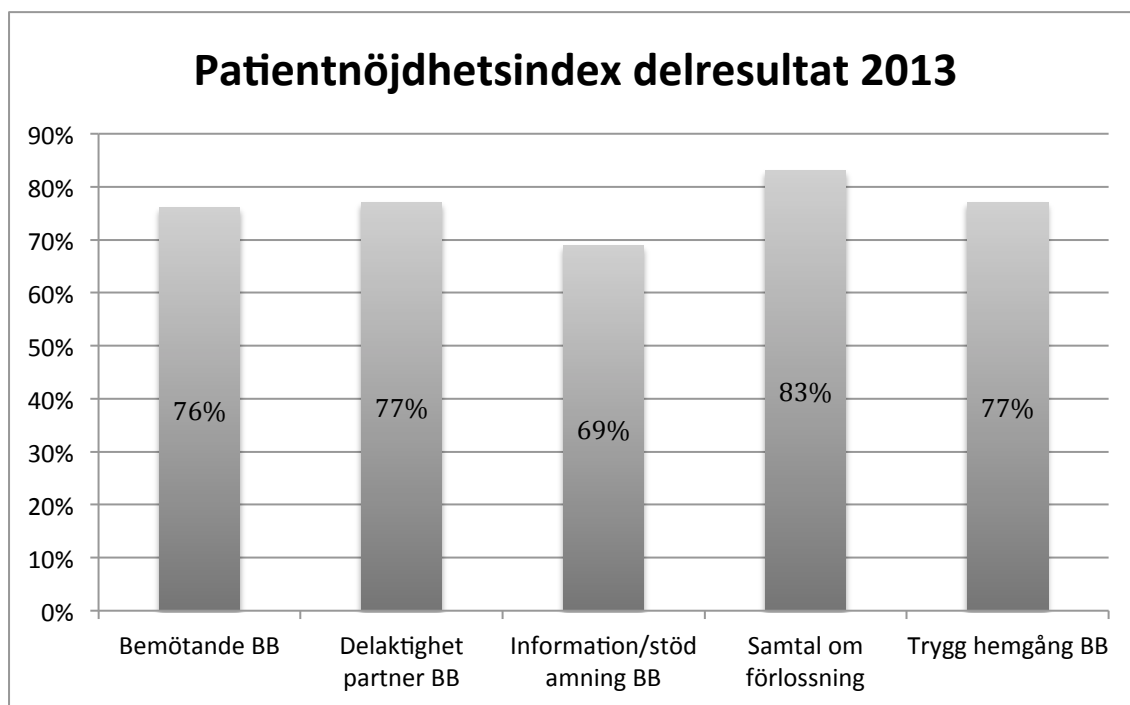
Kommunikationsproblem mellan organisationen och patienter som framkommit via patientenkäterna är att familjerna ibland kan känna sig bortglömda och ensamma när de av förlossningspersonalen lämnats på BB och det dröjer en längre tid innan någon från BB-personalen kommer in och hälsar dem välkomna. Det har under intervjuerna visat sig att medarbetarna önskar att de hade mer tid för patienterna och att de inte kände sig så stressade inne på rummen. De menar att om tiden hade funnits skulle en bättre dialog kunna föras med patienterna och patienten skulle delges mer information.

Det har även via patientenkäterna framkommit att personalen ofta upplevs stressade och att det inte finns ett naturligt tillfälle för patienterna att ställa frågor då de ibland upplever att de stör personalen. Den generella uppfattningen är att personalen inte vill störa patienterna mer än nödvändigt och att de upplever att patienterna kallar på hjälp när de behöver den. Frågan är huruvida detta är att bedriva en patientnära vård. Tolkningen som gjorts utifrån enkäterna är att de flesta patienterna inte anser att personalen stör utan att det snarare anses positivt. Givetvis är det individuellt men något som inte borde tas för givet.

Ett annat problem gällande information till patienterna är att samma information i vissa fall delges patienten flera gånger, vilket inte tillför patienten något värde utan kan ses som omarbete och uppfattas som ett störmoment för patienten. Detta kan ha sin orsak i att det är svårt att i dokumentationen förstå vad föregående medarbetare har givit för information. Det finns alltså ingen standard över vad som ska ingå i exempelvis ett välkomstsamtal eller utskrivningssamtal. Det har även via enkäterna framkommit att patienterna upplever att de delges olika information kring amningstekniker av olika medarbetare och att detta är något som försvårar amningen. Medarbetarna menar dock att det krävs olika tekniker i amningen beroende på barnets ålder och att olika tekniker fungerar för olika personer. Detta är något som borde framföras till patienterna för att på så sätt undvika missförstånd och missnöje.

6.10 Patientnöjdhet

Utifrån befintlig statistik från patientenkäterna, som alla familjer ges möjlighet att fylla i efter hemgång från BB, har faktorer kring patientnöjdhet studerats. Familjen får i enkäten fylla i nöjdhetsgrad utifrån skalan mycket nöjd, nöjd, mindre nöjd, missnöjd och vet ej/ kan inte svara. Utifrån resultatet av enkäten har index tagits fram där svarsalternativen värderats. Svarsalternativen är alltså sammanvägda i en procentsats där de värderats olika högt. Alla svarsalternativ ingår i det genererade indexet. Hade alla patienter svarat att de var mycket nöjda hade indexet visat 100 procent. Faktorerna som behandlas i enkäten och dess nöjdhetsindex för första kvartalet år 2013 kan ses i figur 13 nedan.



Figur 13 Patientnöjdhetsindex på normal-BB, delresultat 2013

För att se hur stor del av patienterna som svarat vilket alternativ på respektive fråga återfinns frågorna och dess antal och andel av varje nöjdhetsgrad i bilaga 4. Det är alltså utifrån denna svarsfrekvens som indexet räknats fram.

Indexet infördes inför år 2013 för att erhålla en mer rättvis bild av resultatet utifrån patientenkäterna och för att möjliggöra jämförelser med andra sjukhus. Det är även enklare att bara följa en siffra som på detta sätt innehåller alla de andra svarsalternativen än att ha en siffra för varje svarsalternativ. För att kunna jämföra årets värden med värden från tidigare år återfinns resultat över bemötande samt information och stöd i amning som påvisar andel nöjda och mycket nöjda patienter, observera ej index, i bilaga 5.

En stor del av patienterna är, vilket kan utläsas i figuren, nöjda med vården på BB. Det finns dock en stor förbättringspotential och eftersträvansvärt är att ingen ska vara missnöjd med BB-vården. Det är, som Inde (2011) menar, trots allt inte mer arbetskrävande och tar inte längre tid att vara trevlig än otrevlig vid bemötandet med patienten.

I enkäterna har patienterna även möjlighet att ge kommentarer kring BB-vården. Vid analys av dessa framkom att det patienterna framförallt är nöjda med är den trevliga personalen och servicen på BB. Vad som kan utläsas som det patienterna är mindre nöjda med är att de i vissa fall känner sig bortglömda av personalen och att personalen på BB anses mycket stressade och att detta visar sig vid bemötandet på rummen. En återkommande kommentar från patienterna är att personalens olika rekommendationer kring vården är förvirrande. Det har även av flera patienter framkommit att information och stöd angående amningen är bristande och behöver utökas och förbättras. Angående informationen önskar patienterna speciellt att informationen vid hemgång bör vara tydligare och mer innehållsrik. Det anses därav viktigt att fokusera på att förbättra informationsprocessen.

7. Slutsats och diskussion

I följande kapitel presenteras de slutsatser som arbetats fram med utgångspunkt i den presenterade teorin samt resultatet av studien. I kapitlet framförs förbättringsförslag gällande hur vårdkvaliteten och tillgängligheten på BB-avdelningarna kan ökas.

7.1 Förbättringsförslag för ökad tillgänglighet och vårdkvalitet

Det har under såväl observationer som intervjuer och samtal påvisats att det finns en stor förbättringspotential gällande den interna organisationen på BB-avdelningarna. Då syftet med studien är att ge förslag på hur vårdkvaliteten och tillgängligheten på avdelningarna kan ökas har en rad förbättringsförslag arbetats fram. Samtliga åtgärdsförslag som presenteras fokuserar på vad som är bäst för patienten och tar sin utgångspunkt i att eliminera alternativt reducera de i dagsläget icke-värdeskapande aktiviteterna för patienterna. Inspiration och idéer till några av de framarbetade förslagen har erhållits via de jämförande analyser som genomförts under studien. Dessa förbättringsåtgärder har visat positiva resultat på såväl vårdkvaliteten som tillgängligheten hos objekten vilket styrker förslagets genomslagskraft.

Det faktum att vårdtiderna blivit kortare de senaste åren medför att det krävs en förändring vad gäller hur BB-vården ska planeras och bedrivas. För att kunna ge familjerna likvärdig vård på kortare tid krävs det att vården koncentreras och att arbetssättet anpassas till detta faktum. Många av de framarbetade förslagen grundar sig därför i hur arbetet på bästa sätt ska bedrivas för att ge patienten en högkvalitativ vård.

7.2 Patientflödet

Ett effektivt patientflöde är av stor vikt för att kunna ge patienten en optimal vård och anpassa resurserna efter dess behov. De förbättringsförslag som har direkt påverkan på patientflödet kan ses i tabell 2 och beskrivs närmare i följande delkapitel.

Tabell 2 Förbättringsförslag – Patientflödet

Förbättringsförslag – Patientflödet

- Differentiering av patientflödet
- Exkludering av felplacerade patienter
- Tidigarelägga aktiviteter

7.2.1 Differentiering av patientflödet

I resultatet påvisades att patientgruppen på normal-BB i dagsläget är väldigt splittrad. Patienterna kräver olika mycket vård och tar därmed olika mycket resurser i anspråk. Denna verklighet har skapat en situation där de ”normala” familjerna hamnar i skymundan för de mer krävande, vilket inte anses fördelaktigt varken ur ett patientperspektiv eller flödesperspektiv. För att råda bot på detta problem anses en differentiering av patientflödet nödvändig i syfte att kunna anpassa resurserna efter patienternas behov och därmed bedriva en verksamhet med större patientfokus.

Rekommendationen är alltså att samla patienter med liknande resursbehov på separata avdelningar, låt det exempelvis kallas BB respektive BB-light. På kort sikt kan en förändring ske genom att särskilja

de två befintliga avdelningarna, det vill säga anpassa den ena efter en lägre vårdtyngd och den andra efter en högre. På längre sikt rekommenderas Östra sjukhuset att se över möjligheterna till ett patienthotell vilket kan utnyttjas av såväl BB-familjer som patienter från andra avdelningar på sjukhuset. På detta sätt kan ytterligare resurser frigöras i och med att vissa resurser som exempelvis serverings- städ- och receptionspersonal samlas och utnyttjas av hotellets samtliga patienter och gäster. Den del av hotellet som i så fall skulle utnyttjas av BB bör givetvis bemannas med BB-personal efter vårdtyngd. Hotellkonceptet har visat sig framgångsrikt och uppskattat på både Danderyds Hotell-BB och SÄS BB-hotell. Den striktare uppdelningen har visat positiv effekt på vårdtiderna i dessa verksamheter och inte minst inneburit en mer anpassad och patientfokuserad vård.

För att en differentiering av flödet ska fungera krävs tydliga riktlinjer för vilka patienter som hamnar på vilken avdelning. Kriterierna för de patienter som på Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS, vårdas på BB hotell är en normal graviditet och förlossning, att barnet har sugit på moderns bröst i samband med förlossningen och att familjen talar svenska. Denna uppdelning upplevs av personalen på SÄS fungera mycket bra. Rekommendationen till Östra sjukhuset vad gäller kriterierna för de patienter som ska vårdas på BB-light, alternativt längre fram i tiden på BB-hotellet, är därför kriterier liknande de som med framgång används på SÄS BB hotell. Kriterierna är av stor betydelse då miljön på BB-lightavdelningen ska vara mer hemmalik med exempelvis vanliga sängar, det vill säga inte sjukhussängar, och då familjerna förväntas klara sig mer på egen hand.

Ur ett patientperspektiv innebär en differentiering av flödet att vården i större utsträckning är anpassad efter patienternas behov. Den minskade variationen vad gäller patienterna medför också att personalen i större utsträckning kan specialiseras och därmed lättare kan upptäcka avvikelser. Om en patient på en BB-lightavdelning exempelvis ber om starkare smärtlindring bör detta noteras som en avvikelse. På en avdelning med större variation på patienterna är risken att dessa signaler förbises då de inte utmärker sig i samma utsträckning.

Givetvis krävs en flexibilitet mellan avdelningarna vad gäller antal platser avsedda för BB-light och BB för att uppta variationer i systemet. Det centrala är dock att alltid sätta patienten i fokus och flytta resurserna efter patienterna istället för det omvända.

7.2.2 Exkludering av felplacerade patienter

De patienter som i dagsläget upptar en vårdplats på BB-avdelningarna trots att de inte är i behov av den vård som erbjuds bör med fördel förflyttas till en annan enhet som är mer anpassad efter deras behov så att de inte upptar de begränsade resurserna som råder på BB. Vad gäller de färdigbehandlade mammorna som har sina barn på neonatalavdelningen så kan de med fördel förflyttas till det föreslagna patienthotellet som förordades i avsnittet om differentiering av patientflödet ovan. Ett alternativ till detta skulle kunna vara att samvårda familjerna på BB för att undvika att resurser tas i anspråk på båda avdelningarna, detta kräver givetvis att resurser förflyttas efter patienterna, det vill säga att personalen på neonatal ansvarar för och vårdar barnet på BB.

Även blivande föräldrar som tillbringar tid på BB innan förlossningen för att vila eller invänta att förlossningsarbetet sätter igång kan med fördel vistas på ett patienthotell om detta åtgärdsförslag anammas. Det är viktigt att koncentrera vården och resurserna på de familjer som är i behov av den och inte störa flödet och framkalla ytterligare variation, vilket påverkar flödeseffektiviteten negativt. Genom att exkludera patienter utan vårdbehov frigörs resurser och det skapas utrymme för att öka flödeseffektiviteten.

7.2.3 Tidigarelägga aktiviteter

Genom att tidigarelägga aktiviteter i flödet i den mån det är möjligt förväntas arbetsbelastningen på avdelningarna utjämnas samtidigt som patienterna ges en ökad valmöjlighet att bege sig hemåt när de känner sig redo. Att exempelvis utföra barnläkarundersökning på alla barn som är över tolv timmar och PKU på alla äldre än 48 timmar är ett sätt att arbeta mer proaktivt och med flödet i fokus. Genom att genomföra de moment som kan göras när de kan göras skapas en möjlighet för patienterna att känna sig trygga och mer förberedda på hemgång tidigare. Att tidigarelägga aktiviteter i flödet förväntas även reducera den icke-värdeskapande tid som uppstår från det att familjen signalerar att de vill åka hem till dess att de är klara för hemgång. Åtgärden förväntas alltså öka såväl vårdkvaliteten som tillgängligheten på avdelningarna.

En bättre framförhållning bidrar inte bara till en bättre arbetsmiljö för personalen utan möjliggör även ett snabbare och jämnare utflöde av patienter. En aktivitet som på avdelningarna borde prioriteras högre än vad den gör i dagsläget är städningen av patientrummen. Det faktum att momentet idag utförs när tid finns medför i vissa fall att inflödet av patienter begränsas.

Ytterligare ett arbetsmoment som förslagsvis kan och bör tidigareläggas i flödet är hörselscreeningen som i dagsläget utförs på hörselmottagningen en tid efter hemgång. Ett tillvägagångssätt för hörselundersökning av barnet som används framgångsrikt på Danderyds Hotell BB är att en barn-/undersköterska besöker inneliggande familjer för att på respektive rum utföra undersökningen. Ett liknande koncept rekommenderas på Östra sjukhuset. Ur såväl ett patientperspektiv som ett flödesperspektiv är det eftersträvansvärt att fokusera resurser tidigt i flödet och därmed i så stor utsträckning som möjligt färdigvårda inneliggande patienter så att de inte behöver komma tillbaka.

7.3 Arbetsätt

För att kunna uppnå en högkvalitativ vård med god tillgänglighet är det viktigt med ett effektivt arbetsätt som stödjer processen. Då avsaknaden av standardiserat arbetsätt är ett stort problem på BB-avdelningarna är det av stor vikt att introducera detta för att kunna koncentrera vården. Standardiserat arbetsätt är även, vilket beskrevs under rubrik 3.7 ovan, en förutsättning för att kunna bedriva arbetet med ständiga förbättringar. Förbättringsåtgärder kopplade till arbetsättet kan ses i tabell 3 och beskrivs ytterligare i kommande delkapitel.

Tabell 3 Förbättringsförslag – Arbetsätt

Förbättringsförslag – Arbetsätt

- Utveckla ett standardiserat arbetsätt för de processer och aktiviteter där det är möjligt
 - Planera utskrivning redan vid inskrivning
 - Utforma arbetsbeskrivningar och tydliga arbetsroller
 - Utveckla ett standardiserat arbetsätt för förbättringsarbete
 - Arbeta förebyggande
 - Introducera tydliga ansvarsområden
 - Kontinuerlig uppföljning
-

7.3.1 Utveckla ett standardiserat arbetssätt för de processer och aktiviteter där det är möjligt

För att minska variationer i verksamheten, som uppstår till följd av personalens individuella arbetssätt, och möjliggöra ett arbete med ständiga förbättringar rekommenderas utvecklande av standardiserat arbetssätt för de processer och aktiviteter där det är möjligt. Standardisering är att föredra då ett standardiserat arbetssätt, vilket behandlades under rubrik 3.6, innebär det just nu bästa sättet att utföra en uppgift på. Ledningen tillsammans med medarbetarna föreslås gå igenom vilka processer och aktiviteter som går att standardisera för att sedan gemensamt utveckla och ta fram standarden. Det handlar om att utifrån ett patientperspektiv ta fram ett just nu bästa sätt att genomföra arbetet på som sedan ständigt ska förbättras. Viktigt är sedan att medarbetarna tränas i att utföra standarden och att nya medarbetare direkt tränas i att utföra arbetet i enlighet med standarden.

För att lyckas med implementering av det standardiserade arbetssättet och upprätthållande av det är det viktigt att upplärning sker på ett standardiserat sätt. Tillämpning av en strukturerad upplärningsmetodik resulterar i en effektivare inläring och minskar risken för att icke standardiserade arbetssätt används och förs vidare till annan personal.

Informationsprocessen och amningsprocessen är exempel på processer som bör standardiseras. Vad gäller informationsprocessen föreslås standarden innehålla olika samtal som ska hållas med familjerna vid olika tidpunkter i syfte att säkerställa att alla patienter får den information de behöver. Det skulle även underlätta dokumentationen och kommunikationen mellan medarbetarna genom att samtalen har en särskild benämning och ett standardiserat innehåll. På detta sätt minskas risken att information som ska delges familjerna glöms bort och att samma information delges familjerna flera gånger. Exempelvis kan informationsprocessen innefatta välkomstsamtal, inskrivningssamtal och utskrivningssamtal där respektive samtal ska standardiseras. Standardiserade samtal i informationsprocessen används framgångsrikt såväl på Danderyds hotell-BB som på Södra Älvsborgs BB-avdelningar. Det är som beskrivits under kapitel 3.11.1 ett medel för att höja kvaliteten på vården. Hur de använder sina standarder beskrivs närmare under förbättringsförslaget om arbetsbeskrivningar nedan.

Standardisering av amningsprocessen föreslås då patienterna i dagsläget upplever personalens olika tekniker och tillvägagångssätt vara ett problem som försvårar amningen. Standarden kan exempelvis innehålla fyra olika tekniker för att lyckas med amningen där den mest frekvent använda delges patienten i första hand. Fungerar inte denna introduceras den näst vanligaste och så vidare. Denna standardisering av amningsprocessen skulle innebära att samtliga i personalen påvisar och rekommenderar samma tekniker för amningen. Den förväntas även underlätta vid dokumentationen då personalen som påbörjar sitt arbetspass kan se vilka tekniker familjen beprövat hittills.

7.3.2 Planera utskrivning redan vid inskrivning

För att öka tillgängligheten på avdelningarna och få tiden familjerna tillbringar på BB att endast innefatta den tid som behövs ur medicinsk synpunkt föreslås ett standardiserat och mer omfattande planeringsarbete inför utskrivning. Avdelningen rekommenderas därför att redan vid inskrivningssamtalet planera för patientens utskrivning. Genom att fastställa en planerad utskrivningstid vid ett tidigt skede skapas en möjlighet för såväl patienter som personal att planera sin tid på bästa sätt då de har ett givet mål att sträva mot. Personalen kan säkerställa att patienten är

färdigbehandlad vid denna tidpunkt och att den tillgängliga tiden används på ett optimalt sätt samtidigt som patienten ges möjlighet att i god tid förbereda sig för den planerade hemgången. Givetvis är tidpunkten inte definitiv utan bör justeras om behov finns.

Ovan nämnda planering inför utskrivning anses framförallt fördelaktig på avdelningen som valts att kallas BB-light, då dessa patienters vårdbehov är mer förutsägbara. Effekten anses positiv även bland patienter som kräver mer vård, men i dessa fall riskerar planeringen att inte bli lika precis. Oavsett vårdbehov rekommenderas det att i samband med inskrivningssamtalet ta fram och gå igenom en vårdplan med patienten där man stämmer av familjens förväntningar och informerar om vad BB-vården erbjuder. På detta sätt skapas en samsyn och därmed ökade möjligheter att kunna tillgodose och tillfredsställa familjen. Tillvägagångssättet med att vid inskrivningssamtalet diskutera familjens vårdplan och planera utskrivningen används idag på Danderyds Hotell-BB och anses positivt för båda parter. Det är inte ett sätt att stressa hem familjerna utan helt enkelt en avstämning av förväntningarna så att tiden kan planeras på bästa sätt.

7.3.3 Utforma arbetsbeskrivningar och tydliga arbetsroller

Det är viktigt att en standard är tydlig och visuell. Verksamheten rekommenderas därför att utforma arbetsbeskrivningar för att visualisera standarder och kommunicera hur arbetet ska utföras. En arbetsbeskrivning för in- respektive utskrivningssamtal kan exempelvis vara en checklista över vilken information som ska delges personalen under respektive samtal. Metodiken att visualisera standarder för in- respektive utskrivningssamtal används både på Danderyds hotell-BB och på Södra Älvsborgs BB-avdelningar. Standard för informationsprocessen på SÄS BB-Hotell kan ses i bilaga 6. Arbetsbeskrivningar säkerställer att patienten delges viktig information och minskar risken att moment glöms bort. Som beskrivits under rubrik 3.11.1 är standardiserade informationsblad fördelaktigt även för personalen då det underlättar deras arbete. Dock bör det nämnas att de inte får överdrivas så att de genererar icke-värdeskapande tid för patienterna. Fokus måste alltid hållas på de värdeadderande aktiviteterna och det bör därmed säkerställas att arbetsbeskrivningarna används på rätt sätt och är värdeskapande.

Det är även av central betydelse att tydligt definiera vem som ska göra vad på avdelningarna för att reducera missförstånd bland personalen som uppstår på grund av att det inte finns något tydligt och förutbestämt ansvar för var och en. Rekommendationen för att reducera detta är att utforma tydliga arbetsbeskrivningar för varje yrkeskategori. Det är av stor vikt att personalen har befogenhet att påverka det de ansvarar för vilket bör tas hänsyn till vid utformningen. Det har under observationer och intervjuer visat sig att över 95 % av barn-/undersköterskans arbete består av städ, att plocka fram mat och ta hand om disk. Då dennes kompetens kan användas till än mer värdeskapande aktiviteter för patienten föreslås anställande av städpersonal på avdelningarna.

7.3.4 Utveckla ett standardiserat arbetssätt för förbättringsarbete

För att få till stånd en verksamhet som ständigt strävar efter att utvecklas krävs ett standardiserat tillvägagångssätt för förbättringsarbetet så att alla är medvetna om processen och uppmuntras till att förbättra arbetssituationen. Tillvägagångssättet kan förslagsvis vara att samla medarbetarna i grupper där de diskuterar kring upplevda problem och även lösningar till dessa. På detta sätt ges medarbetarna möjlighet att tillsammans reflektera över sin arbetssituation vilket ökar delaktigheten och acceptansen för åtgärderna. En strävan bör vara att förbättringsförslagen i så stor utsträckning som möjligt ska komma underifrån i organisationen, det är där den mesta kunskapen kring arbetet

finns. Det bör också finnas en struktur för hur förbättringsförslagen som noteras på fokustavlan följs upp. I samtliga fall vad gäller förbättringsarbete krävs det att en ansvarig person utses som tar hand om förslagen och ger medarbetarna feedback på hur deras förslag behandlas.

Som en accelererande faktor i förbättringsarbetet föreslås att det inledningsvis finns incitament kopplat till förbättringsarbete i verksamheten. Det mest fördelaktiga anses i detta fall vara incitament av icke materiell karaktär som gynnar arbetsgruppen istället för enskilda individer. Incitamenten är ett sätt att få medarbetarna att börja reflektera och tänka i banor av förbättringar, vilket förväntas resultera i att ett ökat antal förslag ges.

7.3.5 Arbeta förebyggande

Genom att arbeta mer proaktivt kan personalen uppnå en jämnare arbetsbelastning och mycket arbete kan på detta sätt planeras istället för att uppkomma som stormoment senare i flödet. Ett förebyggande arbetssätt reducerar även den icke-värdeskapande tiden för patienterna och minskar merarbetet för personalen. Det kan exempelvis handla om att fördela smärtlindring till patienterna innan frågan uppkommer. I de fall detta inte utförts hade en påkallning på ringklockan kunnat innebära att en barn-/undersköterska beger sig till rummet som signalerar hjälp. När frågan om läkemedel uppstår måste denne kontakta en barnmorska som i sin tur fördelar medicinen till patienten. Det skapas alltså snabbt mycket arbete som undviks med ett mer förebyggande arbetssätt.

På samma sätt har medarbetarna nytta av att ge grundläggande information till patienten när den anländer till BB, eftersom det resulterar i att många frågor och framtida påkallningar reduceras. En bättre planering och mer framförhållning i arbetet är alltså fördelaktigt för såväl patienterna som personalen. Det genererar stora resursvinster som med fördel istället kan användas till mer värdeskapande aktiviteter.

7.3.6 Introducera tydliga ansvarsområden

Som en del i det standardiserade arbetssättet rekommenderas introduktion av individuella ansvarsområden på avdelningarna. Efter vad som framkommit vid intervjuerna med personalen finns det i dagsläget många bisysslor som arbetsgruppen i sin helhet ansvarar för att utföra. Det gemensamma ansvarstagandet tillsammans med en upplevd tidsbrist har medfört att detta kringarbete inte utförs i den utsträckning som det borde. För att åtgärda detta rekommenderas alltså en tydligare ansvarsstruktur i form av individuella ansvarsområden. Genom att personalen har ett bestående ansvarsområde varje gång de arbetar på BB skapas ett ägande kring uppgiften och chansen att detta utförs ökar (Lindér, 2012). Då personalen roterar bör ett och samma ansvarsområde tilldelas flera personer. Ansvarsområdena kan exempelvis vara påfyllnad av olika material eller mediciner, ansvar för att olika utrustningar, såsom amningspumpar, fungerar och är i ordning et cetera.

Då inkommande telefonsamtal från familjer som åkt hem från BB ofta stör personalen i dess arbete rekommenderas ett system för hur dessa ska hanteras. Då att svara i telefon är en del i det dagliga arbetet måste detta ansvar fördelas på respektive skift. Tydligare ansvar för telefonen möjliggör ett större fokus på inläggande patienter vilket anses viktigt.

7.3.7 Kontinuerlig uppföljning

Efter utvecklande av standardiserade arbetsätt är det av stor vikt att någon kontinuerligt följer upp standarden och ser till att den efterföljs av samtliga i personalen. Sker det ingen uppföljning av arbetet är det lätt att falla tillbaka i gamla vanor vilket innebär ogjort arbete för såväl personal som ledare. Kontinuerlig uppföljning förväntas även bidra positivt till förbättringsarbetet av standarden. Att någon ständigt kontrollerar och ser vad som utförs förväntas öka motivationen till förbättringsarbete bland personalen. Uppföljningen är ett ledaransvar och beskrivs även under rubriken ledarskap nedan.

Ett bidrag till att lösa problemet med den bristande uppföljningen av patientenkäterna är att personalen vid utskrivningssamtalet ansikte mot ansikte frågar familjen hur de upplevt BB-vården. På detta sätt erhålls en snabb återkoppling och personalen får en direkt uppfattning om vad som är bra och vad som behöver förbättras. Utmärkande kommentarer, såväl positiva som negativa, kan sedan med fördel noteras på fokustavlan, vilken beskrivs närmare i avsnittet om visualisering nedan.

7.4 Ordning och reda på arbetsplatsen

För att eliminera den icke-värdeskapande tid som uppstår till följd av bristande ordning på avdelningarna rekommenderas de förbättringsåtgärder som beskrivs i tabell 4. Åtgärderna beskrivs även närmare i följande delkapitel.

Tabell 4 Förbättringsförslag – Ordning och reda på arbetsplatsen

Förbättringsförslag – Ordning och reda på arbetsplatsen

- Implementera 5S – sortera, strukturera, städa, standardisera och skapa vana
 - Identiskt utformade avdelningar
-

7.4.1 Implementera 5S – Sortera, strukturera, städa, standardisera och skapa vana

Som påvisades i resultatet har en hög grad av oordning bland material och utrusning på avdelningarna uppmärksammats. Denna oordning ger upphov till icke-värdeskapande tid som till stor del kan reduceras. En metod för att skapa bibehållen ordning på arbetsplatsen och reducera befintligt slöseri är att införa 5S. Detta för att kunna använda tid och plats till sådant som faktiskt skapar värde för patienterna. Metodiken beskrivs utförligt i kapitel 3.5 och återges i korta drag nedan.

Det första steget i metoden är att sortera bland material och utrustning på avdelningen så att endast det som faktiskt används behålls och att det material som finns kvar fungerar och är i bra skick. Därefter ska var sak ges sin bestämda plats, med fördel placeras material och utrustning som används mer frekvent nära tillgängligt. Platsen bör även visualiseras för att det ska vara lätt att hitta och se avvikelser. Nästa steg är att skapa en rutin för regelbunden städning på avdelningen. Det fjärde S:et handlar om att se till att standarden upprätthålls. Det sista steget i metoden är sedan att ständigt förbättra 5S-standarderna genom att skapa disciplin och engagemang hos medarbetarna.

Ledarskapet är av central betydelse för att lyckas med 5S-standarderna. Det krävs att ledaren kontinuerligt följer upp arbetet och ser till att standarderna efterlevs av alla i personalen. Ledaren

måste visa sig engagerad och framstå som en förebild i arbetet. Det är även viktigt att alla är delaktiga och förstår varför metoden används, vilket även det handlar om ledarskap.

Genom att införa 5S förebyggs problem och en organiserad och effektiv arbetsplats skapas. Standarden förväntas generera såväl tidsbesparing som bättre utnyttjande av arbetsytor och ett snabbt upptäckande av avvikelser på arbetsplatsen. Införandet av 5S förväntas öka den patientnära tiden och även vara en start för att engagera medarbetarna i förbättringsarbetet.

7.4.2 Identiskt utformade avdelningar

En ytterligare rekommendation för att reducera icke-värdeskapande tid i form av att leta efter utrustning och material är att skapa identiskt utformade avdelningar. Avdelning 310 och 311 föreslås alltså organiseras och visualiseras på samma sätt för att underlätta för personalen och skapa förutsättning för att lyckas upprätthålla standarden. Material och utrustning bör alltså placeras på samma plats och i samma mängd på respektive avdelning för att underlätta upprätthållandet av 5S-standarderna och i största möjliga mån reducera befintligt slöseri.

7.5 Rondarbete

Då rondarbetet på avdelningarna utgör en begränsande faktor för utskrivning av patienter och även påverkar vårdkvaliteten är det av stor vikt att utveckla bättre system och rutiner för rondarbetet för att kunna öka tillgängligheten och kvaliteten på vården. De förbättringsförslag som arbetats fram presenteras i tabell 5 och beskrivs ytterligare i kommande delkapitel.

Tabell 5 Förbättringsförslag – Rondarbetet

Förbättringsförslag – Rondarbete

- Barnläkare särskilt bemannad för rondarbetet
 - Utöka antalet tillfällen för barnläkarundersökning
 - Planerade tider för barnläkarundersökning
 - Sammanfoga moment med barnläkarundersökningen
 - Läkarundersökning av mammorna i nära anknytning till barnläkarundersökningen
 - Gemensam rond vid skiftbyten
-

7.5.1 Barnläkare särskilt bemannad för rondarbetet

Genom att utse en barnläkare särskilt för rondarbetet på avdelningarna löses problemet med de i dagsläget varierande tiderna för barnläkarundersökningen och avbrotten under dessa, vilka begränsar utflödet och därmed i vissa fall även inflödet av patienter. En tillgänglig barnläkare reducerar den väntan och ovisshet som drabbar såväl patienter som personal i samband med fenomenet, vilket därmed förväntas öka vårdkvaliteten. Åtgärden undviker även merarbete för personalen som uppkommer i och med ovissheten hos familjerna då den reducerar antalet frågor kring när läkaren förväntas anlända och hur länge de ska behöva vänta. En utsedd barnläkare för rondarbetet förväntas dessutom snabba på utflödet av patienter då många av de familjer som ska åka hem endast väntar på att få läkarundersökningen genomförd och därav bromsar upp utflödet utan att det skapar värde för familjerna.

7.5.2 Utöka antalet tillfällen för barnläkarundersökning

Då barnläkarundersökningen i hög grad är avgörande för utskrivningstiden och då familjernas situation kan förändras mycket på några timmar rekommenderas att utöka antalet tillfällen för barnläkarundersökning. Att erbjuda tider för barnläkarundersökning två gånger om dagen, en på tidig förmiddag och en på eftermiddagen, och att läkaren, om tid finns, kan komma vid påringning om någon familj vill åka hem skulle innebära en ökad flexibilitet i systemet och därmed möjliggöra en högre utskrivningstakt. De korta vårdtiderna gör att dagens system med ett tillfälle för barnläkarundersökning bidrar till att vårdtiden förlängs radikalt om undersökningen inte kan utföras förrän dagen efter vilket utgör tid som inte nödvändigtvis är värdeskapande för familjerna.

7.5.3 Planerade tider för barnläkarundersökning

För att råda bot på problemet med barnläkarundersökningen och reducera den befintliga väntan i uppehållsrummet för familjerna rekommenderas planerade och bokade tider för varje familj. Rekommendationen förutsätter att läkaren ankommer till BB på bestämd tid och att inga avbrott förekommer. Vad gäller familjerna som vid en separering av flödet, se kapitel 7.2.1, skulle vårdas på BB-lightavdelningen föreslås att barnläkarundersökningen bokas in för alla barn som överskridit tolv timmar. Detta då det är sjukhusets riktlinje för när barnläkarundersökning kan ske och även då tidigareläggning av aktiviteter, vilket redogjorts ovan, är fördelaktigt. Det rekommenderas att familjen delges en tid då de ska befinna sig på läkarbesök och information kring besöket i god tid innan den ska genomföras så att de kan planera sin dag och förbereda sig inför undersökningen. Informationen bör innefatta vilka undersökningar som ska göras på barnet, att barnet ska komma naket och invirat i handduk et cetera. För familjerna på BB krävs en avvägning gällande när läkarundersökningen kan genomföras. I den mån det är möjligt rekommenderas att barnläkarundersökningen utförs så snart som möjligt efter barnet är tolv timmar och att metoden med bokade tider används även där.

Metoden med bokade tider för barnläkarundersökning används på Danderyds BB där de avsätter tio minuter för varje familj och rapporterar tiderna i ett datasystem. De anser att tillvägagångssättet i hög grad förbättrat barnläkarundersökningen för både familjerna och personalen. För familjerna reduceras den väntan som tidigare uppstod då andra familjer läkarundersöktes och patienterna upplever det positivt att kunna planera sin dag. För barnmorskorna underlättas arbetet då de inte behöver engagera sig under läkarundersökningarna i samma utsträckning, arbetet är då redan utfört och ansvaret ligger hos familjerna. Ett liknande system och tillvägagångssätt rekommenderas alltså för båda avdelningarna på Östra sjukhusets BB. Planerade och bokade tider för barnläkarundersökning medför även att vården planeras och bedrivs ur ett patientperspektiv och inte utifrån resurserna, vilket beskrivits under rubrik 6.3.

7.5.4 Sammanfoga moment med barnläkarundersökningen

I dagsläget utförs undersökningen av syremättnaden i blodet, POX-screening, och vägning av barnet inne på respektive rum av en barnmorska alternativt barn-/undersköterska. Ett förslag, som visat sig fungera väl på Danderyds Hotell-BB, är att slå ihop dessa moment med barnläkarundersökningen. Sammanslagningen innebär att slöseri som onödig rörelse då personalen hämtar utrustning och går mellan rummen elimineras och att ett kontinuerligt flöde skapas. Kontinuerligt flöde är eftersträfvansvärt att uppnå vid utförandet av en värdeflödesanalys, vilket behandlats i kapitel 3.3 ovan. Att utföra dessa moment under barnläkarundersökningen är positivt för såväl barnet som

personalen. Vården kring barnet koncentreras och denne behöver inte störas flera gånger samtidigt som personalen inte behöver hålla reda på att dessa moment ska utföras.

För att underlätta vid barnläkarundersökningen och undvika att den tar för lång tid rekommenderas att en undersköterska assisterar läkaren under rondan. Undersköterskan kan exempelvis utföra POX-screening och vägning av barnet under tiden som läkaren informerar familjen om vad läkarbesöket innefattar. På detta sätt bör läkarundersökningen inte ta nämnvärt längre tid än den gör i dagsläget.

7.5.5 Läkarundersökning av mammorna i nära anknytning till barnläkarundersökningen

Även läkarundersökningen vad gäller mammorna tenderar i dagsläget att ske senare än beräknat och därmed begränsa utflödet av patienter. För att öka graden av patientfokus och möjliggöra en högre utskrivningstakt krävs det att mammaläkaren ankommer till BB på bestämd tid så tidigt i flödet som möjligt och att läkaren är särskilt tillsatt för rondarbetet på BB. Läkaren bör även, i mån av tid, ankomma vid påringning om någon vill åka hem för att öka flexibiliteten. Förslagsvis genomförs undersökningen av mammorna i nära anknytning till barnläkarundersökningen så att inte heller denna läkarundersökning stoppar upp flödet.

7.5.6 Gemensam rond vid skiftbyten

Ett tillvägagångssätt som använts med framgång på BB vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås och som nu rekommenderas på Östra sjukhuset är bedside enligt SBAR. SBAR är ett kommunikationsverktyg för säkrare vård som beskrivs närmare under avsnittet om information och kommunikation nedan. Metoden bedside enligt SBAR leder till en ökad delaktighet och säkrad information för patienten samtidigt som det ökar sannolikheten att informationen sker på ett effektivt sätt. Förslaget innebär att den ansvariga barnmorskan från det avgående skiftet tillsammans med ansvarig vårdpersonal som ska ta över går en rond bland patienterna i samband med skiftöverlämningarna. Vid dessa informeras familjerna om vem som tar över och kortfattad och relevant information om mor och barns tillstånd diskuteras. Kvinnan får själv berätta om sitt tillstånd, hur hon upplever att det går och gemensamt görs en plan upp för den kommande tiden. Slutligen säkerställs att båda parter är överens.

7.6 Visualisering

Visualisering är av stor vikt för att kunna ge patienten en optimal vård då det är ett minskar risken att uppgifter glöms bort och förstärker kommunikationen inom organisationen. De förbättringsförslag som rekommenderas för att öka visualiseringen på avdelningarna presenteras i tabell 6 och beskrivs ytterligare nedan.

Tabell 6 Förbättringsförslag – Visualisering

Förbättringsförslag – Visualisering






- Utveckla patienttavlan på expeditionen
 - Utveckla fokustavlan
-

7.6.1 Utveckla patienttavlan på expeditionen

Genom att utveckla den befintliga patienttavlan på expeditionen och därmed göra mer information visuell kan kommunikationen mellan medarbetare underlättas och tavlan kan i stor utsträckning

fungera som en indikator på vad som ska göras. En utökad visualisering av detta slag förväntas minska risken för att arbetsmoment missas eller att samma moment genomförs upprepade gånger för en och samma patient. Sammantaget är det ett medel för att ge medarbetarna lämplig information i rätt mängd och tid för att underlätta i det dagliga arbetet. Personalen kan genom att överblicka patienttavlan få en snabb uppdatering om läget och behöver på detta sätt inte logga in i datorn för att enbart kontrollera vilka moment som genomförts. Idéer till den utökade mängden information som rekommenderas har skapats såväl via observationer på avdelningarna som vid besöket på Danderyds Hotell-BB.

För att göra visualiseringen ännu tydligare och mer talande rekommenderas även användning av olika färgkoder. Genom att placera färgade magneter med olika innebörd bredvid rumsnumret kan vissa tillstånd snabbt uppmärksammas och åtgärder vidtas. Färgerna och dess innebörd som rekommenderas är:

-  blödning över 1 liter i samband med förlossning
-  gul bebis, det vill säga förhöjda halter av bilirubin i blodet
-  familj helt klar för hemgång
-  nyanländ familj
-  problem med amning

Vad gäller den blå magneten så anses denna i dagsläget vara väldigt viktig. Detta för att det i patientenkäterna framkommit att många familjer idag upplever tiden från att de lämnas på BB av förlossningspersonalen tills det att BB-personalen välkomnar dem som väldigt lång. Ytterligare en önskvärd handling är att förlossningspersonalen när de placerar den blå magneten på tavlan även skriver upp klockslaget för ankomsten. På detta sätt genereras en uppfattning om den faktiska väntetiden för familjerna och en prioritering kan göras för att dessa inte ska känna sig bortglömda.

Ett liknande system tillämpas i dagsläget på Danderyds Hotell-BB. Personalen menar att färgkoderna är till stor hjälp i arbetet och att de ger en snabb och tydlig bild av läget. Speciellt anser de att den blå magneten till stor del hjälpt dem att reducera tiden från att en familj anländer till hotellet till dess att en barnmorska ankommer för välkomstsamtal. Denna tid är på Östra sjukhusets normal-BB av stor vikt att reducera då den är betydande för vårdkvaliteten.

Ett förslag på patienttavlan innehåll och layout presenteras i figur 14 nedan.

TEAM 1		MOR		BARN						Förväntad
Bm:	Usk:	Förl/P.P	Kost	Partus	Kön	BUS	PKU	Hörsel	Z-kod/316	hemgång
519	● Anna	P.n	Gluten	16/3 04:12	P					
520	● Sara	Sec.	Veg.	14/3 22:53	F	X	X	X		17/3
521										
522										
523										
524										
550										
526										
528										
530										
TEAM 2		MOR		BARN						Förväntad
Bm:	Usk:	Förl/P.P	Kost	Partus	Kön	BUS	PKU	Hörsel	Z-kod/316	hemgång
532										
534:1										
:2										
:3										
:4										
536										
538										
542										
544										
546										

Figur 14 Förslag på framtida patienttavla

Vid en implementering av en tydligare uppdelning av patienterna utifrån vårdtyngd vilket presenterats tidigare som en förbättringsåtgärd krävs en anpassning av tavlan utifrån den givna situationen. På BB-light bör exempelvis kolumnen för Z-kod exkluderas då familjer med barn som kräver extra vård inte ska placeras där.

7.6.2 Utveckla fokustavlan

Som ett led i att förbättra information och kommunikation mellan medarbetare och ledning rekommenderas en mer omfattande och tydlig fokustavla på expeditionerna. Den bör förslagsvis innehålla information kring ansvarsfördelning, nyckeltal, avvikelshantering, förbättringsförslag samt övrig viktig information. Förslag på tavlans layout presenteras i figur 15 nedan.

BB-avdelning 3XX								
Personalplanering	Team 1	Ansvar	Team 2	Ansvar	Avvikelse	Datum	Ansvar	Åtgärd
Dag:								
Kväll:								
Natt:								
Nyckeltal			Nuläge	Mål	Förbättringsförslag			
Viktig information								

Figur 15 Rekommenderad fokustavla

Överst till vänster på tavlan finns, som figuren visar, utrymme för personalplanering, vilket innebär att dygnets personal fördelas mellan de olika teamen och tilldelas ansvarsområden. Ansvarsfördelning diskuterades närmre under rubriken arbetsätt ovan. I den mån det är möjligt bör det strävas efter ett ägandeansvar men vissa uppgifter behöver fördelas på respektive arbetspass, exempelvis telefonansvar. För att inte riskera att något av dessa ansvarsområden glöms bort kan förslagsvis uppmärkta magneter med de olika ansvarsområdena placeras ut i anslutning till personalen på tavlan.

Genom att delge personalen information kring nyckeltal och viktig information skapas en möjlighet till samsyn i organisationen. Det är ett medel för att skapa en gemensam målbild och strävan hos medarbetare och ledning. Vidare är avvikelshanteringen och förbättringsförslagen ett sätt att göra personalen delaktig och uppmuntra till ifrågasättande av deras arbetssituation med målet att ständigt förbättra den.

Genom att på detta sätt visualisera relevant information i lagom mängd skapas en möjlighet att nå ut till fler då informationen blir mer lättillgänglig för personalen. Då fokustavlan dessutom rekommenderas vara utgångspunkten och därmed central i den dagliga styrningen, vilket beskrivs närmare i avsnittet om ledarskap, kommer den innehållande informationen automatiskt delges en större andel av personalstyrkan.

För att fokustavlan ska uppnå sitt syfte och ge önskad effekt på verksamheten krävs att det skapas rutiner kring den så att den blir en naturlig del av det dagliga arbetet. Det gäller att alla har kunskap om dess syfte och förstår hur den ska användas. En strävan är att personalen ska känna att de "äger" sin egen tavla och därmed känner sig delaktiga och kan påverka den egna arbetssituationen.

7.7 Ledarskap

Eftersom ledarskapet är en avgörande faktor för att lyckas i förbättringsarbetet är det av stor vikt att detta fungerar. Som påvisats i resultatet har ledarna idag ett mycket stort antal underställda, vilket till viss del kan förklara de brister som uppmärksammats vad gäller ledarskapet. Ett för stort kontrollspann medför bristande förutsättningar i att utföra det ledarskap som förespråkas inom lean. I organisationer där det ställs högre krav på anpassningsförmåga och kunskaper är det nödvändigt med smala kontrollspann (Blohm & Levander, 2008). För att inte samordningen av de anställdas arbetsuppgifter ska bli alltför komplex bör inte kontrollspannets bredd vara fler än sex till nio närmast underställda (Bruzelius & Skärvad, 2004). Vad som är lämpligt beror alltså på vilken typ av organisation det gäller. Ledarnas nuvarande kontrollspann, vilket för verksamhetschefen och vårdenhetschefen är 40 respektive 90 underställda, kan klart konstateras för breda. De anses alltså inte ha rätt förutsättningar för att kunna bedriva det ledarskap som eftersträvas. För att få ett fungerande ledarskap i organisationen krävs det att ledarnas antal underställda reduceras.

Ytterligare åtgärdsförslag som analyserats fram inom detta område presenteras i tabell 7 och beskrivs vidare nedan. Samtliga förbättringsförslag förutsätter smalare kontrollspann för att ge önskad effekt.

Tabell 7 Förbättringsförslag - Ledarskap

Förbättringsförslag - Ledarskap

- Ökad spontan närvaro i verksamheten
 - Införa daglig styrning
 - Kontinuerlig uppföljning
 - Träna ledarna i att leda förbättringsarbetet
-

7.7.1 Ökad spontan närvaro i verksamheten

För att minimera glappet som i dagsläget råder mellan ledning och medarbetare är ledningens närvaro i verksamheten av stor betydelse. Ledningen måste engagera sig i och prioritera att gå ut i verksamheten för att förstå situationen och sin organisation och kunna identifiera förbättringsmöjligheter. Högre ledning bör visa sig ute i verksamheten ett par gånger i månaden medan närmaste ledaren bör avsätta tid till detta dagligen. Ledningens närvaro ska ske både spontant och planerat för att på bästa sätt lära känna verksamheten och identifiera förbättringsmöjligheter.

En ökad närvaro bland ledarna i verksamheten förväntas minska risken att information som delges personalen tolkas och omvärderas vilket reducerar missuppfattning och ryktesspridning bland personalen. Ledningens ökade närvaro förväntas även ge positiv effekt på personalens arbete då det leder till att ledarna ser personalen och får en förståelse för deras arbetssituation. I arbetet att höja BB-vårdens prioritet är det av stor vikt att ledarna är närvarande och visar sitt engagemang. Närvaron ökar även ledarens möjlighet att ge uppskattning till varje enskild individ. Då ledningens förståelse kring verksamheten ökar skapas en möjlighet för ledningen att bedriva arbetet med en högre grad av patientfokus.

7.7.2 Införa daglig styrning

Ett verktyg för att öka ledningens planerade närvaro i verksamheten är att införa daglig styrning i nära anknytning till skiftöverlämningarna. Daglig styrning innebär korta, strukturerade och fokuserade möten där både medarbetare och ledare deltar. Mötet ska med fördel ske på stående fot framför fokustavlan, som beskrevs närmre under rubriken visualisering, och bör endast ta tio minuter på respektive avdelning. De möten som idag sker i konferensrum Blå havet rekommenderas alltså att avskaffas och ersättas med denna typ av daglig styrning.

Personalen som arbetar dagspass föreslås samlas till möte någon gång mellan halv åtta och åtta på vardera avdelning där vårdenhetschefen leder mötet. Vårdenhetschefen ska även leda mötet på samma sätt när kvällspasset går på, förslagsvis mellan halv två och två på vardera avdelning. Eftersom vårdenhetschefen inte har möjlighet att leda mötet när nattpersonalen påbörjar sitt arbetspass föreslås att mötet på detta pass leds av sektionsledaren. Detta förväntas även leda till att sektionsledaren sätter sig in i och prioriteter BB i större utsträckning än vad som görs idag. Vårdenhetschefen bör dock någon gång i månaden även leda mötet för nattpersonalen för att följa upp arbetet och visa sin närvaro.

Under mötet går ledaren igenom aktuella nyckeltal, hur avdelningen ligger till i förhållande till målen, och rapporterar och förmedlar om det uppkommit några avvikelser i form av trasig utrustning, bristande dokumentation eller brist på material. Avvikelse av mer komplex karaktär tas upp och antecknas för att sedan behandlas vidare i andra typer av forum. Ny information som uppkommit ska kortfattat delges personalen på mötet och förbättringsförslag som noterats ska gås igenom. Ledaren bör även förklara hur dessa tas vidare vilket är en del av det standardiserade arbetssättet vad gäller förbättringsarbete.

Den dagliga styrningen kommer att öka ledningens närvaro i verksamheten och förväntas bidra till ett ökat förtroende för ledningen. Det ökar också ledningens förståelse för medarbetarna och verksamheten. Forumet förväntas skapa förutsättningar för en gemensam målbild i organisationen där ledning och medarbetare arbetar i samma riktning. Daglig styrning är ett led i att förstärka kommunikationen inom organisationen, både mellan ledare och medarbetare och medarbetare sinsemellan.

7.7.3 Kontinuerlig uppföljning

För att lyckas med förbättringsarbetet och minska risken att falla tillbaka i gamla och dåliga vanor är det av stor vikt att ledaren ständigt följer upp och kontrollerar att standarder efterlevs av samtliga i personalen. Det rekommenderas därför att skapa rutiner för kontinuerlig uppföljning av verksamheten bland ledarna. Uppföljningen förväntas även minska det rådande glappet mellan ledning och medarbetare då ledningens intresse för verksamheten och personalens arbete framträder i högre grad.

7.7.4 Träna ledarna i att leda förbättringsarbetet

Ett ytterligare kriterium för att lyckas utveckla ett system där ständiga förbättringar är en del av verksamhetens vardag är att ledarna besitter kunskap kring förbättringsarbetet och utgör en förebild för sina underställda. Det är av allra största vikt att ledaren engagerar sig i förbättringsarbetet och har kunskap om hur och varför förbättringarna genomförs och vad de förväntas generera.

Rekommendationen är därför att ledarna ska utbildas och tränas i att leda förbättringsarbetet för bästa möjliga resultat.

Detta tillvägagångssätt visade sig under Lean Healthcare konferensen användas framgångsrikt på Karolinska Universitetssjukhuset där det uppmärksammats att ledarna behöver hjälp och stöttning i det nya ledarskapet. För att ledarna självständigt ska kunna leda, träna och stödja medarbetarna i förbättringsarbetet krävs det att de har god kunskap och förståelse kring det de lär ut.

7.8 Information och kommunikation

En fungerande informations- och kommunikationsprocess är en förutsättning för att kunna bedriva en effektiv verksamhet. Som beskrivs under rubriken 3.11 ovan är en effektiv och standardiserad kommunikation en förutsättning för att kunna bedriva en god och patientsäker vård. Ett inom vården väl beprövat kommunikationsformat som skapar förutsättning för ett sakligt och korrekt informationsutbyte är SBAR, vilket står för S – situation, B – bakgrund, A – aktuellt tillstånd och R – rekommendation (Wallin & Thor, 2008).

Det första steget i metoden handlar om att avsändaren vid rapportering eller avstämning förbereder sig genom att strukturera sitt budskap och fokusera på vad som är av betydelse för ett säkert och effektivt patientarbete just då (Wallin & Thor, 2008). Detta kan exempelvis göras genom att ställa sig frågan, vad är problemet eller anledningen till kontakt? I bakgrunden ska sedan mottagaren få en relevant sammanställning av patientens sjukdomshistorik för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd (Lefvert, 2010). Aktuellt tillstånd handlar om att rapportera fakta om nuläget, exempelvis kan eventuella förändringar i patientens tillstånd som tillkommit efter tidigare undersökningar tas upp. I det sista steget, rekommendation, ska avsändaren ge mottagaren ett förslag till åtgärd utifrån de uppgifter som lämnats via S, B och A. Innan kommunikationen avslutas ställs även frågorna, finns det fler frågor och är vi överens? SBAR-kommunikationen är avslutad när både sändare och mottagare har bekräftat åtgärden.

Införandet av metoden förutsätter ledningens engagemang och stöd och att ledningen tydliggör hur SBAR anknyter till verksamhetens vision och strategier kring patientsäkerhet (Wallin & Thor, 2008). SBAR bör beaktas i all typ av kommunikation och ska därför ligga till grund för de förbättringsförslag gällande kommunikation mellan vårdpersonal som presenteras nedan.

Med målet att eliminera de problem som idag uppstår till följd av bristande information och kommunikation på BB-avdelningar rekommenderas förbättringsförslagen i tabell 8 nedan. En beskrivning av respektive förslag följer i nästkommande delkapitel.

Tabell 8 Förbättringsförslag - Information och kommunikation

Förbättringsförslag – Information och kommunikation

- Inför tillfälle för gemensam information för familjerna
 - Utöka informations- och kommunikationskanalerna
 - Effektivisering av skiftöverlämningar
 - Effektivisering av patientöverlämning mellan förlossning och BB
-

7.8.1 Inför tillfälle för gemensam information för familjerna

För att råda bot på problemet att patienterna många gånger inte anser sig få tillräckligt med information, vilket påverkar den upplevda tryggheten vid hemgång negativt, rekommenderas ett gemensamt tillfälle för information och utbyte av erfarenhet på respektive avdelning. Informationstillfället föreslås ske en gång om dagen på en förutbestämd tid under kvällspasset där familjerna i god tid innan delges information om tid och plats. Under den gemensamma informationen tar barnmorskan alternativt barn-/undersköterskan upp allmän information kring BB-vården och tiden efter hemgång, visar amningstekniker med lösbröst och docka och ger utrymme för frågor och öppna diskussioner.

På detta sätt ges samtliga familjer möjlighet till information samtidigt som det förväntas frigöra tid för personalen då de inte behöver ge familjerna all informationen var för sig. Det handlar alltså om att arbeta proaktivt genom att försöka delge informationen innan frågorna uppkommer. Informationstillfället är även bra för de familjer som är omtumlade under BB-tiden och därmed inte alltid kommer på vad de ska fråga förrän de kommit hem. De får då möjlighet att höra andra familjers frågor vars svar troligtvis är relevanta för alla. Efter sammanslutningen kan sedan informationen anpassas och utvecklas enskilt till varje familj på rummen.

7.8.2 Utöka informations- och kommunikationskanalerna

För att utöka informations- och kommunikationskanalerna ytterligare och därmed säkra att familjerna inte går miste om viktig information rekommenderas en TV på vardera patientrum med rullande information om händelser under BB-tiden och eventuellt filmer kring amning och tiden efter hemgång. Exempel på information om BB-vistelsen är mattider, tid för gemensam informationsträff, information kring prover och barnläkarundersökning. Dessa informations- och kommunikationskanaler förväntas underlätta för familjerna att ta del av informationen då det är svårt att läsa i en broschyr samtidigt som barnet ska tas om hand.

Viktigt att poängtera är att dessa nya informations- och kommunikationskanaler inte utesluter den muntliga kommunikationen med familjerna. Den muntliga dialogen är fortfarande av största vikt och förväntas endast underlättas i och med de utökade informations- och kommunikationskanalerna. Den föreslagna åtgärden möjliggör även att informationen kan fokuseras och anpassas efter patientens behov. Människor fungerar olika, de vill ha olika mycket information och tar till sig information på olika sätt, vilket gör att flera sorters kommunikationskanaler ökar anpassningsgraden och säkrar att informationen går fram.

7.8.3 Effektivisering av skiftöverlämningar

Enligt observationer finns det möjlighet att effektivisera skiftbytena på avdelningarna då dessa ofta tenderar att dra ut på tiden och bli ineffektiva. Rekommendationen är att införa tysta överlämningar, så kallade läsrapporter, vilket innebär att personalen börjar sitt arbetspass med att läsa in sig på de patienter de ska ansvara för under arbetspasset. Tysta överlämningar utesluter inte den muntliga kommunikationen mellan medarbetarna utan är ett sätt att effektivisera överlämningen. Den muntliga kommunikationen behöver då endast ske med berörd personal och innefatta avvikelser eller viktig information kring någon patient som inte får missas. Med tysta överlämningar minskar risken att rapporteringen färgas av personliga åsikter kring patienterna. Även dokumentationen

förväntas bli bättre med tysta överlämningar då behovet av strukturerad information blir mer påtaglig då personalen själva läser sig till den dokumentation de vill ha (Inde 2011).

I nära anknytning till skiftöverlämningarna föreslås även dagliga möten med påbörjande arbetsteam som leds av vårdenhetschefen alternativt sektionsledaren, vilka beskrevs närmare i förbättringsförslaget gällande daglig styrning under rubriken ledarskap ovan.

7.8.4 Effektivisering av patientöverlämning mellan förlossning och BB

Enligt observationer finns det även möjlighet att effektivisera överlämningen av patienter mellan förlossning och BB. Som det ser ut i dagsläget ringer förlossningspersonalen till en av BB-avdelningarna för att rapportera över patienten. Det har visat sig att överlämningarna tenderar att bli långdragna och att BB-personalen ges utrymme att försvara att de har en hög vårdtyngd på avdelningen och att förlossningspersonalen istället borde ringa den andra BB-avdelningen. Samtalet tenderar därmed ofta att bli ineffektivt och anses inte värdeskapande för patienten.

Rekommendationen är istället att förlossningspersonalen när denne lämnat familjen på BB skriver in familjen på tavlan på expeditionen och att den blå magneten, som beskrevs under rubriken visualisering, signalerar att en ny familj har ankommit till BB. Familjen placeras alltså på den avdelning som har lägst beläggning. När personalen på BB får signalen om sin nya patient är det dennes uppgift att läsa in sig på patienten innan inskrivningssamtalet hålls. Finns ansvarig BB-personal att tillgå kan även en snabb muntlig överlämning ske innan förlossningspersonalen lämnar BB.

7.9 Vårdtid

Det har under såväl observationer som intervjuer och samtal påvisats att den interna organisationen påverkar vårdtiden och därmed i förlängningen även tillgängligheten på normal-BB. De förbättringsförslag som presenterats ovan förväntas ge positiv effekt på vårdtiden totalt sett och i och med detta generera en ökad tillgänglighet. Detta då de icke-värdeskapande aktiviteterna som har identifierats på avdelningarna via förbättringsåtgärderna till stor del kan elimineras alternativt reduceras. Ett första steg är att fokusera på vårdtider av extrem karaktär. Det har under studien påvisats att flera av dessa är mödrar med barn på neonatalavdelningen som inte är i behov av den långa vårdtiden på BB. Bara genom att exkludera dessa kommer vårdtiderna totalt sett att reduceras.

Sambandet mellan studiens lösningsförslag, vilka har sin utgångspunkt i Lean Healthcare, och en reducerad vårdtid illustreras fritt efter Aherne & Whelton (2010) i figur 16 nedan. Den förbättring av vårdkvaliteten som förväntas genereras i och med ovan nämnda förbättringsåtgärder påverkar i sin tur vårdtiden i positiv riktning, såväl ur ett patientperspektiv som ur ett organisationsperspektiv.



Figur 16 Samband mellan Lean Healthcare och vårdtid, fritt efter Aherne & Whelton (2010).

Något som tidigt under studien ansågs problematiskt är som redogjorts i resultatet att mamman i dagsläget inte skrivs in på BB när familjen anländer till avdelningen. Detta gör att det inte finns någon korrekt siffra på hur lång vårdtiden faktiskt är på BB och det går inte att följa upp hur länge familjen ligger kvar på förlossningen innan de förflyttas. Detta faktum försvårar arbetet med att identifiera vad som påverkar ledtiden och var tiden i dagsläget uppstår. Som Ax et al. (2009) menar kan det som inte går att mäta heller inte förbättras. Detta talar för en separering av BB och förlossning i systemet för att kunna kartlägga vårdtiden.

8. Fortsatta studier

I följande kapitel presenteras de förslag och idéer till fortsatta studier som väckts under arbetets gång.

Då upplärning av såväl befintlig som ny personal är betydande för att lyckas i arbetet med standardiserat arbetssätt upplevs detta vara ett viktigt område att studera vidare (Liker & Meier, 2006). Inlärningsmetodik är ett omfattande område som behöver behandlas mer än vad som varit möjligt med hänsyn till studiens tidsbegränsning. Enligt Liker och Meier (2006) är instruktionsmetodiken avgörande för hur effektiv inläringen blir och påverkar därmed i hög grad hur väl en organisation lyckas med sitt förbättringsarbete.

Då det i intervjuer med personal har framkommit att de anser att vissa tidigare implementeringar av förändringar i verksamheten varit bristande, är det av stor vikt att undersöka hur de presenterade förbättringsförslagen ska implementeras för att förändringen ska ge bästa möjliga effekt. Det vore därför intressant att undersöka förändringsstrategin närmare och få möjlighet att implementera de, eller några av de, förbättringsförslag som framfördes i kapitel 7.

Det har även via observationer påvisats att det finns förbättringsmöjligheter på angränsande avdelningar, förlossning och Storken. Då dessa avdelningar är en del av samma flöde som normal-BB och därmed påverkar patientens totala upplevelse av vården vore det intressant att studera dessa avdelningar ytterligare.

Det vore även av intresse att studera hur samarbetet mellan BB och barnvårdscentralen fungerar och om detta kan förbättras. Frågan är hur värdeskapande ett återbesök på Storkenmottagningen är för patienten i de fall då denne redan varit i kontakt med och träffat sin barnvårdscentral.

Att undersöka samarbetet mellan Östra sjukhusets normal-BB och Mölndals normal-BB vore också av intresse då dessa är en del av samma organisation och att det är viktigt att patienten erhåller vård av samma kvalitet vilken BB-avdelning de än befinner sig på.

Till sist hade det varit intressant att vidga vyerna och undersöka hur BB-vård planeras och beskrivs utifrån ett internationellt perspektiv. Viss litteratur har påvisat goda resultat av verksamhetsutveckling inom sjukvården i USA men en jämförande analys av andra länder såväl inom som utom Europa upplevs spännande och lärorikt.

9. Litteraturförteckning

- Aherne, J. & Whelton, J., 2010. *Applying Lean in Healthcare- A Collection of International Case Studies*. New York: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Andersson, K. & Rasmuson, A., 2012. *Säkert flödesarbete - Metodbeskrivning*. Stockholm, Karolinska Universitetssjukhuset.
- Ax, C., Johansson, C. & Kullvén, H., 2009. *Den nya ekonomistyrningen*. 4:4 red. Malmö: Liber AB.
- Bergman, B. & Klefsjö, B., 2007. *Kvalitet- från behov till användning*. Upplaga 4:6 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bicheno(1), J., 2009. *Ny verktyglåda för Lean- För snabbt och flexibelt flöde*. u.o.:Revere AB.
- Bicheno(2), J., 2009. *Lean Handbok för Service och Tjänster*. u.o.:Revere AB.
- Black, J. & Miller, D., 2008. *THE TOYOTA WAY TO HEALTHCARE EXCELLENCE - INCREASE EFFICIENCY AND IMPROVE QUALITY WITH LEAN*. Chicago: Health Administration Press.
- Blohm, G. & Levander, E., 2008. *Pyramidens gåta*, Lund: Lunds universitet.
- Brandt, J., 2013. *Lean i svensk sjukvård- bakgrund, praktik och reflektioner*. Upplaga 1:1 red. Stockholm: Liber AB.
- Bruzelius, L. H. & Skärvad, P.-H., 2004. *Integrerad organisationslära*. 9:6 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Carlsson, B., 1990. *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*. 2:a red. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2:1 red. Lund: Studentlitteratur AB.
- Graban, M., 2012. *Lean Hospitals- Improveing Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*. Upplaga 2 red. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Gunnarsson, R., 2002. *Validitet och reliabilitet*. [Online]
Available at: <http://infovoice.se/fou/bok/10000035.shtml>
[Använd 11 April 2013].
- Hadfield, D. K., Holmes, S., Sperl, T. & Kozlowski, S. F., 2012. *The New Lean Healthcare Pocket Guide - Tools for the Elimination of Waste in Hospitals, Clinics, and Other Healthcare Facilities*. u.o.:MCS Media.
- Inde, M., 2011. *Ännu närmre- För en god och säker patientnärmre vård*. Karlstad: Landstinget i Värmland.
- Jackson, T. L., 2012. *Standard Work for Lean Healthcare*. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Jacobsson, T., 2010. *Implementering av processlösningar i sjukvården*. Göteborg: Chalmers tekniska högskola.
- Kvale, S., Brinkmann, S. & Torhell, S.-E., 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lean Healthcare, 2013. *Chefen leder flödesarbetet på Karolinska*. Stockholm, Lean Forum.
- Lefvert, S., 2010. *Bättre kommunikation minskar riskerna i vården med SBAR*. [Online]
Available at:

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden
[Använd 15 Maj 2013].

Liker, J. K., 2004/2009. *The Toyota Way- Lean för världsklass*. Upplaga 1:1 red. Malmö: Liber AB.

Liker, J. K. & Meier, D., 2006. *The Toyota Way Fieldbook- A Practical Guide for Implementing Toyota's 4Ps*. u.o.:The McGraw-Hill Companies.

Lindér, J., 2012. *LEAN-träning i Japan 2012*. Kakamigahara-shi Gifu-ken: JMAC & MIC.

Lundberg, S., 2012. *Vårdförbundet*. [Online]

Available at: <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/sakervard/Overbelaggningsar/>
[Använd 3 April 2013].

Porter, M. E., 2010. What Is Value in Health Care?. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 23 December, pp. 2477-2481.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2012. *Organisation*. [Online]
[Använd 21 Mars 2013].

Statistiska centralbyrån, 2013. *Befolkningsframskrivningar*. [Online]

Available at: http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_91828.aspx
[Använd 6 Maj 2013].

Toussaint, J., Gerard, R. A. & Adams, E., 2010. *On the Mend - Revolutionizing Healthcare to Save Lives and Transform the Industry*. Cambridge, MA: Lean Enterprise Institute.

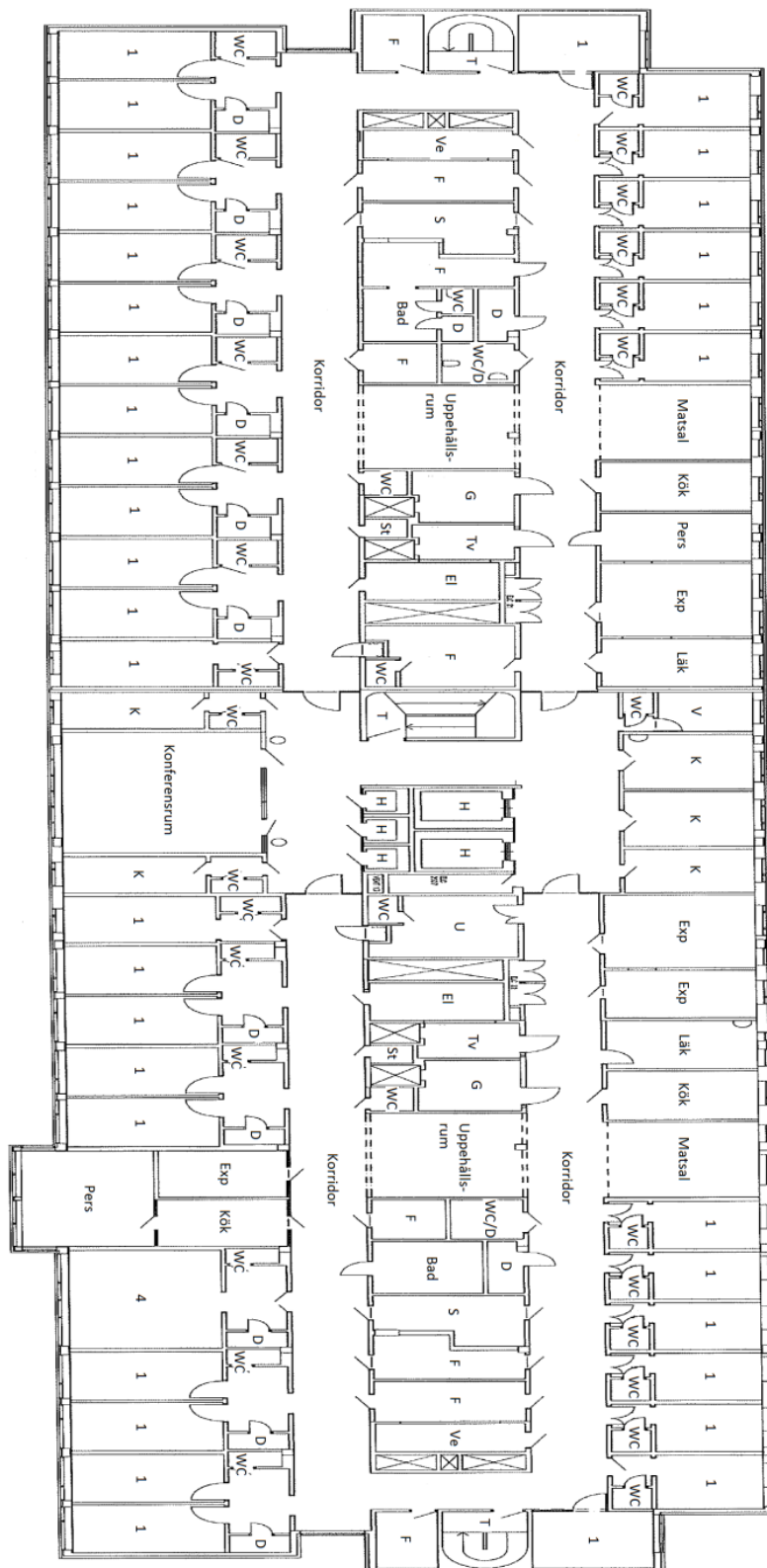
Wallén, G., 1996. *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. 2:15 red. Lund: Studentlitteratur AB.

Wallin, C.-J. & Thor, J., 2008. SBAR - modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 105(nr26-27), pp. 1922-1925.

10. Bilagor

I följande kapitel presenteras relevanta bilagor till rapporten vilka syftar till att ge den intresserade läsaren kompletterande material.

Bilaga 1 – Layout över BB-avdelning 310 och 311 på plan två



Bilaga 2 – Intervjufrågor till medarbetare

Inledande information: vilka vi är, bakgrund till varför vi är här och praktisk formalia

- Chalmersstudenter
- Vår utbildning, Ekonomi och Produktionsteknik, en tvärvetenskaplig utbildning som blandar tekniska ämnen med ekonomi som ska leda till en god helhetsbild av en organisation.
- Hur mycket information har ni fått om oss?
- Syftet är att försöka kartlägga BB-processen
- Förväntad tidsåtgång
- Konfidentialitet: namn kommer inte nämnas, om det är något ämne eller någon fråga som ni inte vill besvara är detta givetvis helt ok.

Beläggning och kapacitet

- Hur upplever du att beläggningen ser ut på normal-BB? Är antal platser tillräckliga, är det ofta överbelagt?
- Hur många familjer upplever du att en barnmorska på normal-BB oftast har hand om? Vad anser du är rimligt?
- Hur länge upplever du att en familj normalt befinner sig på BB. Hur lång genomloppstid? Är detta en rimlig tid?

Team och personalplanering

- Hur upplever du att planeringen av läkare/barnmorskor/undersköterskor fungerar?
- Arbetar ni i team? Hur fungerar detta? Teamledare?
- Vad anser du gynnar eller missgynnar teamkänslan?

Uppdelning

- Hur upplever du uppdelningen mellan normal- och specialförlossning respektive normal- och special BB? Hur ser samarbetet ut?
- Vilka fördelar respektive nackdelar ser du med denna uppdelning?
- Hur upplever du att överlämningen mellan förlossningen och BB fungerar?

Ledarskap

- Hur upplever du att förhållandet mellan dig och ledning fungerar? På vilket sätt är det bra/mindre bra?
- Hur upplever du ledningens (närmaste chef och verksamhetschef) närvaro i verksamheten?

Kommunikation

- Hur fungerar kommunikationen mellan dig och ledning?
- Hur fungerar kommunikationen mellan dig och andra medarbetare? Hur fungerar samarbetet?
- Hur upplever du att samarbetet mellan olika yrkesgrupper, läkare, barnmorskor och undersköterskor, fungerar? Hur fungerar läkarbesöken?

Arbetsätt

- Finns det rutiner för hur arbetet ska bedrivas?

- Hur introduceras en ny medarbetare på normal-BB.

Förbättringsarbete

- Hur arbetar man med förbättringar i verksamheten?
- Tar du eget ansvar för att förbättra verksamheten? Hur?
- Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetssituation och bidra i förbättringsarbetet?

Feedback

- Anser du att du får tillräcklig respons på din arbetsinsats? Dels från ledningen och dels från patienten?
- Hur följs vårdkvaliteten upp? Får du respons på patientenkäten, på vilket sätt? Hur arbetar man med uppföljning av dessa?

Dokumentation

- Hur upplever du överlämningen vid skiftbyten, vad fungerar bra respektive mindre bra?
- Hur anser du att dokumentationen kring patienterna fungerar? Är datasystemen användarvänliga, om inte på vilket sätt?

Övriga frågor

- Upplever du att du har rätt förutsättningar för att kunna göra ett bra jobb och ge bra vård?
- Anser du att patienterna får den vård de behöver och förväntar sig?
- Vad anser du skulle underlätta i ditt arbete?
- Vilka aktiviteter genomgår en normal patient på BB?
- Hur långt innan kan en utskrivning förberedas avseende den administrativa delen?
- Hur går in- respektive utskrivningssamtalen till? Vad anser du ska innefattas i respektive samtal?

Egen input

- Vad anser du fungerar bra/mindre bra på normal-BB?

Bilaga 3 – Intervjufrågor till ledare

Inledande information: vilka vi är, bakgrund till varför vi är här och praktisk formalia

- Chalmersstudenter
- Vår utbildning, Ekonomi och Produktionsteknik, en tvärvetenskaplig utbildning som blandar tekniska ämnen med ekonomi som ska leda till en god helhetsbild av en organisation.
- Hur mycket information har ni fått om oss?
- Syftet är att försöka kartlägga BB-processen
- Förväntad tidsåtgång
- Konfidentialitet: namn kommer inte nämnas, om det är något ämne eller någon fråga som ni inte vill besvara är detta givetvis helt ok.

Arbetsroll/arbetsuppgifter/rutiner

- Hur länge har du arbetat här och var och med vad har du arbetat innan?
- Vilka uppgifter och ansvarsområden har du?
- Kan du beskriva vad du gör?
- Finns det rutiner för hur arbetet ska bedrivas på BB?
- Finns det rutiner/riktlinjer för hur ditt arbete ska bedrivas?

Ledarskap

- Hur upplever du att förhållandet mellan dig och arbetsgruppen fungerar? På vilket sätt är det bra/mindre bra?
- Hur upplever du att förhållandet mellan dig och högre ledare fungerar? På vilket sätt är det bra/mindre bra?
- Hur upplever du din närvaro i verksamheten? Hur ofta är du fysiskt ute i verksamheten?
- Upplever du att organisationen satsar på ledarna? Hur ser kompetensutveckling, träning ut etc?
- Upplever du att du har rätt förutsättningar för att kunna göra ett bra jobb som ledare?

Kommunikation

- Hur fungerar kommunikationen mellan dig och arbetsgruppen?
- Hur fungerar kommunikationen mellan dig och andra ledare med samma och högre befattning? Hur fungerar samarbetet?
- Vad finns det för mötesrutiner/struktur? Hur går det till, vilka är närvarande etc?
- Hur gör man för att nå ut till alla?

Personalplanering

- Hur upplever du att planeringen av läkare/barnmorskor/undersköterskor fungerar?
- Hur går planeringen till?
- Hur upplever du att beläggningen ser ut på normal-BB? Är antal platser tillräckliga, är det ofta överbelagt?
- Hur många familjer anser du är rimligt att en barnmorska på normal-BB har hand om?
- Hur länge upplever du att en familj normalt befinner sig på BB. Hur lång genomloppstid? Är detta en rimlig tid?

- Vilka arbetsuppgifter och ansvarsområden har en undersköterska på normal-BB?
- Vad grundar man bemanningen på? Varför ser den ut som den gör? (Ex. Varför bara ekonomibiträde på dagtid och vardag?)

Förbättringsarbete

- Hur arbetar man med förbättringar i verksamheten? Vem hittar vanligtvis förslagen?
- Tar du eget ansvar för att förbättra verksamheten? Hur?
- Upplever du att du har möjlighet att påverka din arbetssituation och bidra i förbättringsarbetet?
- Hur och av vem fattas beslut angående förbättringsförslag? Vilka man ska satsa på etc?
- Uppmuntrar man medarbetarna att arbeta med förbättringar? Hur, varför inte?

Vårdkvalitet

- Hur följs vårdkvaliteten upp? Får du respons på patientenkäten, på vilket sätt? Hur arbetar man med uppföljning av dessa?
- Anser du att patienterna får den vård de behöver och förväntar sig?

Uppdelning

- Hur upplever du uppdelningen mellan normal- och specialförlossning respektive normal- och special BB? Hur ser samarbetet ut?
- Vilka fördelar respektive nackdelar ser du med denna uppdelning?

Beslut

- Hur sker beslutsfattande i organisationen? Vilka beslut fattas på de olika nivåerna?
- Centraliserad eller decentraliserad?

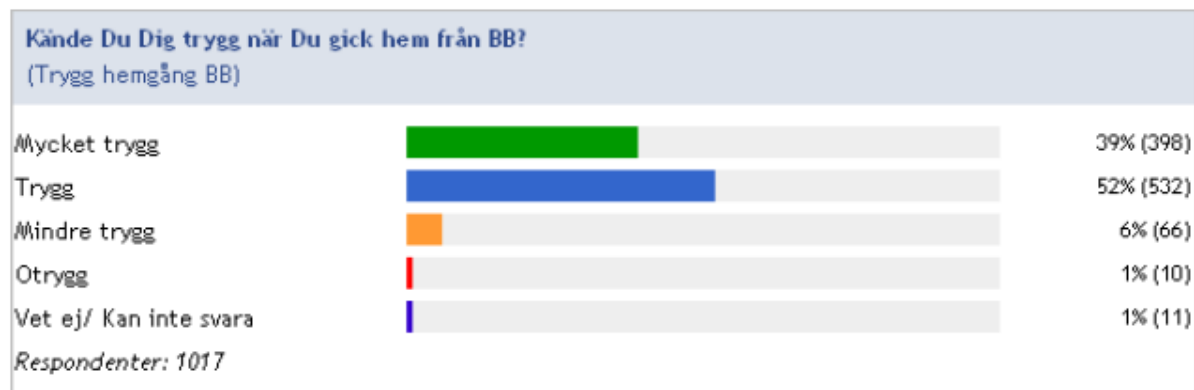
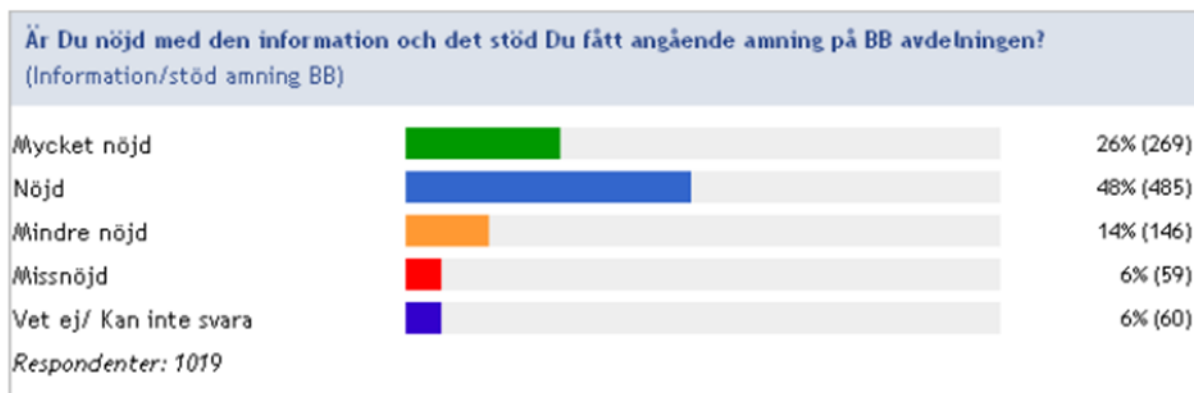
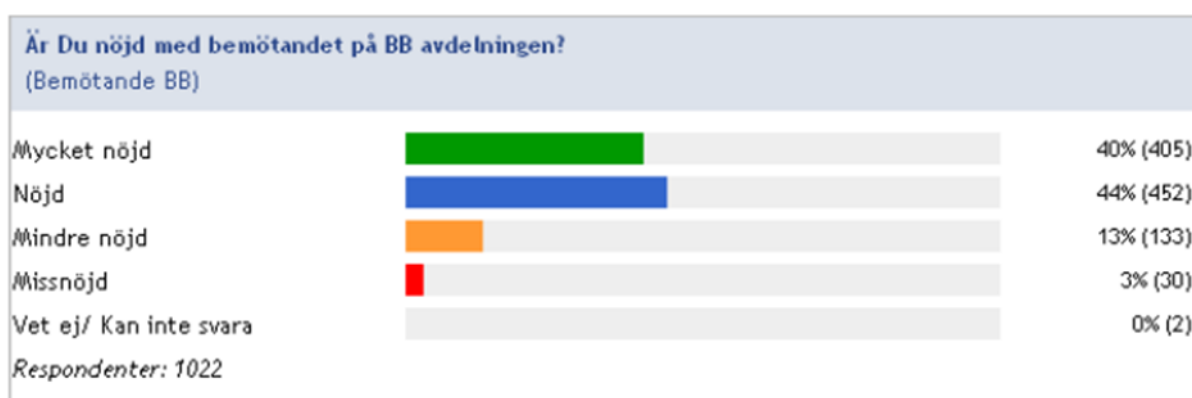
Strategi, vision och mål- Var vill man nå?

- Varför har normal-BB blivit eftersatt?
- Varför har man inte tagit tag i problemet tidigare?

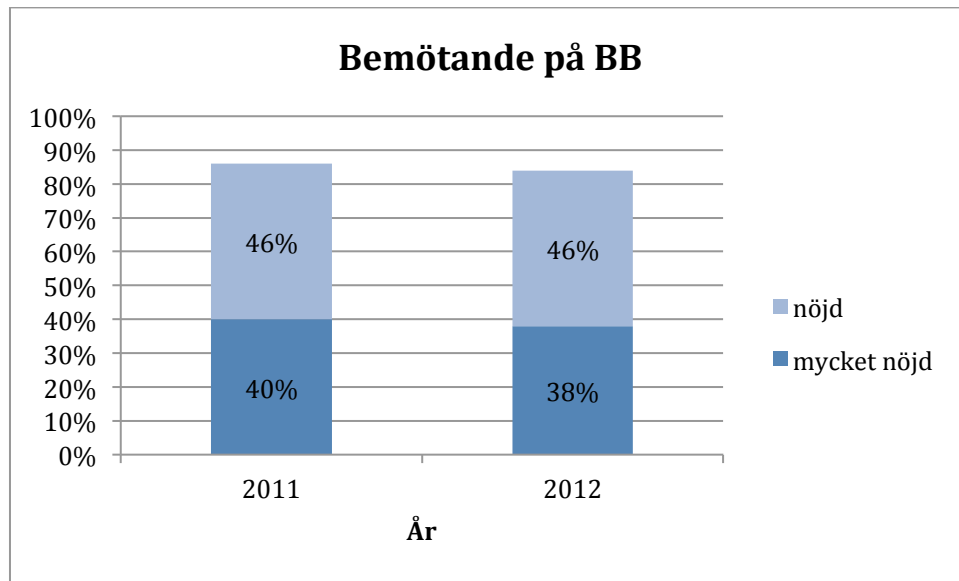
Egen input

- Vad fungerar bra/mindre bra på normal-BB?

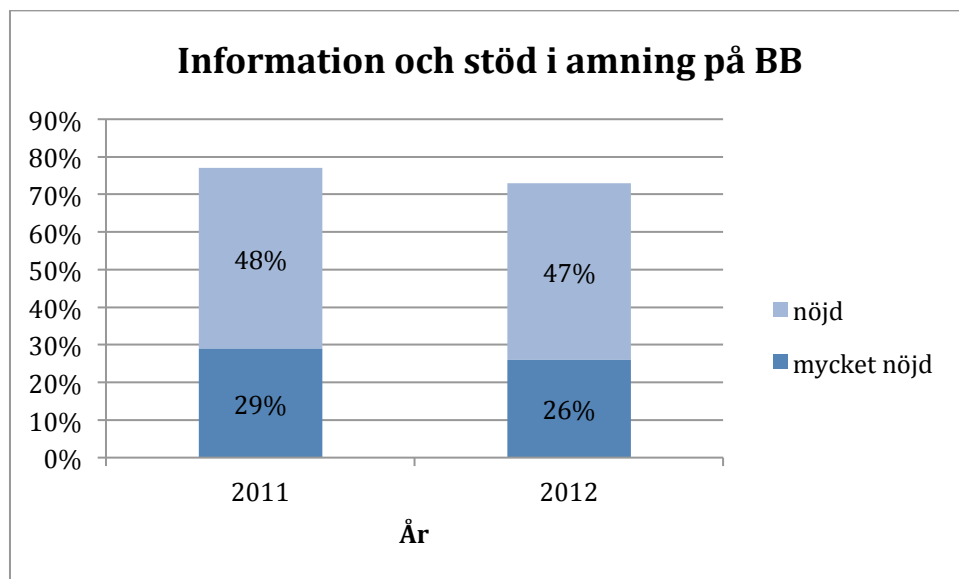
Bilaga 4 – Frågor och svar från patientenkäter, första kvartalet 2013



Bilaga 5 – Patientnöjdhet år 2011 och 2012



Figur 15 Bemötande på normal-BB år 2011 och 2012.



Figur 16 Information och stöd i amning på normal-BB år 2011 och 2012.

Bilaga 6 – Standard för informationsprocessen på SÄS BB-Hotell

<p>Välkomstsamtal</p> <p>Info-lappen "Välkommen till SÄS BB-Hotell"</p> <p>Fått info om måltider, hur ta kontakt med hotellets BB-personal?</p> <p>Planera ungefärlig tid för inprat</p>	<p>Samtal dag 2: (om inte hemgång) "Avcheckning"</p> <p>Avcheckning enligt observationslistan mor/barn/amning</p> <p>Vad som är normalt och som förväntas hända dygnet som kommer</p> <p>Påminn om amningsinformationen v.b. amningsobservation + info. utefter individuellt behov</p>
<p>Inprat</p> <p>Vilka frågor har föräldrarna själva?</p> <p>Checka av mor och barn enl. obs.listan</p> <p>Gå igenom allt i röda mappen</p> <p>Bilderboken</p> <p>Bärsjalen (+visa hur man knyter)</p> <p>BCG-lappen</p> <p>POX/BUS</p> <p>PKU/OAE</p> <p>Barnets normala beteende första och andra dygnet</p> <p>Kiss/Bajs</p> <p>Illamående</p> <p>Skakighet</p> <p>Färg</p> <p>Navelvård</p> <p>Tid och plats för amningsinformation</p> <p>v.b. amningsobs. – info. Utefter individuellt behov</p> <p>Sopor/tvätt/förråd nattetid</p>	<p>Utprat</p> <p>Checka av mor och barn enl. obs.listan</p> <p>Info om vad som är normalt och vad som förväntas hända de närmaste dygnet tills kontakt med BB-öppenvård</p> <p>Info-lapp med tider för planerade kontakter och telefonnummer till BB och BB-Öppenvård</p> <p>Ta tillbaks bilderbok och sjal. Signera "gula" lappen och lägg tillbaks i lådan.</p> <p>Påminn föräldrarna om att: städa ur rummet, tömma sopor etc. hänga ut lappen på dörren då de går gå via receptionen och checka ut</p> <p>ID-kontroll innan de lämnar avdelningen</p>