



LUND UNIVERSITY
Campus Helsingborg

Processer när man vill och kan?

-Processarbete i en professionell organisation

Linus Janén

Erik Karpesjö

Marcus Schultz

Löpnummer: 2425

Handledare:
Gustav Kastberg
Johan Alvehus

SMKK10
Kandidatuppsats
VT 2012

Sammanfattning

Vad: Kandidatuppsats, Service Management Logistics, Lunds universitet, Campus Helsingborg, VT2012.

Författare: Linus Janén, Erik Karpesjö och Marcus Schultz.

Titel: Processer när man kan och vill? –Processarbete med professionella

Handledare: Gustav Kastberg och Johan Alvehus.

Syfte: Syftet med denna uppsats är att titta på en sjukhusenhet som börjat arbeta med processer och analysera och diskutera detta utifrån existerande idéer om processarbete. Ser deras processarbete ut som redan existerande modeller eller skiljer det sig?

Metod: Fallstudieorienterad forskningsdesign med abduktivt arbetssätt.

Slutsatser: Strokeenheten vid Helsingborgs Lasarett har inlett processarbete för vissa utvalda delar av arbetet på avdelningen för att skapa en bättre vård för patienten. Dessa processer fungerar och används av personalen i det dagliga arbetet. Utifrån ett praktiskt perspektiv är det inga problem då de fungerar, men ur ett teoretiskt perspektiv där olika modeller och idéer appliceras haltar de något.

Till skillnad från exempelvis ett tillverkande företag är det problematiskt att inte veta i förväg vad som ska göras förrän patienten kommer och en diagnos ställts. Detta påverkar möjligheten att kunna arbeta processinriktat. Patienten kanske inte faller inom ramen för vad processen tar hänsyn till. Då måste man gå utanför och frånga processen. Även den funktionsinriktade organisationsstruktur som traditionellt existerar inom sjukvården skapar hinder för ett processinriktat arbetssätt. Samtidigt bör inte processer skapas enbart för sakens skull. Det skulle kunna vara lämpligt att skapa en övergripande patientflödesprocess istället för att ha olika PM som specifika delprocesser. Exkludera PM från processtänkandet och ha dem som arbetsmoment utan att specificera exakt var i processen de ska användas.

För att utveckla processarbetet bör sjukhus fokusera på patienten och inte på patientens vård. Detta kräver att hela sjukhusorganisationen involveras och att man går mot en patientflödesinriktad struktur med ansvarsområden som täcker patientens vårdbehov och inte

stannar vid avdelningsgränserna. Att använda sig av ett större systemperspektiv skulle kunna underlätta detta arbete. Med detta menas inte att processarbete på lokal nivå är olönsamt. Vår studie har visat att enhetens processarbete har fått positiva effekter där det kunnat appliceras. Även om en systemomställning för hela vården ter sig avlägsen, är ett processinriktat tanke- och arbetssätt positivt. Personalen bör helt enkelt skapa processer där de vill och kan. Med ett processinriktat arbetssätt förtydligas arbetet och även medarbetarnas enskilda roller i ett större sammanhang, vilket leder till en bättre förståelse och ett ökat engagemang och en bättre vård för patienterna.

Nyckelord: Process, stroke, professionell organisation, styrning, flöde.

Innehållsförteckning

Förord	6
1 Inledning.....	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Problemformulering	9
1.3 Syfte och frågeställning	9
1.4 Avgränsningar.....	10
1.5 Disposition.....	11
2 Teori.....	12
2.1 Professionella organisationer	12
2.2 Processer.....	14
2.2.1 Processer inom sjukvården.....	15
2.2.2 Varför fokus på processer?.....	16
2.2.3 Processtyper eller kategoriseringar	17
2.2.4 Processkartläggning.....	19
2.3 Systemdynamik	22
2.3.1 Mentala modeller	22
2.4 Styrning i kunskapsintensiva organisationer	23
3 Metod	26
3.1 Val av ämne.....	26
3.2 Objektet - Strokeenheten	26
3.3 Forskningsmetod och tillvägagångssätt.....	27
3.3.1 Urval och tillträde	28
3.3.2 Kvalitativa intervjuer	29
3.3.3 Dokumentstudie.....	29
3.3.4 Tillförlitlighet.....	30
4 Empiri.....	32
4.1 Strokeenheten.....	32
5 Analys och diskussion	39
5.1 Processer.....	39
5.1.1 Varför processer inom sjukvården?	41
5.1.2 Delprocesser	43
5.1.3 Processkartläggning.....	43
5.2 Systemdynamik	44

5.3	Styrning i kunskapsintensiva organisationer	45
6	Slutsatser och rekommendationer	47
6.1	Slutsatser	47
6.2	Rekommendationer	51
7	Referenser	53

Bilaga 1: Processkarta 1

Bilaga 2: Processkarta 2

Bilaga 3: PM

Bilaga 4: Intervjuguide

Förord

Vi vill först och främst tacka Helsingborgs Lasarett Strokeenhet för att de tog sig tid från sin stressiga arbetsdag för att hjälpa oss med information om sin enhet och sitt arbetssätt. Vi vill tacka all berörd personal. Vidare vill vi tacka Karin Borgvall och Ingrid Ainalem på Region Skånes Utvecklingscentrum för deras engagemang och för att ha förmedlat kontakten med Helsingborgs Lasarett och därmed möjliggjort detta arbete. Vi vill även tacka Kerstin Schultz för hennes hjälp med korrekturläsning och sist men inte minst vill vi nämna Gustav Kastberg och Johan Alvehus på ISM vid Lunds Universitet, Campus Helsingborg för deras handledning under arbetets gång.

1 Inledning

Denna inledande del tar upp begreppet processer och varför det är intressant för en professionell organisation. Problemet som diskuteras är att det finns en konflikt mellan processer och denna sorts organisationer. Vi studerar en strokeenhet utifrån ett logistiskt perspektiv och utelämnar den medicinska aspekten då den ligger utanför vår kompetens. En disposition avslutar avsnittet där strukturen på uppsatsen kortfattat går igenom.

1.1 Bakgrund

Företag strävar kontinuerligt efter att bli mer och mer effektiva och att hitta nya metoder för detta. Processer och processtänkande är ett av alla verktyg som används. Genom att titta på alla steg vid tillverkandet av en produkt eller tjänst, och se till att alla förstår hur de är länkade och påverkas av varandra, går det att få ett resultat med hög kvalitet med så få kassationer som möjligt (Rentzhog, 1998). Med detta vill vi inte säga att processer är något nytt påfund. Företag har alltid arbetat med dem på ett eller annat sätt men kanske inte varit medvetna om att det faktiskt varit processer de arbetat med. Att säga att något är en process betyder inte att det är först då det blir en process (Ljungberg & Larsson, 2001).

Den allmänna synen är att processer är något som lämpar sig bäst för industrier där repetitiva moment utförs om och om igen i en arbetskedja som inte skiljer sig nämnvärt från gång till gång (Ljungberg & Larsson, 2001). Processer finns även i så kallade professionella organisationer där arbetet inte är lika styrt och har en större variation. De förlitar sig mer på medarbetares kunskap än på förutbestämda arbetssätt som ska följas slaviskt (Löwendahl, 2005). Just oregelbundenheten i professionellt arbete ställer till vissa problem med att definiera specifika processer då det inte alltid är säkert att de kommer följas.

Ett sjukhus är en sådan organisation. De har dels en välutbildad och professionell personal och dels en uppdelning av organisationen (Mintzberg, 1983).

Hur passar då ett processtänkande in i sjukvården? Det är en fråga som fått uppmärksamhet och man har börjat undersöka hur situationen kan förändras. I 2008 års rapport för Utvecklingscentrum i Region Skåne (Nilsson, 2008) tas tre olika vårdgivarmodeller inom

vården upp: den funktionsorienterade, den processororienterade och den patientprocessororienterade. I många år har det förstnämnda perspektivet varit dominerande och de flesta sjukhus arbetar fortfarande utifrån ett funktionsperspektiv där de olika enheterna fokuserar, mer eller mindre, på sig själva och är specialister på sitt eget område.

Strokeenheten på Helsingborgs Lasarett har infört ett processbaserat arbete, som också involverar parter utanför strokeenheten, vilket ger en indikation om att strokeenheten har börjat gå från ett funktionsinriktat arbetssätt och mer mot ett gränsöverskridande.

Enligt Nilsson (2008) börjar fokus skifta och processer inom sjukvården har blivit ett allt hetare samtalsämne. Med processer i åtanke hamnar patienten i centrum på ett annat sätt än med en ren funktionsorienterad struktur. Målet skiftar och det blir kvalitet och nöjda patienter som är det viktigaste. Även inom den traditionellt funktionsstyrda sjukvården har det blivit viktigare att arbeta utifrån processer. Det perspektivet argumenterar även Lind (2010) för och menar att för att säkerställa en bra vård krävs ett patientfokus, som till viss del saknas.

Oavsett organisation kräver förändringar av arbetssätt att ledningen och cheferna, eller de som utövar ledarskap, tar tag i och utvecklar dessa nya arbetssätt (Eisenbach, Watson & Pillai, 1999). Chefskapet i professionella organisationer skiljer sig från de mer strukturerade, byråkratiska organisationsstrukturerna. Personalen i professionella organisationer är just det, professionella, vilket gör att styrning inte är rätt verktyg för att leda organisationer av denna typ. Det handlar mer om ledarskap än chefskap (Senge, 1996, i Sveningsson et al., 2009). Mintzberg (1983) menar att chefens uppgifter då riktas mer åt de administrativa uppgifter som inte påverkar medlemmarnas dagliga arbetsuppgifter, eftersom personalen även vill ha kontroll över de administrativa uppgifter som är direkt kopplade till dem.

Sveningsson, Alvesson & Kärreman (2009, i Ledarskapsboken) menar att chefens uppgifter i professionella organisationer ska vara riktade mot att stödja lärande, utveckling och förnyelse samt att formulera övergripande riktlinjer och visioner, credon, motton och allmänna prioriteringar för verksamheten överlag.

Vi har för avsikt att undersöka en enhet på ett sjukhus och analysera denna utifrån modeller och idéer om processer. Vi vill undersöka hur det är tänkt att de ska arbeta med processer, hur de faktiskt arbetar och sedan analysera detta utifrån ett teoretiskt perspektiv. Vi kommer även att undersöka hur personalen ser på ledningens agerande under förändringsarbetet och hur detta har påverkat dem. Med den här uppsatsen vill vi studera hur processer kan fungera inom

sjukvården och se om de två är kompatibla med varandra. Vi anar en konflikt mellan processtänkets struktur och den professionella organisationens dynamik.

1.2 Problemformulering

Det finns många modeller och idéer om hur processarbete ska fungera men under våra efterforskningar har vi inte hittat något skrivet om hur dessa skulle stå sig gentemot ett faktiskt processarbete på ett sjukhus. Utifrån egna erfarenheter har vi fått uppfattningen att verkligheten och modeller sällan stämmer överens med varandra då verkligheten är mer komplicerad. I flera projektarbeten har detta framgått med förvånansvärd tydlighet.

Verkligheten är föränderlig och ser sällan likadan ut från gång till gång. Det är inte heller ovanligt att företag säger att de arbetar med vissa modeller och teorier för att skapa legitimitet men i praktiken kan det se annorlunda ut (Meyer & Rowan, 1977). Inom sjukvården gäller föränderligheten i än högre grad då en patient inte kan jämföras med en annan. Vi hade därför en föräning om att processarbete inom sjukvården ter sig än mer problematisk och ville därför studera arbetet på en enhet. Hur förhåller det sig till de idéer och modeller som finns för processarbete?

1.3 Syfte och frågeställning

Professionella organisationer fungerar inte alltid som de mer traditionella producerande organisationerna där ett flöde sällan är problematiskt (Löwendahl, 2005). Ett rent processtänk kräver en nivå av styrning av en organisations arbetssätt (Rentzhog, 1998) som är svår att tillämpa på ett sjukhus då dess ”produkt” är vård av människor med åkommor och två behandlingar sällan är helt lika varandra.

Syftet med denna uppsats är att studera en sjukhusenhet som börjat arbeta med processer och analysera och diskutera detta utifrån existerande teoretiska idéer och modeller om processarbete. Ser enhetens processarbete ut som redan existerande modeller eller skiljer de sig åt?

Vår frågeställning blir således:

- Hur är det tänkt att strokeenheten ska arbeta med processer?
- Hur arbetar de egentligen?
- Hur förhåller sig arbetet gentemot processtänkandet till de idéer och modeller som tas upp i teoriavsnittet?

1.4 Avgränsningar

Vi har i denna uppsats valt att enbart titta på delar av strokeenheten och dess arbetssätt samt processer som, även om de inte utförs direkt på enheten, påverkar dem. Vi har valt att enbart studera utifrån ett processperspektiv då vi inte har den medicinska kunskap som krävs för att avgöra om ett moment är relevant, tidseffektivt eller dylikt ur ett vårdperspektiv. Vi är medvetna om att avgränsningen skapar begränsningar som vi dock valt att bortse från. Vårt arbete bygger på ett logistiskt tänkande och är inte en medicinsk utvärdering.

1.5 Disposition

Inledning

I detta avsnitt beskrivs området uppsatsen inriktar sig mot, dess problemformulering samt frågeställning och syfte.

Teori

I detta avsnitt tas relevanta modeller och idéer för uppsatsen upp. Fokus ligger på processer, professionella organisationer samt hur dessa styrs.

Metod

I detta avsnitt lyfts uppsatsens val av metod fram samt beskriver hur arbetet har framskridit.

Empiri

I detta avsnitt tas de intervjuer som utförts upp och de viktigaste dragen går igenom.

Analys och Diskussion

I detta avsnitt analyseras och diskuteras empirin utifrån teorin

Slutsats och rekommendationer

I detta avsnitt presenteras slutsatser utifrån analysen och diskussion och rekommendationer för framtida forskning och åtgärder tas upp.

Sammanfattning Inledning

Denna inledande del har tagit upp bakgrund om processer och professionella organisationer samt varför det kan vara problematiskt om dessa ska kombineras. Syftet med att undersöka detta i verkligheten har presenterats och en frågeställning har tagits fram. En avgränsning följt av en disposition av arbetet avslutar avsnittet.

2 Teori

Teoriavsnittet börjar med en beskrivning av vad professionella organisationer innebär och övergår sedan till att beskriva processer och vad dessa tillför en organisation. Avslutningsvis beskrivs vad som menas med ett systemtänkande och styrning. Vi har valt att använda oss av nedanstående teori för att skapa ett ramverk av idéer och modeller. Detta ramverk ska sedan användas vid analysen av data som samlats in vid intervjuerna med personalen. Tanken är att ställa empirin mot idéerna och modellerna om hur processarbete ska fungera och se vilka skillnader som uppstår.

2.1 Professionella organisationer

För att ett yrke ska få klassas som en profession krävs en utbildning som ofta resulterar i någon form av legitimation. Detta gäller speciellt för hälso- och sjukvården vilket resulterar i en kompetent och välutbildad personal som vanligtvis har mer att säga till om än i mer traditionella organisationer.

Inom sjukvården har personalen inte samma behov av styrning, och de accepterar den inte heller på samma sätt, som icke-professionella organisationer gör. Det blir vanligare och vanligare att det är personalen och inte chefen som har den nödvändiga expertisen som krävs för att utföra det egentliga arbetet. Chefen har enbart kunskap om de administrativa delarna av organisationen och är inte alltid en legitimerad läkare som var vanligt förr. Det gör det svårt att leda, styra och utforma professionella organisationer och deras arbetssätt utan att någon eller några av medarbetarna säger emot. Det beror i stor grad på att olika grupper, exempelvis professionella och administrativa, tolkar saker på olika sätt då de har olika intressen och anser att olika saker är mer eller mindre viktiga. Ett beslut kan vara logiskt ur ett ekonomiskt perspektiv men ur ett professionellt kan det vara katastrofalt (Berlin & Kastberg, 2011).

Även enligt Mintzberg (1983) kan administrativa direktiv uppifrån bli problematiskt i professionella byråkratier eftersom den professionella personal som arbetar där inte bara vill styra hur de utför sitt eget arbete, de vill också ha kontroll över de administrativa uppgifterna som cirkulerar kring deras arbete. Det kan till exempel vara att anställa nya kollegor, befordra personal eller distribuera resurser. Mintzberg (1983) fortsätter att om någon vill ha en

administrativ post i en professionell byråkrati måste han/hon vara en medlem i den professionella verksamheten, det vill säga vara utbildad. Personen ska helst också vara vald till den posten av de andra medlemmarna i organisationen, och är han/hon inte vald ska personen i alla fall vara godkänd av de andra.

Mintzberg (1983) diskuterar detta ytterligare och menar att professionella organisationer, som till exempel sjukhus och universitet, arbetar efter en struktur som kan kallas för professionell byråkratisering. Den byråkratiska naturen kommer ifrån att all träning är riktad mot ett mål. Det är standarder som är skapade för att tillfredsställa en klient och koordinera det professionella arbetet. Strukturen är byråkratisk om det finns standards som bestämmer vad som ska göras (Mintzberg, 1983). Organisationer av denna typ lutar sig på att medarbetarnas kunskap ska vara tillräcklig för att leverera en produkt eller tjänst. De producerar alltså alla en standardiserad produkt eller tjänst. Professionella byråkratier anställer endast högutbildad personal och ger dem sedan mycket frihet att utföra sitt arbete. De som anställs i professionella organisationer har oftast gått en längre utbildning där de alla har lärt sig näst intill samma sak. När de väl kommer till arbetsplatsen utbildas de ytterligare under strikt observation av medlemmar av organisationen. Detta leder till professionell personal som kan ta egna beslut men samtidigt arbeta tillsammans med främlingar utan att behöva kommunicera om vad som behöver göras. Mintzberg (1983) berättar att, som exempel, under en hjärtoperation är det inte många ord som yttras eftersom alla som deltar har kunskap om hur operationen ska genomföras. De behöver alltså inte kommunicera speciellt mycket fast de som utför operationen kanske aldrig har träffat varandra innan.

Sammanfattning 2.1 Professionella organisationer

Mintzberg (1983) kallar sjukhus för professionella byråkratier då alla arbetsmoment inom organisationen är standardiserade, det vill säga att alla moment utförs på samma sätt då alla medarbetare har lärt sig ett "rätt" sätt att utföra en behandling. Vi antar att detta inte stämmer helt och hållet då en läkares bedömning av en patient inte kan vara standardiserad. Kommer en patient in använder sig läkaren av sin kunskap för att göra en bedömning om vad som ska göras. Vad läkaren sedan ger för ordination till sjuksköterskorna är en sorts

behandling som det finns instruktioner och rutiner på, och först då övergår behandlingen till en standard.

Berlin & Kastberg (2011) menar att medarbetare i professionella organisationer varken har behov av eller accepterar styrning. I en enhet på ett sjukhus arbetar sjuksköterskor och undersköterskor som får ordinationer av läkare på hur en patient ska behandlas, vilket vi anser är en viss sorts styrning. Hur mycket frihet som finns i arbetsuppgifterna under behandling kvarstår att undersökas.

2.2 Processer

”Ordet process kommer från latinets *processus* som betyder framåtskridande. En process är något som sker, ett förlopp eller förfarande av ett eller annat slag.” (Persson, 2010).

En process är en samling länkande aktiviteter som tillsammans bidrar till någon form av förändring av ett ingående objekt. Ett exempel på en process är skruvar som tillverkas av metall. För att göra detta krävs flera steg, eller aktiviteter, som är länkade tillsammans i en förutbestämd arbetsordning. Ljungberg & Larsson (2001) hävdar att det finns minst tre beskrivningar av en process samt att dessa, trots likheten, ändå betyder olika för en organisation.

Den första är en ren mekanisk beskrivning: en process är flera länkade aktiviteter som tillsammans förändrar input till output.

I den andra beskrivningen lägger de till att ett värde ska skapas för en kund och i den tredje lägger de på ytterligare ett kriterium i form av att en process bara är en del i ett större nätverk av flera processer som alla arbetar tillsammans för att tillfredsställa kundens behov.

Ljungberg & Larsson (2001) menar att den tredje är den mest kompletta beskrivningen då den både tar hänsyn till kunden och till mer än den enskilda processen. Persson (2010) beskriver en process på ett liknande sätt, att en eller flera aktiviteter påverkar input och på så sätt skapar output.

En process innehåller enligt Ljungberg & Larsson (2001) fem komponenter som den byggs upp av:

- Objekt in – det som startar processen. Utan ett objekt in kan processen eller delaktiviteten inte påbörjas.
- Aktivitet – den verksamhet som förädlar objekt in. En process består vanligtvis av flera aktiviteter.
- Resurser – vad som behövs för att aktiviteten ska kunna utföras.
- Information – det som stödjer och styr processen. Det kan exempelvis vara kapaciteten på ett lager som bestämmer hur många produkter som ska tillverkas.
- Objekt ut – resultatet av aktiviteten men även objekt in för nästa steg/aktivitet i processen

2.2.1 Processer inom sjukvården

Inom sjukvården handlar processer mer om att minska de negativa effekterna av den traditionella funktionsindelningen och att skapa kvalitet än om att skapa en processorienterad organisation. Poängen är inte att skapa en process för processens skull utan att skapa tillförlitliga och effektiva behandlingsrutiner (Berlin & Kastberg, 2011). Med den klassiska funktionsindelningen som vården länge använt sig av är risken stor att de olika specialistområdena riktar in sig för mycket på det egna området och inte på helheten. Då de inte har någon kontroll på vad som händer utanför den egna sfären har de inte samma beredskap när en annan enhet lämnar över som ett processtänkande skulle möjliggöra (Berlin & Kastberg, 2011).

Bragato & Jacobs (2003) pekar främst på tre beskrivningar för vårdkedjor eller processer:

- Vårdkedja som patientens väg genom organisationen
- Vårdkedja som standardiserad *best practice*
- Vårdkedja som dokumentationspraxis

Första punkten fokuserar på patienten och att det är patientens väg genom vårdsystemet som är det viktiga. Patienten ska känna sig trygg och verksamheten ska vara anpassad efter detta.

Den andra punkten innebär att processen finns för att skapa en standard som säkerställer bästa möjliga vård för patienten ifråga. Med standardiserade riktlinjer minskar risken för fel eller improviserad vård och patienten känner sig säker när den behandlas likadant från varje person i personalen. Det säkerställer även till att alla patienter får en likvärdig behandling och vård när de läggs in.

Den tredje är att se processen som ett sätt att säkerställa att dokumentationen inte är bristfällig. Det ska även här finnas en standard som ser till att information dokumenteras och hanteras på rätt sätt. På så sätt är det möjligt att se vad som kan förbättras och vad som gått fel.

Vid processorientering bör alla tre perspektiven beaktas då de tillsammans säkerställer att både patienten och själva sjukhuset får ut så mycket som möjligt ur vårdtillfället. Patienten blir frisk och sjukhuset får en dokumentation som går att rådfråga vid andra vårdtillfällen och utföra undersökningar och mätningar på (Bragato & Jacobs, 2003).

2.2.2 Varför fokus på processer?

Rentzhog (1998) menar att fokus bör ligga på processer istället för slutresultatet. Det är i processen som resultatet skapas och därför bör företag se till att denna fungerar. Om processen inte fungerar leder det till oönskade resultat i slutändan och de måste börja om. Om de ser till att processen fungerar felfritt behöver de inte oroa sig för att resultatet blir fel.

Berlin & Kastberg (2011) argumenterar för samma sak inom sjukvården; att vid processorientering ligger fokus på patienten och dennes väg genom organisationen samt att bästa möjliga kvalitet ska försäkras.

De flesta sjukhus är funktionsorienterade vilket innebär att specialister inom ett område är samlade på samma plats. Det är ett bra sätt att säkerställa att inget dubbelarbete utförs samt möjliggör en utveckling av kunskapen hos specialisterna. Däremot är det svårare att se hur

resten av sjukhuset påverkas av olika beslut inom området då alla bara ser till sin egen del av organisationen (Berlin & Kastberg, 2011).

Även Rentzhog (1998) menar att ett för starkt fokus på de olika funktionerna eller enheterna inom en organisation kan leda till ett synsätt där dessa främst ser till sitt eget bästa. De vill framstå i god dager för chefen istället för att se till att kunden får bästa möjliga produkt eller service.

Med en processororientering skapas istället ett gemensamt flöde med flera olika specialister inblandade. På detta sätt skapas ett öppnare klimat där det är lättare att dela information och patienten hamnar i fokus på ett annat sätt. Däremot riskerar personalen och deras behov att hamna i skymundan då de inte har samma möjlighet att koncentrera sig på sin spetskompetens (Berlin & Kastberg, 2011).

Enligt Nilsson (2008) kan konflikter och oklarheter lätt uppstå i processororienterade organisationer då modellens tillämpning i verkligheten är som en hybrid mellan det funktionsorienterade arbetssättet och det processororienterade. Oavsett hur detta görs innebär processororienteringen en stor organisatorisk omvandling, vilket innebär att framgången av förändringen ligger på de arbetsinsatser som bedrivs av alla berörda parter, inte minst från ledningen (Nilsson, 2008)

2.2.3 Processtyper eller kategoriseringar

Rentzhog (1998) väljer att använda benämningen processkategoriseringar och menar att detta kan göras antingen utifrån processens natur eller utifrån dess detaljnivå. Med processens natur menas vad den är designad att göra medan detaljnivå är av en mer hierarkisk natur.

Vad gäller processens natur menar Ljungberg & Larsson (2001) att det finns tre huvudsakliga processtyper: huvudprocesser, stödprocesser och ledningsprocesser. Rentzhog (1998) tar upp ett liknande synsätt som företaget Ericsson använder sig av där de benämner huvudprocessen som operativa processen istället. Självt väljer Rentzhog (1998) att benämna huvudprocesser som kärnprocesser. Förutom namnet på huvudprocessen är beskrivningarna tämligen lika:

- Huvudprocesser avser de viktigaste processer som grovt sett kan beskriva verksamheten och stämmer överens med verksamhetens syfte.
- Stödprocesserna har till uppgift att möjliggöra huvudprocesserna genom att bidra med resurser.
- Ledningsprocesserna är till för att styra huvud- och stödprocesserna och att koordinera aktiviteterna i verksamheten. (Ljungberg & Larsson, 2001).

Med detaljnivåns hierarkiska utgångspunkt delas en process in i olika delprocesser. Dessa är mindre delar som är naturligt sammankopplade och tillsammans bildar en fungerande process. Varje del i processen bryts ner för att visa att även de är uppbyggda av olika aktiviteter och på så sätt skapas en hierarkisk överblick.

Melan (1992 i Rentzhog, 1998) har delat upp en process som följer:

- Process
 - Delprocess
 - Aktivitet
 - Arbetsuppgift

En arbetsuppgift menar Melan (1992 i Rentzhog, 1998) är ett enskilt moment och en aktivitet består av flera arbetsuppgifter som hör ihop. En delprocess är flera aktiviteter som ligger nära varandra och en process är i sin tur flera delprocesser som kan kopplas ihop.

Ljungberg & Larsson (2001) delar Melans (1992 i Rentzhog, 1998) processuppdelning men i deras beskrivning nämns inte arbetsuppgifter. De har aktiviteter som den minsta byggstenen.

Persson (2010) använder följande sorters processer:

- Huvud-/kärn-/operativa processer – där kundens krav omvandlas till ett resultat
- Delprocess – ett antal processer som tillsammans bildar en huvudprocess
- Stödprocess – processer som hjälper huvudprocessen att fungera, exempelvis budgetering

Han menar att en process kan ses som en huvud- eller delprocess beroende på den aktuella situationen då det kan se olika ut från fall till fall. Vägen från ett kundbehov till tillfredsställande kan antingen bestå av ett flertal huvudprocesser som tar vid efter varandra eller som en enda lång process som i sin tur består av flera delprocesser.

Rentzhog (1998) tar upp frågan om det finns något värde i att kategorisera och dela upp processer. Han tar upp fördelar såsom: struktur underlättar kommunikation då det är lättare att se hur organisationen fungerar. Olika delar av processen kan även behöva behandlas på olika sätt. En risk är dock att två liknande processer hanteras annorlunda då fokus har lagts på fel skillnader. De bör behandlas likadant men gör inte det då de fått olika klassificeringar.

Det är viktigt att påpeka att det finns flera olika benämningar och uppdelningar av processer och att olika företag kan ha sina egna varianter.

2.2.4 Processkartläggning

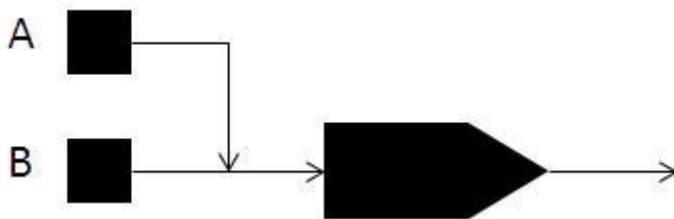
Processkartläggning innebär att kartlägga och beskriva en process. Uttrycket kommer av att det bästa sättet att göra detta på är rita en karta (Ljungberg & Larsson, 2001). En komplex process kan med hjälp av en kartläggning bli tydligare och lättare att förstå. Om en process kartläggs blir det även lättare att se hur denna hör ihop med andra närliggande processer. Det är också vanligt att göra kartläggningar på flera olika detaljnivåer för att på så sätt se att aktiviteterna i en process också är processer i sig.

Ljungberg & Larsson (2001) menar att en kartläggning är mer eller mindre nödvändig i början av ett utvecklingsarbete då den skapar en gemensam grund att stå på. Alla inom organisationen får samma bild av hur den ska fungera och vad de utgår ifrån och på så sätt kan det säkerställas att alla arbetar mot samma mål. Ljungberg & Larsson (2001) säger att det

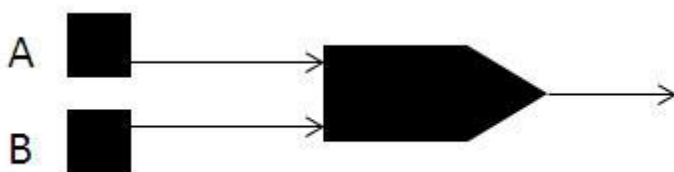
är viktigt att inte se en processkartläggning som en förbättring i sig. De menar att det bör vara ett av de första stegen vid en planerad omorganisering och som organisationen kan använda som utgångspunkt i arbetet. Det är lätt att se var de var när de startade och var de befinner sig för tillfället. Att ha en lättförståelig bild är även fördelaktigt om en process ska förklaras för kunder eller intressenter.

Det finns flera olika modeller att använda sig av vid en kartläggning. Ljungberg & Larsson (2001) menar att även om det inte finns någon modell som är bäst bör processkartor vara lättförståeliga och ska därför inte ha alltför många eller detaljerade symboler. De menar att det räcker med två symboler: en för aktiviteter/delprocesser och en för objekt in/ut. Med hjälp av pilar binds dessa sedan ihop och det går att se hur det är tänkt att fungera. Beroende på hur dessa pilar binder ihop de olika symbolerna är det även möjligt att se hur flödet ser ut. (Ljungberg & Larsson, 2001)

Figur 1 innebär exempelvis att aktiviteten behöver antingen objekt A eller objekt B för att starta. Figur 2 innebär i sin tur att aktiviteten behöver objekt A och objekt B för att starta (Ljungberg & Larsson, 2001).



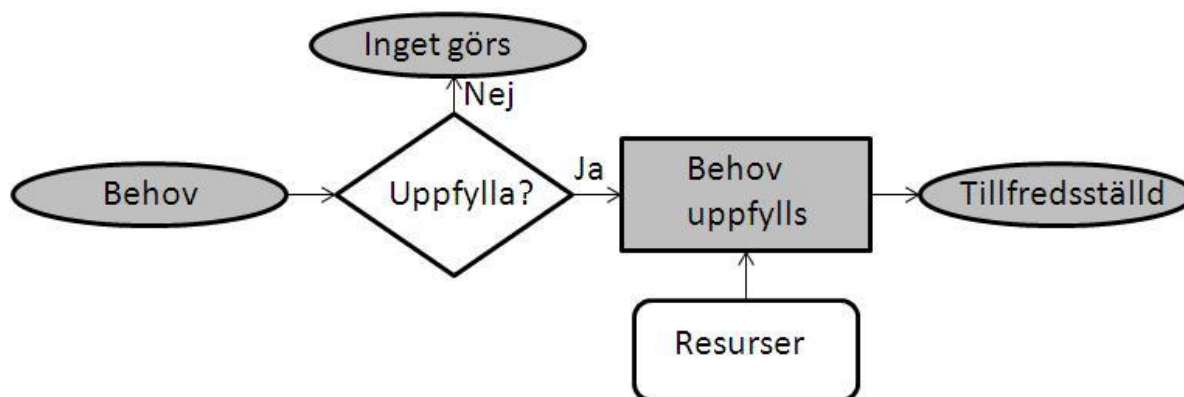
Figur 1, fritt från Ljungberg & Larsson, 2001



Figur 2, fritt från Ljungberg & Larsson, 2001

Persson (2010) är också av åsikten att en kartläggning av processer bör använda sig av enkla symboler. Han använder sig inte av samma symboler som Ljungberg & Larsson (2001) utan har fyra stycken istället för två: en för insats eller utfall, en för aktivitet, en för mål eller resurs samt en för val av alternativ. Han använder sig också av pilar för att binda ihop flödet.

Figur 3 är ett exempel på hur en process kartlagd med Perssons symboler kan se ut.



Figur 3, fritt från Persson, 2010

Sammanfattning 2.2 Processer

Ett sjukhus är en professionell organisation som använder sig av funktionsinriktade processer som är ett väldigt styrt arbetssätt. För att en process ska kunna säkerställa ett förväntat resultat måste den utföras i en specifik ordning annars är det inte längre en process.

Mintzberg (1983) menar att personal i en professionell organisation sällan tolererar att bli så pass styrda som en process kräver. Här anser vi att en konflikt uppstår och ställer oss frågan om de verkligen använder sig av processer.

2.3 Systemdynamik

Systemtänkande innebär att en organisation ska arbeta som just det, en organisation, och inte som flera små som arbetar var för sig. Det ska vara möjligt att få en helhetsbild och se vad alla strävar mot. Petersen, Oredsson, Lundquist & Lindström (2008) tar upp mentala modeller som ett centralt begrepp.

2.3.1 Mentala modeller

Begreppet mentala modeller avser förmågan att ändra våra tankemodeller. Vi håller oss kvar i tankebanor och mönster vi har vant oss vid och måste därefter börja ifrågasätta dessa tankar. Den mentala modellen utgör inte bara organisationens erfarenheter och kunskap utan också den informella strukturen i organisationen. De mentala modellerna kan vara komplexa och omfatta både mätbara parametrar och aspekter som är subjektiva och därefter svåra att kvantifiera.

Enligt Petersen et al. (2008) sitter företag idag ofta med mentala modeller om hur verkligheten är beskaffad, vilket är ett problem. Med dessa tankemodeller kan det skapas ovetenskapliga och felaktiga ideal. För att få en tydligare plattform att utgå ifrån, anser Petersen et al. (2008), att företaget borde skapa en gemensam bild av sin organisation med en tillräcklig detaljrikedom och med relevanta faktorer. Denna del måste genomföras tillsammans med alla berörda medarbetare och chefer.

Sammanfattning 2.3 Systemdynamik

Ett sjukhus består av många enheter, men finns det något samband eller samarbete mellan dem? Ett sjukhus är en stor organisation med många organ och ett sorts samarbete mellan dessa anser vi vore optimalt för att förbättra vårdarbetet.

Petersen et al. (2008) menar att företag ofta sitter med mentala modeller om hur verkligheten är beskaffad. I en professionell organisation som arbetar med förbättringsarbete kan detta bli

problematiskt, speciellt med mängden kvalificerad personal som deltar i arbetet, då det finns många olika viljor.

2.4 Styrning i kunskapsintensiva organisationer

Senge (1996, i Sveningsson et al., 2009) talar mer om ledare än chefer i kunskapsintensiva organisationer. Ledarens roll i denna typ av organisationer är att vara stödjande och arbeta mer för utveckling och förnyelse av verksamheten.

Högt kvalificerad personal som arbetar i flexibla organisationer och som har tämligen självständigt arbete med höga krav på lärande behöver ett ledarskap som är mer stödjande och inriktat på framväxten av strategier och övergripande orientering (Löwendahl 1997, i Sveningsson et al., 2009).

Strategierna är mindre centrala vid formulering och implementering än vid byråkratiska strukturer. De bli mer framväxande och ett resultat av medarbetarnas handlingar på olika organisatoriska nivåer. Enligt Mintzberg (1983) är styrningen i denna typ av organisation mer inriktad på rekrytering och övergripande bedömningar av olika typer av projekt och klienter. Sveningsson et al. (2009) beskriver dock att styrning förekommer i kunskapsintensiva organisationer. Det har på senare år blivit vanligare att tala om styrning som att formulera övergripande riktlinjer och visioner, credon, motto och allmänna prioriteringar för verksamheten överlag (Sveningsson et al. 2009).

Enligt Sveningsson et al. (2009) kan ledarskap inom kunskapsintensiva organisationer röra sig om följande områden:

- Skapa en social sammanhållning inom företaget. Detta görs genom att markera gränser och få medarbetarna att gå mot ett gemensamt mål och en delad identitet.
- Arbeta med en normativ kontroll genom att förstärka gemensamma föreställningar och värdering. Detta för att till exempel påverka och utveckla organisationskulturen.
- Arbeta med klientorientering och att utveckla goda kontakter samtidigt som klienter tillfredsställs.

- Extensiv kommunikation för samordning och kontroll.
- Individuellt baserad klientservice.
- Informationssymmetri och maktsymmetri.
- Subjektiva och osäkra kvalitetsutvärderingar.

Sammanfattning 2.4 Styrning i kunskapsintensiva organisationer

Senge (1996, i Sveningsson et al i Ledarskapsboken 2009) menar att ledarskap i kunskapsintensiva organisationer ska vara mer riktade mot att stödja personalen än styra den. Sveningsson (2009) menar även att styrning tillkommer i professionella organisationer men den är mer inriktad på att skapa visioner, tankesätt och allmänna riktlinjer för företaget.

Processarbete kräver en viss grad av styrning men den är sällan välkommen i professionella organisationer. Att kombinera den typen av styrning med professionella medarbetare kan bli problematiskt.

Sammanfattning Teori

I teoriavsnittet har vi tagit upp följande begrepp:

- *Professionella organisationer - en professionell organisation består av välutbildade individer.*
- *Processer - en process är en serie sammankopplade aktiviteter som tillsammans skapar output av input.*
 - *Processer inom sjukvården - processer inom sjukvården handlar mer om att skapa kvalitativ vård än att skapa egentliga processer.*
 - *Varför fokus på processer? - processer ses ofta som ett sätt att effektivisera en organisations arbete. Genom att titta på hela kedjan säkerställs en bra slutprodukt.*

- *Processtyper eller kategoriseringar – en process kan delas upp olika typer eller kategorier beroende på dess hierarkiska position eller vad den är utformad att göra.*
- *Processkartläggning - kartläggning av processer görs för att skapa en bild av hur den ser ut. En bild säger mer än tusen ord.*
- *Systemdynamik – Se organisationen som en helhet och bryta invanda tankemönster*
- *Styrning i kunskapsintensiva organisationer – Ledning och styrning mer inriktad mot att vara stödjande.*

3 Metod

Detta avsnitt kommer beskriva tillvägagångssättet under arbetet med denna uppsats. Avsnittet inleds med en genomgång av varför ämnet valdes och varför det blev det aktuella undersökningsobjektet. Det fortsätter med att beskriva val av forskningsmetod och generellt tillvägagångssätt. En redogörelse för urval och tillträde ges, för att leda vidare till en genomgång av intervjuprocessen. Avslutningsvis diskuteras rapportens tillförlitlighet.

3.1 Val av ämne

Vi valde att inrikta oss på processer då vi under utbildningens gång fått en bild av, och förståelse för, processer och dess betydelse för organisationers arbete. Till exempel Toyota-modellen och LEAN-filosofin har haft stor betydelse för företagsvärlden och dess utveckling och har lett till en hög grad av effektivisering. Appliceringen av det processinriktade tankesättet på så kallade professionella organisationer har däremot varit mer problematisk. Den något rigida metodiken som processer innebär lämpar sig inte alltid på professionella organisationer då medarbetare i sådana organisationer förväntar sig en viss frihet att utföra sitt arbete.

Att göra ett arbete om processer inom sjukvården och studera hur professionell personal använder sig av processer såg vi som en intressant utgångspunkt för en kandidatuppsats.

3.2 Objektet - Strokeenheten

Vi var tidigt inne på Helsingborgs Lasarett som undersökningsobjekt då det förutom att uppfylla kraven på en professionell organisation även lämpade sig med tanke på tillgänglighet och access. Via Campus Helsingborg fick vi kontakt med Utvecklingscentrum på Region Skåne. Därifrån förmedlades kontakten med Helsingborgs Lasarett och slutligen Strokeenheten. Enhetschefen på strokeenheten var intresserad av vårt fokus på processer och vi blev inbjudna till ett första möte.

3.3 Forskningsmetod och tillvägagångssätt

Vi började forskningsprocessen med en litteratursökning på områdena processer, processarbete, sjukvård och professionella organisationer. Utifrån denna sökning skapade vi en teoretisk bas och utifrån den skrevs ett utkast till problemformulering och syfte. För att få en större frihet i våra datainsamlings- och analysmetoder valde vi att utnyttja kvalitativa forskningsstrategier från fallstudiens forskningsdesign (Bryman, 2011). Då vi i förväg inte kunde veta utfallet av vår empiriska insamling, gav fallstudien oss en möjlighet att använda en mer dynamisk process och anpassa arbetet allt eftersom det fortlöpte. Fallstudien med sin flexibilitet möjliggjorde en ingående undersökning av ett komplext fenomen som innehåller många olika variabler (Gummesson, 2004). Att använda ett deduktivt angreppssätt, att utifrån en teoretisk grund analysera det empiriska materialet (Jacobsen, 2000), ansåg vi skulle ge en allt för begränsad ansats då vi inte ville riskera att medvetet eller undermedvetet endast finna information i den empiriska datainsamlingen som passade den förvalda teorin. Alternativt att använda ett induktivt angreppssätt, med utgångspunkt i verkligheten och sedan försöka att systematisera materialet (Jacobsen, 2000), skulle inte gå då vårt synsätt redan påverkats av instuderat material och vi därmed inte kunde ha ett tillräckligt objektiva förhållningssätt. Genom att utgå från vår teoretiska grund och sedan anpassa den efter vad den empiriska insamlingen gav, använde vi oss snarare av en kombination av både deduktivt och induktivt angreppssätt. Detta kan även kallas ett abduktivt angreppssätt (Alvesson & Skoldberg, 2008)

Vi utgick från antagandet att det skulle vara en viss skillnad mellan vad teorin säger är *best practice* angående processer och hur sjukhuset arbetar. Vi har under tidigare kurser och föreläsningar skapat oss en bild av hur förhållandet mellan teori och verklighet ser ut och vi vill därför se hur det kunde appliceras i praktiken. Det är inte alltid företag och organisationer arbetar utifrån de teoretiska modeller som de säger sig göra (Meyer & Rowan, 1977).

Vi valde en kvalitativ ansats då vi vill förstå och jämföra verkligheten med teorier (Jacobsen, 2000). Vi hade en grundläggande förståelse för hur processer fungerar men för att kunna applicera detta på vårt undersökningsobjekt behövde vi förstå hur de arbetar på sjukhuset. Vi

ville även komma in på djupet och fråga medarbetarna på enheten vad de tycker och tänker om processtänkandet och till detta ansåg vi att en kvalitativ ansats lämpar sig bra.

Vi började med ett inledande samtal med enhetschefen och den kvalitetsansvarige på enheten för att få en bild av hur de anser sig arbeta med processer och hur det går till i verkligheten. Fokus under dessa samtal låg på de processer som de arbetat fram, har färdiga processkartor över och arbetar med i nuläget. Vi ville ta reda på hur dessa utvecklats och används i det dagliga arbetet utifrån ett systemperspektiv, det vill säga hur det är tänkt att fungera, samt att ta del av eventuell befintlig dokumentation på området. Vi fick ta del av två dokumenterade processer (se bilaga 1 & 2) samt ett antal rutinbeskrivningar, så kallade PM (Se bilaga 3) Under dessa inledande intervjuer fick PM en större plats än förväntat vilket påverkade den intervjuguide som skapades för påföljande intervjuer och det fortsatta arbetet med uppsatsen.

Utifrån denna information utförde vi sedan ytterligare åtta intervjuer med nio sjuksköterskor och undersköterskor på enheten, varav två respondenter intervjuades samtidigt vid ett tillfälle, för att försöka få reda på hur processerna verkligen används och hur det påverkar personalen. Vi utförde även ytterligare en intervju med enhetschefen, samt med kvalitetsansvarig.

Det empiriska materialet omfattar således främst kvalitativa djupintervjuer med elva medarbetare på Strokeenheten, samt en dokumentstudie av enhetens etablerade arbetsprocesser och rutiner.

3.3.1 Urval och tillträde

En svårighet med den kvalitativa ansatsen är att det tar lång tid att utföra datainsamlingen. Det kräver längre intervjuer och djupare samtal för att få fram det som är intressant. Detta i kontrast mot det kvantitativa där det i jämförelse är relativt lätt att skicka ut enkäter med frågor (Jacobsen, 2000). Därför var vi redan från början införstådda med att vi var tvungna att hålla antalet intervjuobjekt på en viss nivå. Detta tillsammans med sjukvårdens ibland krävande scheman, arbetstider och oförutsägbara natur gjorde att vi till stor del var tvingade att anpassa oss efter den personal och de tider Helsingborgs Lasarett kunde avvara. Urvalet av respondenter gjordes av enhetschefen i anslutning till intervjutillfällena, utifrån vem som kunde avvaras under den tiden. Därmed använde vi oss av ett bekvämlighetsurval av

respondenter (Bryman, 2008), om än något ofrivilligt. För oss personligen var detta inte något problem men vi var medvetna om att det skulle kunna ha en effekt på mängden material vi samlade in.

3.3.2 Kvalitativa intervjuer

Vi utformade underlaget för de två första intervjuerna, med enhetschefen och den utvecklingsansvarige sjuksköterskan, med tanken att det skulle kunna användas vid båda tillfällena. Då vi ställde relativt direkta frågor om hur de arbetade var vi intresserade av hur det faktiskt är tänkt att fungera. En poäng med intervjuerna var även att se hur olika individer använder och arbetar med de processer som beskrevs. Bryman (2008) menar att möjligheten att kunna använda sig av ett intervjuunderlag flera gånger är ett kännetecken för den semistrukturerade intervjun. Detsamma gäller om målet är att få svar på specifika frågor. Detta till skillnad mot en ostrukturerad intervju där respondenten inte blir lika inringad utan får mer utrymme och oftast bara pratar utifrån ett ämne (Bryman, 2008). Efter dessa inledande intervjuer utformade vi en ny semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 4) som användes till samtliga efterkommande intervjuer med personalen. Av enhetschefen blev vi tilldelade cirka 30 minuter till varje intervju och samtliga intervjuer varade mellan 15 och 35 minuter. Detta kan tyckas vara kort tid för en intervju, men kvalitativa intervjuer brukar variera stort i längd och så länge respondenten är samarbetsvillig går det att få ut viktig information (Bryman, 2008). Att intervju en respondent som är stressad och vill avsluta intervjun för att återgå till arbetet skulle troligtvis inte tillföra mycket användbar information. Därför prioriterade vi att försöka hålla intervjuerna inom den tidsram som tilldelats.

3.3.3 Dokumentstudie

Av enhetschefen och kvalitetsansvarige på strokeenheten fick vi ta del av den tillgängliga dokumentationen av deras processarbete samt arbetsrutiner i form av PM (se bilaga 1-3). Dessa dokument använde vi tillsammans med intervjumaterialet för att få en bild av hur det är tänkt att strokeenheten ska arbeta. Dessa dokument kan klassas som officiella dokument från en privat källa (Scott, 1990), då de är producerade av och för Helsingborgs Lasarett. Vad

gäller dokumentens kvalitet har vi utifrån Scotts (1990) kriterier autenticitet, trovärdighet, representativitet och meningsfullhet, kunnat konstatera att dokumenten har relevans för vår uppsats. Vi såg ingen anledning att betvivla materialets äkthet eller ursprung med hänsyn till källan. De redovisade upphovsrättsinnehavarna säkerställer även trovärdigheten. Vad gäller representativiteten och meningsfullheten ansåg vi att dokumentens användning i det dagliga arbetet var en verifikation på detta. I empirin ges en övergripande redogörelse för vad PM kan omfatta. Vi har valt att inte beskriva dessa PM i detalj då de ligger på en medicinsk nivå som vi inte anser vara relevant för arbetet och dess syfte. Därför ligger dessa PM som bilagor istället för att vara en del av den egentliga uppsatsen.

3.3.4 Tillförlitlighet

Ett frågetecken som ofta dyker upp med kvalitativa intervjuer är att de förlitar sig på för få intervjupersoner och därför inte kan anses vara generaliserbara för det område som studien utförs. De anses även vara alltför personberoende då ett annat val av respondenter hade kunnat ge ett annat resultat (Ryen, 2004). Vi är medvetna om att så även är fallet med vår studie och att ett annat urval av respondenter möjligtvis skulle kunnat ge ett annat resultat. Vi hävdar dock att det är en godtagbar risk då detta angreppssätt krävs för att tränga djupare och få en ordentlig inblick i vad som verkligen försiggår. Syftet med detta arbete har inte heller varit att framställa ett generaliserbart resultat, utan att ge en djupare inblick i ett fall. Antalet respondenter och deras olika yrkesroller, tillsammans med den studerade dokumentationen, anser vi vara tillräckligt empiriskt material för att analyseras.

Att respondenterna arbetade dagligen inom det område som denna forskningsrapport inriktar sig mot och med de arbetssätt som intervjuerna var koncentrerade på innebär att de vet vad de talar om. Samtidigt fanns en viss konsensus i svaren som kan tyda på att resultatet är överensstämmande för hela enheten.

Samtliga intervjuer spelades in med respondenternas medgivanden och transkriberades för att säkerställa transparens och trovärdighet till det empiriska materialet (Gummesson, 2000). Respondenterna anonymiserades även i transkriberingarna. Genom att använda oss av en semi-strukturerad intervjuguide, med större teman och förslag på följdfrågor, tilläts

intervjuerna en stor flexibilitet och öppenhet där respondenterna fick stort utrymme att bestämma vilken information som levererades. Detta bidrar till den interna validiteten, eller *giltigheten* (Jacobsen, 2000).

Sammanfattning metod

I detta avsnitt har vi redogjort för bakgrunden till forskningsområdet och organisationen som varit fokus för vår studie. Vår forskningsdesign har varit en fallstudie med en abduktiv forskningsmetod. Det empiriska materialet inskaffades främst från 11 stycken kvalitativa intervjuer av medarbetare på strokeenheten, men även viss dokumentation har använts. Rapportens tillförlitlighet redogörs avslutningsvis.

4 Empiri

I empiriavsnittet går vi igenom vad strokeenheten gör och hur personalen arbetar. Det är baserat både på dokument tagna från Socialstyrelsen och på intervjuer från medarbetare. Båda de utarbetade processerna och de PM som arbetet överlag baseras på går igenom men vi lägger ett större fokus på processerna. Intervjuerna har utförts med enhetschefen och kvalitetsansvarige för att få en bild av hur processerna är designade. Ytterligare nio medarbetare har sedan intervjuats för att få en bild av hur processerna används i det dagliga arbetet.

4.1 Strokeenheten

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för strokesjukvård finns utförliga rutiner och rekommendationer för hur strokevården i Sverige bör bedrivas. I den senaste utgåvan 2011 konstateras att endast marginella förbättringar av strokepatienters hälsa uppnåtts under de senaste tio åren. För att förbättra detta identifierades ett antal områden som enligt Socialstyrelsen bör kunna göra strokevården bättre, genom att öka förmågan till aktiviteter i dagliga livet, ADL, för stokedrabbade patienter och att minska dödligheten. Förbättringsområdena berör punkter som att minska väntetider, öka patientantalet som får vård på strokeenhet, förbättrad rehabilitering och utökad psykosocial behandling (Socialstyrelsen, 2011).

Även Region Skåne hade tidigare ett mål om att 80 % av alla patienter med misstänkt stroke skulle behandlas på en strokeenhet inom 24 timmar. Från och med år 2012 har målet skärpts genom att patienten numera ska hamna på en strokeenhet direkt.

I enlighet med de nationella riktlinjerna för strokesjukvård och Region Skånes mål arbetar strokeenheten på Helsingborgs Lasarett mot att alla strokepatienter ska få vård på just strokeenheten. Strokeenheten på Helsingborgs Lasarett utger sig för att använda ett processtänkande och har tagit fram processkartor för två moment: om en patient ska läggas in på Helsingborgs eller Ängelholms strokeenhet samt om en patient kan läggas in på Helsingborgs strokeenhet eller måste läggas på en annan enhet på sjukhuset. Det övergripande syftet för de båda processerna är att förbättra vården för strokepatienterna genom att få in dem

på rätt enhet så fort som möjligt vilket resulterar i mindre förflyttningar av patienterna under vårdtiden.

Den förstnämnda processkartan, *Gemensamt nyttjande av strokeplatserna i Nordvästra Skåne* (hädanefter benämnd Process 1), har tagits fram för att säkerställa en kvalitativ vård för patienterna. Enligt projektgruppen som skapat processen fanns det ett problem med att man tidigare förflyttade patienter mellan sjukhusen under vårdtiden och därmed riskerade att förlänga vårdprocessen. Förflyttningarna berodde på att en patient skulle vårdas på det sjukhus patienten tillhör geografiskt och om patienten blivit inlagd på ett annat sjukhus vid insjuknandet så skulle den flyttas till "sitt" sjukhus så snart patienten stabiliserats. Den nya processen utgår i stället från att en patient ska ligga kvar på samma vårdenhet under hela vårdprocessen och därför görs en bedömning om var, Helsingborg eller Ängelholm, det vid inläggningstillfället finns bäst resurser att vårda patienten.

Processen används inte av personalen på strokeenheten utan av personalen på akutmottagningen. Vid en misstänkt stroke tar inläggande läkare kontakt med strokeenheten i Helsingborg och baserat på ett antal medicinska kriterier bestäms om patienten är kvalificerad för en flytt till Ängelholm. Detta beror på beläggningen i Helsingborg respektive Ängelholm. Processkartan finns i två versioner: en för Helsingborg och en för Ängelholm. Dessa är uppbyggda av ett objekt in i form av en patient med misstänkt stroke, ett antal aktiviteter samt val av alternativ. Det finns även textrutor med ytterligare information för att förtydliga (se bilaga 1). Denna process har implementerats under mars månad 2012 och är därför ett relativt nytt arbetssätt. Det finns ännu ingen dokumenterad utvärdering av processen, men enligt personalen kan de se en ökad andel patienter som vårdas färdigt utan att flyttas.

Denna process har implementerats under 2012 och är därför ett relativt nytt arbetssätt. Personalen har redan börjat se positiva skillnader jämfört med tidigare arbetssätt men de inväntar konkreta data och mätningar.

Den andra processkartan, *Inläggning på stabiliseringsplats* (hädanefter benämnd Process 2), används av personalen på strokeenheten och är ett verktyg som ska underlätta vid inläggande av patient. Genom att använda processkartan kan medarbetarna bestämma var en patient ska läggas in om det är brist på platser. Den är uppbyggd av ett antal aktiviteter och val av alternativ som ger tydliga direktiv om vad som ska göras beroende på medicinska kriterier

samt hur många vårdplatser som är lediga (se bilaga 2). Målet är att det ska vara lätt att se om en patient ska tilldelas en plats på strokeenheten eller en annan enhet.

Kvalitetsansvarig på enheten säger att den används mest av de nyanställda och av de som inte kan den utantill, om de är osäkra på var en patient ska placeras.

”Då har det blivit så att den har alltid varit lite som en fusklapp, du kan gå och titta på den så du vet att du tjafsar om rätt saker.”

De menar att säkerhet och kvalitet uppnås genom att behålla en patient på samma enhet under hela vårdtiden. Om patienten flyttas innebär det en känsla av osäkerhet och ny personal måste sätta sig in i patientens situation och ta över vården. Detta i kontrast till att ha samma personal hela tiden som vet vad som hänt och ofta själva deltagit i de olika stegen av vården.

Vid intervjuerna av medarbetarna visades att det fanns olika grader av kunskap och kännedom om processen. Vissa visste inte om den alls, vissa kände till den men arbetade inte med den och andra arbetade aktivt med den. Det verkade till stor del bero på vilka arbetsuppgifter de hade. De medarbetare som känner till processbeskrivningen försöker att arbeta utifrån den så ofta det går. De anser att det är ett bra verktyg vid oklarheter och hög beläggning. Just hög beläggning nämner flera som ett problem, då det riskerar att bli flera förflyttningar för patienter eller förseningar innan de hamnar på rätt enhet. Några av de intervjuade nämnde även att det fanns ett visst motstånd från andra enheter, främst akutmottagningen, som inte hade kunskap om arbetssättet. När respondenterna ombads berätta vad processer innebar för dem beskrevs processen, med varierande ordval, som hela patientens väg från inläggning till utskrivning från enheten.

Vi fick ta del av dokument som beskrev så kallade PM som beskriver de rutiner som ska utföras när patienter tas in, det dagliga arbetet samt enskilda arbetsmoment. Det kan till exempel vara konkreta arbetsmoment som ska utföras med regelbundenhet under vissa specifika tidsintervaller, så som att gå nattvond varannan timme eller kontroll och påfyllning av förbrukningsmaterial och läkemedel. Det kan även vara specifika behandlingar av en patient. Dessa är utformade utifrån nationella riktlinjer och har funnits i flera år. De har inte benämnts som processer utan bland annat kallats vårdprogram, fast de arbetat utifrån flöden som liknar processer. Alla PM är inte länkade med varandra utan var och en används när den

situation de är skapade för uppstår. De kan innehålla instruktioner om, till exempel, hur en sondmatning ska gå till eller i vilken ordning olika undersökningar ska utföras.

Kvalitetsansvarig på enheten pratar om dem som processer under intervjun och det framgår att personalen ser på dem på detta sätt. Under intervjuerna med enhetschefen och kvalitetsansvarig säger dock båda att dessa inte alltid följs till punkt och pricka. Detta beror inte på negligering från personalens sida utan på grund av att varje patient är unik och att de måste förhålla sig olika till varje individ.

Kvalitetsansvarige beskriver det såhär:

”... allting är ju individuellt, det kan ju vara olika läkemedel du får som styr, det kan vara olika patienter. Det är ju inte styrt på minidetalj men det är ändå relativt styrt. Sen måste du alltid ha kontakt med läkaren, det här är ju rekommendationer...”

Enhetschefen säger:

”... det finns olika undersökningar man kan välja på men det är inte säkert att alla patienter går igenom alla undersökningar. Det beror lite på vad man har för förutsättningar sedan tidigare.”

”... bara för att undersökningen finns med så i vårt PM är det inte säkert alla patienter genomgår det exakt så, utan det är ju en bedömningsfråga också utifrån läkare sjuksköterska och den kompetensen som vi har.”

Även vid intervjuer med medarbetare framkommer en liknande bild av rutiner och PM:

”... det är klart att vi försöker att arbeta efter våra PM. Men allting som har med människor att göra kan man inte alltid arbeta 100 procent efter ett PM. Här händer ju så mycket, vi är ju ett sjukhus och här händer akuta saker. Naturligtvis när det är akuta saker så försöker vi också att arbeta efter ett PM men med människor är det inte alltid så lätt att göra det.”

De menar att de måste anpassa sitt arbete efter patienten och kan inte alltid följa en bestämd processväg. Det går inte alltid att anpassa sig efter nedskrivna rutiner då det alltid finns undantag som dessa inte kan appliceras på. Under intervjuerna säger respondenterna olika saker angående detta, men de verkar vara överens om att PM ska följas strikt eller ses som riktlinjer beroende på vad de beskriver. Är det ett PM för hur kanylställning ska göras bör PM

följas till punkt och pricka. Ett PM som exempelvis beskriver hur en ny patient ska behandlas kan dock behöva frångås på vissa punkter då patienten i fråga kan ha åkommor som PM:et inte tar hänsyn till. Detta blir vanligare då patienter som kommer in allt oftare är så kallat multisjuka vilket innebär att de har flera olika åkommor på en gång. Flera av medarbetarna betonar att de arbetar med människor och att de alltid måste vara anpassningsbara. De kan inte alltid följa ett PM till punkt och pricka.

Det är många av respondenterna som säger att de använder sig av de PM som finns, men att de i många fall betraktar dem mer som riktlinjer. De nämner även ordinationer från läkare, bedömningar och undersökningar som återkommande begrepp. De har ett stort eget ansvar för patienterna och att patienterna får rätt behandling för den åkomma de lider av.

Vid frågan om läkare använder sig av PM så svarade medarbetare att de inte gör det. Vi kan utifrån det anta att läkarna gör bedömningar av patienten och berättar sedan vilken behandling denna ska ha. Därefter använder sjuksköterskorna och undersköterskorna sig av PM på läkarnas ordinationer. Det finns alltså ingen standard på hur en bedömning görs, det är utifrån läkarens kunskap vilket gör att det inte går att styra.

Strokeenheten samarbetar med andra enheter på så sätt att de tar emot patienter från andra enheter om de har plats över och vice versa. Process 2 är en del av strokeenhetens interna arbetssätt för att underlätta detta samarbete. Att ha PM och få möjlighet att ta del av dem från den enhet patienten egentligen ska ligga på hjälper mycket i detta arbete. Medarbetarna på strokeenheten är specialister på stroke och det kan vara svårt att ta hand om patienter med speciella hälsoproblem som inte involverar stroke. Att då ha ett PM att tillgå för att säkerställa att allting blir rätt är nödvändigt.

Ett problem som kan uppstå är om en patient från en enhet som kommer till en annan och personalen där inte är insatta i hur deras PM ser ut. Ett exempel som en anställd gav var att om en strokepatient är nere på akutmottagningen, och de som arbetar där inte är insatta i strokeenhetens PM, kan det uppstå diskussioner om hur patienten borde behandlas akut. Dessa diskussioner som uppstår känns, enligt en medarbetare, onödiga och fördröjer endast vårdarbetet.

Enhetschefen är aktiv i arbetet med processer. Majoriteten av respondenterna anser att han är

duktig på att ge information om hur de ska arbeta, vidarebefordra eventuella förändringar samt att han uppmanar personalen att fortsätta utveckla processarbetet genom att komma med förslag. Medarbetarna känner även att de får gehör för vad de tycker och tänker om sina arbetsuppgifter och har sett att deras förslag inte gått förbi ohörda.

De har kontinuerligt möten på enheten för att ta upp eventuella förändringar i arbetet där åsikter från samtliga medarbetare kan tas upp och diskuteras. Enhetens mål behandlas även och genom nulägesrapporter får de information om hur arbetet mot dem framskrider. På frågan om ledarskapet i processarbetet svarade en anställd: *"Det är väll ledningens starka sida tycker jag"*

På enheten arbetar de kontinuerligt med förbättringsarbeten och huvudansvaret ligger hos kvalitetsansvarig. Hon arbetar fram olika förbättringsförslag som hon sedan delegerar ut till personalen. Hon frågar vem som är mest intresserad av det aktuella området och ger den personen ansvar för att arbeta med förbättringen. Enligt personalen känner de även där att de får gehör för sina åsikter och anser att arbetet går i rätt riktning för enheten.

En möjlig förbättring som kom på tal vid några intervjuer var att knyta patientens rehabilitering till strokeenheten. Som det ser ut nu sker detta inte i samarbete med denna utan de hänvisas till den allmänna vården som saknar den specialistkompetens som strokeenheten har. En sjuksköterska nämnde en önskan om att ha en strokemottagning. Inget av detta var dock möjligt i nuläget av ekonomiska skäl.

Sjukhusledningen ovanför enheten syns inte till speciellt mycket. Alla direktiv som kommer därifrån går via enhetschefen och han är enligt medarbetarna duktig på att förmedla den informationen. Den informationen brukar mest bestå av mål som ska nås, sedan är det upp till enheten att själv utforma arbetet för att nå dem.

Sammanfattning Empiri

I empiriavsnittet har vi gått igenom hur arbetet på strokeenheten i Helsingborg ser ut på papper och är tänkt att fungera. Vi har även gått igenom hur dessa arbetsrutiner och processer används i praktiken utifrån intervjuer med medarbetare på enheten. Avsnittet inleddes med en genomgång av Processerna 1 och 2 och vad PM är och innebär.

Enhetschefens och kvalitetsansvariges synpunkter och åsikter om dessa följde på detta och avslutningsvis kom medarbetarna till tals för att beskriva hur de bestämda arbetsmetoderna används.

5 Analys och diskussion

I detta avsnitt kommer empirin att analyseras utifrån de teorier och modeller som finns beskriven i teoriavsnittet. Detta kommer ske i den ordning som teorierna tagits upp i teoriavsnittet för att underlätta för läsaren att följa med i resonemanget.

- *Processer*
 - *Varför processer inom sjukvården?*
 - *Processtyper eller kategoriseringar*
 - *Processkartläggning*
- *Systemdynamik*
- *Styrning i kunskapsintensiva organisationer*

5.1 Processer

Utifrån intervjuerna med enhetschefen och kvalitetsansvarige framgår det att strokeenheten, inom vissa områden, arbetar med processer och att dessa utvecklats under en period. De har utformat egna processkartor för dessa och de ska användas för att alla ska arbeta på samma sätt. Kvalitetsansvarige beskrev Process 2 som en fusklapp och de använder den för att vara konsekventa. Detta påminner om Ljungberg & Larssons (2001) påstående att en kartläggning är till för att medarbetare inom en organisation ska kunna se hur saker och ting ska utföras, de ska arbeta på samma sätt. Att ha den visualiserad i en processkarta gör det också enkelt att se vad nästa steg i processen är: ”Nu har jag gjort detta. Vad ska jag göra nu?”.

Ur ett teoretiskt perspektiv är de framtagna processerna korrekta (Ljungberg & Larsson, 2001 & Persson, 2010). Det är ett antal aktiviteter, i dessa fall bedömningar eller en utvärdering av tillgängligt utrymme, som bestämmer var objektet, i detta fall en sjuk patient, ska skickas. Själva processkartan är dock uppbyggd av enbart aktiviteter och information men har varken objekt in/ut eller resurser beskrivna.

Detta spelar dock ingen roll för medarbetarna på strokeenheten. Processen uppfyller sitt syfte oavsett om den är teoretiskt korrekt utifrån någon modell eller ej. Detta stärker Ljungberg &

Larssons (2001) påståande att det är viktigare att en organisation är bekväm med sin processkarta än att den är ”korrekt” sammansatt utifrån modeller. På sätt och vis blir då den ändå korrekt då den uppfyller organisationens behov och det är det enda som faktiskt räknas.

Även vad gäller de PM som används vid det dagliga arbetet finns det likheter med processer. De beskriver de olika stegen som ska utföras och i vilken ordning och har tydliga mål. Det ligger nära till hands att likna det med en av Ljungberg & Larssons (2001) beskrivningar av processer där det enda som krävs är en rad länkande aktiviteter för att det ska vara en process. Då PM inte är länkade med varandra utan i många fall står på egna ben är det dock svårt att rent teoretiskt säga att de är processer. Det handlar snarare om enskilda aktiviteter som har ett processlikt arbetsupplägg. I intervjuerna framgår det också att dessa PM inte alltid kan följas och att medarbetarna måste gå utanför ramarna ibland. Syftet med en process är att ha en förutbestämd ordning av aktiviteter som följs likadant varje gång för att få samma resultat (Ljungberg & Larsson, 2001).

Enligt samtliga medarbetare ska de använda sig av de skrivna PM men de säger samtidigt att det inte alltid går på grund av att alla patienter är olika. Det är människor de arbetar med vilket gör det svårt att ha ett standardiserat arbetssätt. PM är situationsanpassade och används när de passar. De är inte samordnade i en förutbestämd kedja utan efterföljs bara i de situationer som faktiskt kräver dem. Ett PM för blodprov används inte om det inte ska tas ett blodprov. När de väl används sker de mer eller mindre utifrån det nedskrivna tillvägagångssättet, som en standard skulle det kunna beskrivas, men det är som sagt inte säkert att ett PM faktiskt kommer att användas. Detta avgörs vid diagnosen av patienten, vad denne har för åkomma och vad läkaren ger för ordination. Diagnosen skulle kunna ses som den professionella delen av organisationen medan de standardiserade PM och processer de har är den byråkratiska biten. Diagnosen är det moment som kräver mest frihet och möjlighet för individen att använda sig av den egna kunskapen medan arbetet därefter, det vill säga PM, är mer eller mindre standardiserat. Processer är tänkta att vara standardiserade arbetssätt för att säkerställa att det alltid blir samma resultat. Just standarder strider dock mot logiken i den professionella organisationen. Medarbetare i en sådan organisation vill arbeta självständigt. Ett sjukhus är en professionell organisation men som beskrivs ovan tar standarder vid när diagnosen är ställd.

5.1.1 Varför processer inom sjukvården?

Målet med Process 1 och 2 är att se till att patienterna kommer till rätt enhet på en gång och slipper flyttas under vårdtiden. Strokeenheten vill även skapa en högre kvalitet och säkerhet och en standard som medarbetarna kan följa och luta sig mot vid osäkerhet. De har samma mål som Berlin och Kastberg (2011) menar att processer inom sjukvård brukar ha. Då de däremot inte kommit så långt i arbetet dras de ändå med några av funktionsindelningens problem. Utanför den egna enheten är det inte alla som vet om arbetssättet. Även inom enheten råder det viss brist på kunskap om processerna.

Utifrån Bragato & Jacobs (2003) och Berlin & Kastberg (2011) klarar processarbetet på enheten endast en av de tre beskrivningarna, den om standardiserad vård. Det är fokus på patienten i processerna men då processen inte spänner över hela vårdtillfället kan den inte sägas följa hela patientens väg. Utifrån perspektivet att processerna i sig är huvudprocesser skulle det dock gå att tillämpa det synsättet. I processarbetet har de tagit fram dels ett arbetssätt och dels en processkarta för att se till att personalen arbetar på samma sätt. Vad gäller dokumentationspraxis, som är den tredje delen, har det under intervjuerna framkommit att statistisk information om vårdutförande på enheten har dokumenterats, men att det inte har någon direkt koppling till process 1 och 2.

Enhetschefen sa under intervjun att Process 1 och 2 tagits fram för att säkerställa kvalitativ vård för patienterna och underlätta arbetet för personalen. Målet är att se till att patienterna kommer till rätt enhet på en gång och slipper flyttas omkring. Både Rentzhog (1998) och Berlin & Kastberg (2011) menar att för att få ett bättre slutresultat, i detta fall en välbehandlad patient, krävs det ett fokus på hela patientprocessen. Process 1, som bestämmer om en patient ska till Helsingborg eller Ängelholm, är även gränsöverskridande då det är tre enheter som är inblandade: akuten och strokeenheterna på respektive sjukhus. Berlin & Kastberg (2011) och även Rentzhog (1998) menar att ett sådant tänkande är nödvändigt och att enheterna inte bara får se till sitt eget bästa. Fokus måste ligga på patienten och gemensamma mål istället för enhetsspecifika.

Att fokus ligger på kvalitet i vården stämmer också överens med Berlin & Kastbergs (2011) påståenden. Under intervjuerna uppkom inga antydanden om att processerna skapades bara för sakens skull. De hade tydliga mål och mätningar hade utförts innan för att se resultatet. Även Ljungberg & Larsson (2001) menar att det inte är själva processkapandet som ska ses som en förbättring, det är resultatet i slutändan som är det viktiga.

Även de PM som enheten har kan bedömas utifrån dessa kriterier. De är till för att skapa trygghet för patienten och se till att denne ska få en vård som överensstämmer med vad som utlovas. De är också till för att underlätta för personalen och se till att de alla har ett gemensamt arbetssätt som de kan rådfråga vid osäkerheter.

Berlin & Kastberg (2011) menar att det krävs ett fokus på hela processen för att kvalitet ska kunna uppnås. I dagsläget verkar inte hela patientens väg vara täckt. När patienten är färdigbehandlad på enheten och skrivs ut läggs ansvaret för eftervård och rehabilitering över på andra vårdinstanser. Om vårdprocessen ses utifrån det perspektivet, en övergripande huvudprocess utifrån patientens perspektiv, har de inte uppnått syftet att erbjuda kvalitativ vård. Processerna som de hittills arbetat fram täcker enbart hanteringen av patienten vid inläggningen på sjukhuset. Deras syfte har varit att minska antalet förflyttningar och på så sätt ge en bättre vård för patienten och detta har de uppnått. Från patientens perspektiv fortsätter dock processen med rehabilitering och att lära sig hantera och leva med eventuella bestående men. Patienten hänvisas till primärvården, där specialistkompetensen om stroke saknas. Denna problematik nämndes vid flera intervjutillfällen och ett konkret förbättringsförslag som presenterades var att inrätta en strokemottagning på sjukhuset. Med en strokemottagning kunde patienten få återkoppling i rehabiliteringen med personal som är experter på dennes situation. En respondent påpekade att ofta hinner inte en patient ”landa i sin sjukdom” innan den skrivs ut från strokeenheten. När patienten sedan kommer hem uppkommer frågor och problem som får hanteras av primärvården. Hade eftervården hanterats av strokeenheten hade kvaliteten på vården ökat ur patientens synvinkel.

5.1.2 Delprocesser

Om Process 1 och Process 2 ses ur ett perspektiv där en huvudprocess är patient in till patient ut ter det sig naturligt att utifrån Melans (1992 i Rentzhog, 1998) modeller och även Ljungberg & Larssons (2001) se dem som delprocesser. Enligt Persson (2010) kan det dock antingen vara på detta sätt eller att de är separata huvudprocesser som tillsammans med flera andra huvudprocesser skapar tillfredsställelse. Det beror på vilket perspektiv som väljs.

Enhetens PM kan också analyseras utifrån samma perspektiv. De beskriver arbetsmoment eller processer på enheten som tillsammans resulterar i en behandlad patient. Även här är det ett flöde eller huvudprocess, patient in till ut, som är uppbyggt av flera delprocesser, PM. Dock framgår det i intervjuerna att de olika PM inte alltid följer efter varandra i samma ordning för varje patient. Utifrån rent teoretiska grunder kan PM inte klassas som delprocesser.

För att kunna se Process 1, Process 2 eller PM som delprocesser anser vi att en huvudprocess måste definieras. De har en plats i organisationens arbete men denna skulle kunna bli tydligare genom att visa exakt vart denna är. Med en huvudprocess som det går att peka ut de olika delprocesserna i skulle det kunna vara lättare att skapa en överblick av organisationen och på så sätt ge medarbetare en bättre bild av deras del i den. Det skulle kunna skapa ökad förståelse och kunskap om de redan existerande processerna. Medarbetarna själva ser redan patient in till ut som en process och att bygga vidare på denna bild skulle kunna underlätta för det befintliga samt framtida processarbetet.

5.1.3 Processkartläggning

De processkartor strokeenheten framställt är lättförståeliga och visar med pilar klart och tydligt hur flödet ser ut, vilket enligt Ljungberg & Larsson (2001) bör vara utmärkande för en processkarta. Det ska vara lätt att se de olika stegen vilket det också är. Att personalen använder dem för konsultation skulle också kunna innebära att de uppfyller sitt syfte. Däremot har inte hela personalstyrkan vetskap om arbetssättet vilket enligt Ljungberg & Larsson (2001) är en viktig faktor. Utan gemensam kunskap vet inte alla hur eller mot vad de

ska arbeta och en poäng med processkartan försvinner, att skapa en gemensam grund för utveckling.

Detta skulle kunna vara ett problem men under intervjuerna framgick det att alla medarbetare inte har arbetsuppgifter som är länkade till dessa processer. För att arbetssättet ska fungera rent praktiskt är det inget problem då de som arbetar i processerna har kännedom om dem. Om de däremot vill skapa bättre förutsättningar för utveckling borde alla ha bättre kännedom om arbetssättet för att öka mängden input och på så vis även möjligheten att hitta förbättringsalternativ.

De två processkartorna har fler likheter med Perssons (2010) modell än Ljungberg & Larsson (2001). Persson använder sig av flera moment av ”val av alternativ” vilket Ljungberg & Larsson (2001) inte tar upp i sin beskrivning. Vid utformningen har strokeenheten dock valt att använda sig av enbart en figur för alla momenten i processerna och här menar både Persson (2010) och Ljungberg & Larsson (2001) att olika figurer bör användas för att symbolisera olika sorters moment. Objekt in har en figur, aktivitet en annan och val av alternativ en egen. Det ska dock noteras att Ljungberg & Larsson (2001) menar att det finns flera olika varianter på modeller och att ingen är mer rätt än någon annan.

Återigen verkar det inte spela någon större roll att processen och dess karta inte är ”korrekt”. Den fungerar och de inblandade använder och förstår sig på den. Det skulle kunna tolkas som att det är viktigare att en karta förstås än att den, som sagt, är korrekt och att det är en anledning till att det finns så många olika modeller.

5.2 Systemdynamik

Petersen et al. (2008) beskriver att systemtänkande är att se organisationen som en helhet, inte som flera olika funktioner. Enligt Nilsson (2008) är det funktionsorienterade arbetssättet en modell som används av majoriteten av sjukhus världen över, men i Helsingborgs Lasarett fall ser det ut som de i vissa avseenden arbetar utifrån ett systemperspektiv. Ur detta perspektiv kan det ses som att organisationen, det vill säga hela sjukhuset, försöker se sig som en enhet, inte flera funktioner, då de har ett samarbete mellan enheter för att minska problemet

med överbeläggningar. Att enheterna emellan kan avlasta varandra för att minska överbeläggningar, och på så vis arbeta mer optimalt är, att bortse från ett funktionsorienterat tankesätt.

Nilsson (2008) menar på att det funktionsorienterade arbetssättet är det som används av majoriteten av sjukvården idag. Om strokeenheten på Helsingborgs Lasarett ska arbeta processinriktat är de på väg i rätt riktning med sitt processarbete då de tack vare de nya processerna fördjupat samarbetet med andra enheter och sjukhus. I grund och botten arbetar de mycket utefter det funktionsbaserade arbetssättet men processarbete över gränser gör att de sneglar på det processbaserade och skulle kunna innebära att de inser att det krävs ett bredare synsätt än tidigare.

Enligt Petersen et al. (2008) sitter företag idag ofta med mentala modeller om hur verkligheten är beskaffad. Med detta kan det skapas ovetenskapliga och felaktiga ideal. De håller sig kvar i tankebanor och mönster de har vant sig vid och måste försöka ifrågasätta dessa. Strokeenheten arbetar kontinuerligt med förbättringsarbete, de har ofta möten med alla involverade för att både utveckla och förbättra sitt dagliga arbete. Enhetschefen är aktiv i detta arbete och informerar om förändringar som sker samt tar till sig alla idéer som kommer till hans bord. Personalen känner sig därför delaktig i förändringsarbetet och vill hjälpa till att utveckla och förbättra enheten. I och med detta går det att tolka att de inte har den mentala modellen som Petersen et al. (2008) beskriver som problematisk, utan snarare tvärtom.

5.3 Styrning i kunskapsintensiva organisationer

Senge (1996, i Sveningsson et al. i Jönsson & Strannegård, 2009) säger att ledarskap i kunskapsintensiva organisationer framförallt ska vara riktad mot att stödja lärande, utveckling och förnyelse. Löwendahl (2005) menar på att ledarskapet bör vara mer riktad mot stödjande i dessa organisationer då personalen är högt kvalificerad och har tämligen självständigt arbete med höga krav på lärande.

Enhetschefen på strokeenheten i Helsingborg möter alla dessa kriterier genom att vara engagerad och aktiv inom förbättring och utvecklingen av enhetens arbete. Hans ledarskap är

samtidigt riktat mot stödjande av lärande då han uppmanar alla medarbetare på enheten att komma med förbättringsförslag och han lyssnar på dessa utan att, som en medarbetare sa, sänka någon eller höja någon annan till skyarna. Personalen på enheten har tämligen självständigt arbete. De har PM som ska följas, men som medarbetarna har nämnt går de inte alltid att följa till punkt och pricka då alla patienter är individer. Att lyssna och ta till sig medarbetarnas förslag är därför viktigt för förbättringsarbetet.

Sveningsson et al. (2009) beskriver att styrning också förekommer i kunskapsintensiva organisationer och på senare år har styrning riktat sig mot att formulera övergripande riktlinjer och visioner, credon, motton och allmänna prioriteringar för verksamheten överlag. Enhetschefen på strokeenheten utför denna sortens styrning då han formulerar enhetens mål samt riktlinjerna för processarbetet. Enligt en medarbetare är enhetschefen duktig på att formulera målen samt beskriva riktlinjerna och hur de ska arbeta med processer, vilket gör det enkelt att förstå vad som ska göras. Enhetens allmänna prioriteringar, som till exempel kostnadsfrågor, är han noga med att få personalen införstådda med så att alla strävar efter samma mål.

Sammanfattning Analys och diskussion

I detta avsnitt har vi analyserat och diskuterat det empiriska materialet utifrån de modeller och idéer som tagits upp i teoriavsnittet. För att underlätta för läsaren samlade vi all analys och diskussion om processer efter varandra och följde sedan upp med systemdynamik och styrning i kunskapsintensiva organisationer. Teori om professionella organisationer fick inte ett eget stycke utan togs istället upp i de delar där det var relevant.

6 Slutsatser och rekommendationer

I detta avsnitt kommer våra egna slutsatser att presenteras utifrån vår analys av det empiriska materialet. Vi börjar med att svara på frågeställningen, fortsätter med en återblick på och ett resonemang kring uppsatsens syfte och avslutar med framtida rekommendationer.

6.1 Slutsatser

Under arbetets gång hade vi följande frågeställningar:

- Hur är det tänkt att strokeenheten ska arbeta med processer?
- Hur arbetar de egentligen?
- Hur förhåller sig arbetet gentemot processtänkandet till de idéer och modeller som tas upp i teoriavsnittet?

På den första frågan har vi konstaterat följande: strokeenheten har två processer och ett flertal PM att använda sig av i det dagliga arbetet. PM är utformade utifrån de nationella riktlinjerna och ska användas vid behandling av patienter. Processerna 1 och 2 används av akutmottagningen respektive strokeenheten och ska underlätta vid inläggningstillfället av patienten för att optimera vården. För att utveckla och förbättra processerna finns en förbättringskultur på enheten där hela personalen uppmanas att komma med idéer och förslag.

På den andra frågan har vi konstaterat följande: strokeenhetens personal använder sig av Process 2 i sitt arbete men alla är inte bekanta med den. Till stor del verkar detta bero på tilldelade arbetsuppgifter. Den används främst vid osäkerhet om hur inläggning ska ske samt vid diskussioner med andra enheter. Rent praktiskt används den inte alltid men tankesättet som den tillför finns med vid varje inläggning. Personalen involveras i processutvecklingen genom att lyfta eventuella problem som uppkommer med arbetssätten och då diskuteras detta för att finna nya lösningar.

Vad gäller PM arbetar de utifrån dessa dagligen men beroende på situation och patient följs de inte alltid till punkt och pricka, då alla patienter är individer som ibland kan behöva behandlas på ett annat sätt än vad PM beskriver. Detta är även cheferna på enheten medvetna

om. Läkarna använder sig inte av PM vid diagnostiserandet utan gör en bedömning av patienten och utifrån denna används sedan de PM som beskriver den nödvändiga behandlingen. Kortfattat kan det sägas att de använder processerna och PM när situationen talar för det.

På den tredje frågan har vi konstaterat följande: Process 1 och 2 är uppbyggda på ett teoretiskt korrekt sätt med ett antal bedömningar som bestämmer vart en patient ska skickas.

Processkartorna i sig stämmer inte överens med de modeller uppsatsens teoriavsnitt tagit upp men i praktiken spelar det ingen roll, den används och fungerar. Utifrån Ljungberg & Larsson (2001) blir kartorna ”korrekta” då det viktigaste är att organisationen tycker de är användbara. PM kan ses som processer som används när de passar patientens symptom men rent teoretiskt kan de inte klassas som processer då det krävs en sammankoppling av momenten som varken finns eller går att implementera. Då de inte heller går att följa varje gång försvinner även den standardisering som en process har.

Syftet med denna uppsats har varit att titta på en sjukhusenhet som börjat arbeta med processer och analysera och diskutera detta utifrån existerande idéer om processarbete. Ser deras processarbete ut som redan existerande modeller eller skiljer det sig?

Strokeenheten har inlett processarbete för vissa utvalda delar av arbetet på avdelningen för att skapa en bättre vård för patienten. Dessa processer fungerar och används av personalen i det dagliga arbetet. Utifrån ett praktiskt perspektiv är det inga problem med dem då de fungerar, men ur ett teoretiskt perspektiv där olika modeller och idéer appliceras haltar de något.

Till att börja med ska det dock sägas att de har implementerats av rätt anledning. Vården ska förbättras och detta görs bäst genom att titta på hela flödet (Rentzhog, 1998). De har inte skapat en process bara för att kunna säga att de ser framåt och använder sig av nya metoder. De har också sett till att processerna är lättförståeliga och går att följa utan några större svårigheter, även om det krävs en vis specialistkunskap inom medicin för att göra vissa val.

Däremot har de enbart skapat dessa enskilda processer och det är svårt att klassa dem som varken huvud- eller delprocesser. Vi anser att då det inte går att följa en patients fulla färd genom sjukhuset går det inte att säga att de är huvudprocesser. De kan inte heller klassas som

delprocesser då de inte har fått någon plats i ett större sammanhang, eller process, på sjukhuset fast de genom att enbart beskriva en del av patientens väg rimligen borde klassas som en delprocess. Detta kan vara en anledning till att alla inte känner till processerna. De har svårt att se hur de passar in i helhetsperspektivet. Med en huvudprocess, eller åtminstone en bild av hur den ser ut, kan Process 1 och 2 få en plats och förstås bättre. Personalen ser redan patient in till ut som en process och utnyttjas detta kan befintliga och framtida processarbeten underlättas. Det skulle kunna vara fördelaktigt att här använda sig av ett systemdynamiskt tänkande och se sjukhuset som en enhet istället för flera små funktioner. Det skulle, anser vi, kunna ge rätt synsätt på patientprocessen vilket i slutändan skulle kunna ge en mer kvalitativ vård för patienten.

Att de är enskilda processer är enligt Berlin och Kastberg (2011) ett problem då ett fokus på hela processen, i detta fall hela patientens väg, krävs för att kvalitet ska skapas. Vi är benägna att hålla med. Som det ser ut nu är det bara i början och under behandlingen som patienterna tas om hand av strokeenheten. Sedan skrivs de ut och hänvisas till andra vårdinstanser för rehabilitering och en återgång till vardagen. Utifrån ett patientperspektiv bryts processen där och en ny tar över utan att ”produkten” är färdig. Detta känns inte som ett korrekt arbetssätt ur ett logistiskt perspektiv. Det är möjligt att detta beror på den traditionella synen på sjukhuset som olika uppdelade funktioner (Berlin & Kastberg, 2011). Enligt detta synsätt ska strokeenheten koncentrera sig på vård av strokepatienter och inte ha något med efterbehandling att göra, det är inte deras specialisering. Eftervården och rehabiliteringen passar bättre för andra enheter, det vill säga funktioner, som är specialiserade på just det. Med Process 1 och 2 har de gått över de olika enheternas gränser då det inte bara är de själva som påverkas av dem. Detta kan ses som en början till uppluckring av det funktionella systemet men andra enheter saknar fortfarande kunskap om processerna.

Vad gäller själva utformningen av processkartan går det egentligen inte att kritisera den då den fungerar och gör sitt jobb, det finns som sagt ingen karta som är bäst (Ljungberg & Larsson, 2001). Som logistiker skulle vi dock finna det önskvärt att de använt sig av några fler symboler för att tydligare representera de olika momenten i processen. Möjligtvis något i still med Perssons (2010) modeller.

De PM som de arbetar med skulle kunna klassas som processer då de beskriver ett arbetssätt som de anställda förväntas följa. De är anpassade för olika situationer och ska i teorin bara kunna följas för att få önskat resultat. Om patientens väg genom strokeenheten ses som en huvudprocess skulle PM kunna ses som delprocesser som betas av en efter en för att komma fram till målet: en behandlad patient.

I praktiken är det dock inte alltid så då det, som tidigare nämnts, är människor som PM ska tillämpas på. Det är inte alltid det går att följa något till punkt och pricka och de anställda på strokeenheten är alla medvetna om att de ibland måste gå utanför ramarna. Just detta är ett argument mot att PM inte, rent teoretiskt, kan klassas som en process då dessa är standardiserade flöden av aktiviteter som utförs gång på gång för att få samma resultat varje gång. Det ska även tilläggas att bara för att ett PM finns används de inte alltid. En patient utan en åkomma behöver inte behandlas med PM för den åkomman och just därför blir det aldrig ett riktigt flöde av alla PM, det är allt som oftast olika PM som används för olika patienter. PM används när de behövs och kan tillämpas och just denna ”osäkerhet” gör det svårt att klassa dem som processer eller delar i en process. Det är självklart möjligt att försöka skapa en process för varje påträffad patient men själva poängen med en process är att göra det standardiserat, överskådligt och möjligt att följa. En huvudprocess att vårda patienter som grenar ut sig i en stor mängd delprocesser fyller inte riktigt sitt syfte och skulle snarare skapa mer förvirring än den förhindrar. Att försöka strukturera upp arbetet på en sjukhusavdelning i processer, enligt de modeller vi redogjort för i uppsatsen, kommer inte att vara genomförbart fullt ut då en stor del av arbetet inte går att standardisera. Genomgående i vårdarbetet sker bedömningar och anpassningar efter patientens komplikationer med en oändlig mängd möjliga processvägar. Som vi dock har sett kan ett processtänk även här ge förbättringar utifrån specifika mål.

Att införa ett förändringsarbete i organisationer kan bli problematiskt och det är enligt Eisenbach, Watson & Pillai (1999) viktigt att ledningen är aktiv med arbetet. Enhetschefen och den kvalitetsansvarige sjuksköterskan arbetar aktivt med förbättringsarbetet på strokeenheten vilket gör att de får så mycket hjälp och feedback från medarbetarna som möjligt. Strävan att ha med så många som möjligt anser vi är ett korrekt arbetssätt utifrån Petersen et al. (2008). Detta skapar fler förutsättningar för processarbetet, att det ständigt utvecklas, och de får även användning av sina professionella medarbetare i

förbättringsarbetet. Detta anser vi är speciellt viktigt eftersom det är medarbetarna som arbetar i processerna vilket gör att de lättare kan hitta förbättringsområden.

6.2 Rekommendationer

För att utveckla processarbetet bör sjukhus fokusera på patienten och inte patientens vård. Detta kräver att hela sjukhusorganisationen involveras för att gå mot en patientflödesinriktad struktur med ansvarsområden som täcker patientens vårdbehov och inte stannar vid avdelningsgränserna (Lind, 2010). I tillverkning kan produktionen planeras i förväg och processer kan formas utifrån vad de bestämt sig för att göra. För sjukvården, och akutsjukvården i synnerhet, är förhållandet det omvända. Det är svårt att veta vad som ska göras innan patienten kommer och en diagnos kan ställas. Detta påverkar möjligheten för att kunna arbeta med en process. Patienten kanske inte faller inom ramen för vad processen tar hänsyn till. Då måste de gå utanför och frångå processen. Samtidigt bör inte processer skapas enbart för sakens skull. Att exempelvis se alla PM som processer och försöka få dem att passa in en större process kan bli svårt. Istället skulle det kunna vara lämpligt att skapa en övergripande patientflödesprocess och istället för att ha PM som specifika delprocesser, exkludera dem från processen och ha dem som arbetsmoment utan att i processen specificera exakt vart de ska användas.

Med detta menas inte att processarbete på lokal nivå är olönsamt. Vi menar att vår studie har visat att enhetens processarbete har fått positiva effekter där det kunnat appliceras. Även om en systemomställning för hela vårdsystemet ter sig avlägsen, kan ett processinriktat tanke- och arbetssätt vara positivt. De bör helt enkelt skapa processer där de vill och kan. Med ett processinriktat arbetssätt förtydligas arbetet och även medarbetarnas enskilda roller i ett större sammanhang, vilket kan leda till en bättre förståelse och ökat engagemang.

Vad gäller framtida forskning föreslår vi en större undersökning som sträcker sig över längre tidsperiod samt flera avdelningar och sjukhus för att skapa en tydligare överblicksbild av processarbete. Genom att titta på det ur ett större perspektiv, på organisationsnivå, skulle det vara möjligt att studera funktionsinriktningens påverkan på processarbete och se hur organisationen i helhet skulle kunna arbeta tillsammans mot gemensamma mål.

Sammanfattning Slutsats

I detta avslutande avsnitt har vi tagit upp och svarat på den frågeställning vi använt oss av genom arbetet. Vi har diskuterat och dragit slutsatser kring syftet utifrån den insamlade empirin och teorin och har avslutat med rekommendationer kring utveckling av processer inom vården.

7 Referenser

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008), *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur
- Berlin, J. & Kastberg, G. (2011), *Styrning av hälso- och sjukvård*, Liber AB, Malmö
- Bragato, L. & Jacobs, K. (2003), *Care pathways: the road to better health services*, i *Journal of Health Organization and Management*. 17(3) 164-180.
- Bryman, A. (2008), *Samhällsvetenskapliga metoder*, Liber AB, Malmö
- Eisenbach, R., Watson, K. & Pillai, R. (1999), *Transformational leadership in the context of organizational change* i *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 12 Iss: 2 pp. 80 - 89
- Gummesson, E. (2000), *Qualitative Methods in Management Research*. Andra Upplagan, Sage Publications, Inc.: Thousand Oaks
- Gummesson, E. (2004), Fallstudiebaserad forskning. i Gustavsson, B. (red.), *Kunskapande metoder inom samhällsvetenskapen*, Andra upplagan, Studentlitteratur, Lund
- Jacobsen, D. I. (2000), *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*, Svenska upplagan, Studentlitteratur, Lund
- Jönsson, S. & Strannegård, L. (red.), (2009), *Ledarskapsboken*, Upplaga 1:2, Liber AB, Malmö
- Lind, J-I. (2010), *Nästa vårdssystem – under professionell självkontroll*, Holmberg i Malmö AB
- Ljungberg, A. & Larsson, E. (2001), *Processbaserad verksamhetsutveckling*, Studentlitteratur, Lund
- Löwendahl (1997), i Sveningsson, S., Alvesson, M. & Kärreman, D. (2009), *Ledarskap i kunskapsintensiva verksamheter: Hjärteideal och vardagsmagi*. I Jönsson, S. & Strannegård, L. (red.), *Ledarskapsboken*, Upplaga 1:2, Liber AB, Malmö

- Löwendahl, B. R. (2005), *Strategic Management of Professional Service Firms*, tredje upplagan, Copenhagen Business School Press, Köpenhamn
- Melan (1992), i Rentzhog, O. (1998), *Processorientering: En grund for morgondagens organisationer*, Holmbergs i Malmö AB, Sweden
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977), *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony* i American Journal of Sociology. Volume 83 Nummer 2, 340-363
- Mintzberg, H. (1983), *Structures is fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall, Inc.: Englewood Cliffs, New Jersey
- Nilsson, F. (2008), *Vägen till en patientprocessororienterad sjukvård*, Utvecklingscentrum, Region Skåne: Kristianstad
- Persson, G. (2010), *Processer: Effektivisera och förbättra din verksamhet*, SIS Förlag AB: Stockholm
- Petersen, L. O., Oredsson, S., Lundquist, T. & Lindström, B. (2008), *Tänka först och handla sedan- Dynamisk konsekvensanalys inom hälso- och sjukvården*, Utvecklingscentrum, Region Skåne: Kristianstad
- Rentzhog, O. (1998), *Processorientering: En grund for morgondagens organisationer*, Holmbergs i Malmö AB, Sweden
- Scott, J. (1990), *A Matter of Record: Documentary Sources in Social Research*, Cambridge: Polity Press
- Senge (1996) i Sveningsson, S., Alvesson, M. & Kärreman, D. (2009), *Ledarskap i kunskapsintensiva verksamheter: Hjärteideal och vardagsmagi*. i Jönsson, S. & Strannegård, L. (red.), *Ledarskapsboken*, Upplaga 1:2, Liber AB, Malmö
- Socialstyrelsen, 2011, *Nationell utvärdering 2011 Strokevård*
- Sveningsson, S., Alvesson, M. & Kärreman, D. (2009), *Ledarskap i kunskapsintensiva verksamheter: Hjärteideal och vardagsmagi*. I Jönsson, S. & Strannegård, L. (red.), *Ledarskapsboken*, Upplaga 1:2, Liber AB, Malmö

Gemensamt nyttjande av strokeplatserna i Nordvästra Skåne

Samarbete i Nordvästra Skåne mellan strokeenheterna på Helsingborg lasarett och Ängelholm sjukhus.

Bakgrund

Patienter som har insjuknat i stroke bör vårdas på strokeenhet, vilket är en högt prioriterad åtgärd i de nationella riktlinjerna. Strokeenheter är vårdavdelningar som är organiserade för att i huvudsak vårda patienter som har insjuknat i stroke. De har personal med expertkompetens inom strokevård och vårdarbetet bedrivs i multidisciplinära team med en specifik personalsammansättning. Strokeenheterna arbetar också efter fastslagna vårdprogram och tydliga rutiner. Det finns undersökningar som visat att de som vårdas på strokeenhet har högre överlevnad och bättre funktionsförmåga efter stroke.

I Regionens uppdrag för Strokevården har sedan 2008 ett av målen/kraven varit att strokevården ska organiseras på ett sådant sätt att 80 % av de patienter som misstänks ha Stroke läggs in på en strokeenhet inom 24 timmar. Målet är direkt kopplat till den målrelaterade ersättningen i Region Skåne.

Ingen av strokeenheterna i Ängelholm eller Helsingborg har hittills lyckats uppnå det. I uppdraget för 2012 har kravet ytterligare skärpts och 80 % ska nu läggas in direkt från akutmottagningarna på Strokeenheterna. Med "direkt" menas att första vårdavdelning ska vara strokeenheten oavsett om patienten söker via akuten, med ambulans eller överflyttas från annat sjukhus som inte är Helsingborg eller Ängelholm. I de fall där patienten läggs på IVA räknas det som direktinläggning så även de patienter som trombolyseras på avd 23 i Ängelholm

Syfte

Hitta en metod som möjliggör ett bättre utnyttjande av de 36 vårdplatserna som finns i Nordvästra Skåne för strokevård.

Projektmål

- Hitta en metod för koordinering av patienter med misstänkt stroke i Nordvästra Skåne så att vårdplatserna på strokeenheterna i Ängelholm och Helsingborg i högre grad används för patienter med misstänkt stroke.
- Minska de överflyttningar av patienter som idag görs mellan strokeenheterna med anledning av patientens folkbokföringsadress.

Effektmål

Andel patienter med stroke som lagts in direkt på strokeenhet vid inläggning på sjukhus
Antal överflyttningar med anledning av patientens folkbokföringsadress

Vilka ska vara med

Alla patienter med misstanke om stroke

Avgränsningar

Projektet avgränsas till att gälla mellan kl. 08 – 16 Måndag till Måndag

Resurser

Ryms inom den ordinarie verksamheten

Tidplan

Start: 2012-03-26

Avslut: 2012-06-01

Avstämning

En gång/månad

Mätning,

- Andelen registrerade direktinläggningar i riksstroke.
- Överflyttningar av patienter mellan sjukhusen med anledning av patientens folkbokföringsadress.

Projektansvarig

Björn Klemedsson, Enhetschef Strokeenheten, Internmedicin Helsingborgs Lasarett
Dorit Christensen, Biträdande avdelningschef, Strokeenheten Ängelholms sjukhus

Projektgrupp

Dorit Christensen, Ängelholms sjukhus
Tina Boldt Christmas Ängelholms sjukhus
Björn Klemedsson Helsingborgs Lasarett
Pernilla Sandgren Helsingborg Lasarett
Karina Kvarnerup Helsingborgs lasarett

Konsekvenser

Det är projektgruppens åsikt att det finns en risk att vårdkedjan blir fördröjd vid överflyttning som saknar medicinsk grund. Överflyttningar av patienter mellan sjukhusen ska naturligtvis fortsätta att göras om det finns medicinska skäl. Att patienter vårdas klart på det sjukhus där inläggningen sker kan innebära konsekvenser för anhörigas resväg i samband med besök och även för vårdplaneringsteam i Nordvästra Skåne.

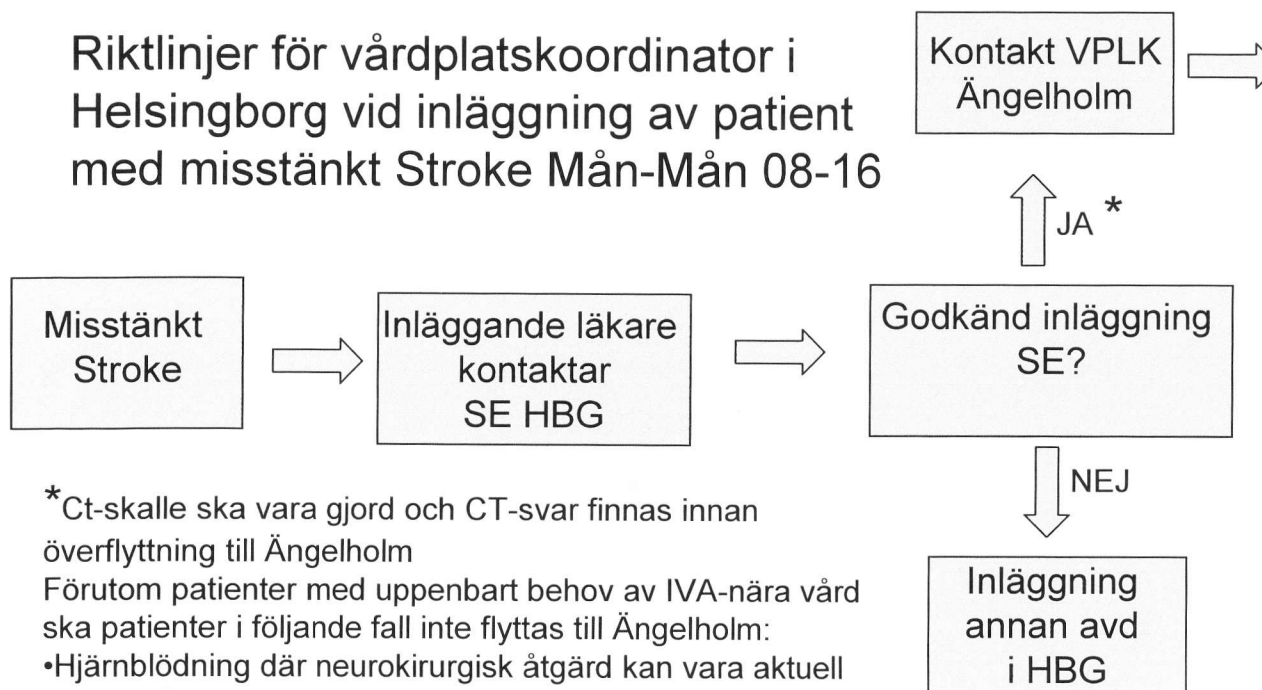
Vårdplaneringsteamerna ska informeras om projektet. Tiden för de patienter på akuten i Helsingborg som kan flyttas till Ängelholm kan förlängas något eftersom svar på CT-skalle ska föreligga innan överflyttning sker. I de fall som hembesök av paramedicinsk personal behöver göras för de patienter som inte tillhör det aktuella sjukhusets upptagningsområde kan resvägen och därmed tiden för hembesöket att förlängas.

Beställare

Per Johansson, Verksamhetschef Strokeenheten Ängelholm Sjukhus
Bo Ervander, Verksamhetschef Internmedicin Helsingborgs lasarett

Helsingborg 2012-02-06

Riktlinjer för vårdplatskoordinator i Helsingborg vid inläggning av patient med misstänkt Stroke Mån-Mån 08-16



- * Ct-skalle ska vara gjord och CT-svar finnas innan överflyttning till Ängelholm
- Förutom patienter med uppenbart behov av IVA-nära vård ska patienter i följande fall inte flyttas till Ängelholm:
- Hjärnblödning där neurokirurgisk åtgärd kan vara aktuell
 - Misstänkt subarachnoidalblödning
 - Medvetandesänkt patient RLS 3 eller sämre
 - Misstänkt lillhjärnsinfarkt
 - Patient yngre än 65 år med mediainfarkt
 - Patient där trombolys eller trombectomi kan vara aktuell

Det är alltid ansvarig läkare på akuten som avgör om patient kan flyttas

Överrapportering sker alltid läkare - läkare

Dagtid	Jourtid
Läkare strokeenheten 81632	Medjour Ängelholm 81258
Strokeenheten 81142	

Riktlinjer för inläggning i Ängelholm

14 eller färre belagda platser på SE i Ä-holm.

- Lägg in pat. på SE Ä-holm

15 eller fler belagda platser på strokeenheten i Ä-holm.

- Om utskrivningar på SE i Ä-holm lägg in pat. där

Om nej

- Om 18 eller mindre platser belagda på SE HBG lägg in pat. där

Om inte

- Flytta ut pat. enl. lista på SE i HBG och lägg in där

Om inte

- Flytta ut pat. enl. lista på SE i Ä-holm och lägg in där.

Två ÖB på strokeenheten i Ä-holm

- Om utskrivningar på SE i Ä-holm lägg in pat. där

Om inte

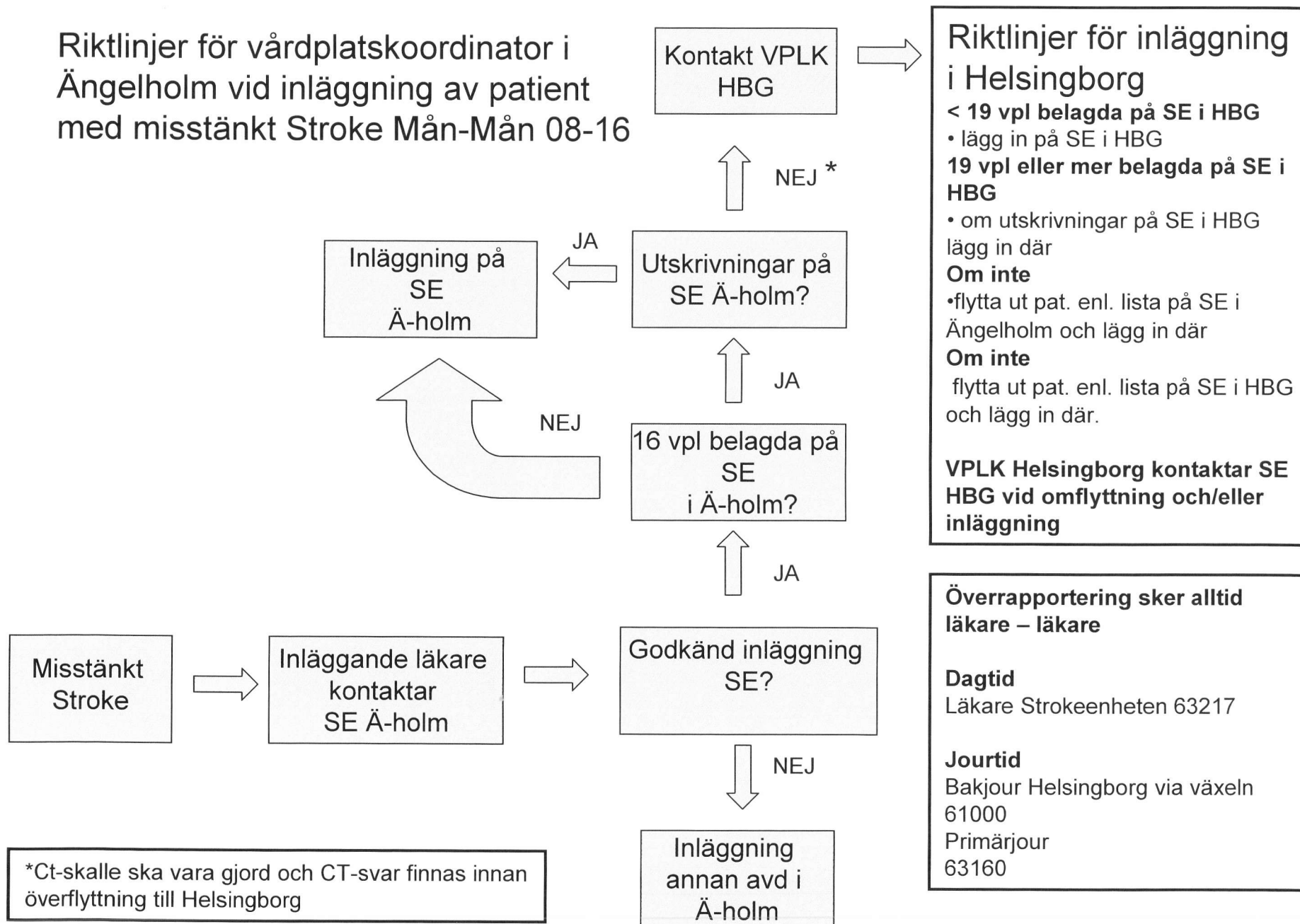
- Flytta ut pat. enl. lista på SE i HBG och lägg in där



Om inte

- Flytta ut pat. enl. lista på SE i Ä-holm och lägg in där.

VPLK Ängelholm kontaktar SE Ä-holm vid omflyttning och/eller inläggning

Riktlinjer för vårdplatskoordinator i Ängelholm vid inläggning av patient med misstänkt Stroke Mån-Mån 08-16



 Helsingborgs lasarett En del av Region Skåne	PM Medicinskt	
Specialitet: Internmedicin, Akutcentrum	Text författare: Björn Karlsson Faktaansvarig: Björn Karlsson, Pernilla Sandgren Godkänt av: Bo Ervander VC Internmedicin, Kjell Ivarsson VC Akutcentrum 	
Skapat: 2011-06-07	Reviderat:	Bäst före: 2012-12-31
Sökord: Stroke, inläggning, strokevård direkt, strokeprocess		PM-nr: 124102

PM för inläggning av strokepatienter

PM är utarbetat i samverkan mellan Strokeenheten och Akutcentrum

Sedan 2008 har Helsingborgs Lasarett på uppdrag av Region Skåne arbetat med Strokeprocessen. Syftet har varit att med patienten i fokus skapa en jämn och hög kvalitet på strokevården i Region Skåne. Det har också visat sig att vård av strokepatienter på strokeenheter medför lägre dödlighet, ökad sannolikhet för oberoende och att patienten återvänder till eget boende. Kravet från Region Skåne är att 80 % av strokepatienterna läggs in på strokeenheten inom 24 timmar. Syftet med ett PM för inläggning av strokepatienter är att på ett bättre sätt använda strokeenhetens vårdplatser så att fler strokepatienter kommer direkt till strokeenheten och får rätt vård.

Vid trombolys följs separat PM för "Rädda Hjärnan". Se särskild pärm på akuten. För inläggning av strokepatient ej aktuell för trombolys ringer inläggande läkare på akuten 63217

- Kontorstid svarar strokeenhetens läkare och avgör om patienten ska läggas in på strokeenheten
Jourtid svarar driftsansvarig sjuksköterska som med hjälp av modifierad Rosier-skala avgör om patienten ska läggas in på strokeenheten
- Strokeenheten har 19 vårdplatser. På strokeenheten finns en stabiliseringsplats för trombolysbehandling och inläggning av strokepatienter.
- Om de 19 vårdplatserna är belagda när vårdplatskoordinatören är i tjänst flyttas patient från strokeenheten enligt lista hos driftsansvarig sjuksköterska för att kunna ta emot ny strokepatient
- De tider på dygnet då vårdplatskoordinatören inte är i tjänst läggs strokepatienten in på stabiliseringsplatsen
- Eventuell överbeläggning på Strokeenheten utgörs endast av trombolyspatient.
- Om någon strokepatient skulle behöva läggas på annan avdelning meddelar vårdplatskoordinatör eller ledningssjuksköterska på akuten på tel. 63217 vilken avdelning så att patienten kan flyttas till strokeenheten så snart plats finns. Målet är att patienter som läggs in på annan avdelning ska flyttas till strokeenheten inom 24 timmar i enlighet med Region Skånes krav.


Helsingborgs lasarett

En del av Region Skåne

**VO Internmedicin
Strokeenheten**
Inläggning på stabiliseringsplats

 Ansvarig: Anneli Andersson, sjuksköterska och Jenny Turban-Maginius
undersköterska

Ej journalhandling

Skapat: 20110526

Reviderat: 2010-12-14

Bäst före: 2012-12-31

Sedan 2008 har Helsingborgs Lasarett på uppdrag av Region Skåne arbetat med Strokeprocessen. Syftet har varit att med patienten i fokus skapa en jämn och hög kvalitet på strokevården i Region Skåne där direktinläggning på strokeenheten är ett av delmålen som ska leda fram till det.

Region Skånes krav/mål är att minst 80% av strokepatienterna ska läggas in på strokeenheten inom 24 timmar. För att uppnå det har vi i samarbete med Akutcentrum påbörjat processarbetet ”Strokevård direkt”.

Från den 9/6 gäller följande:

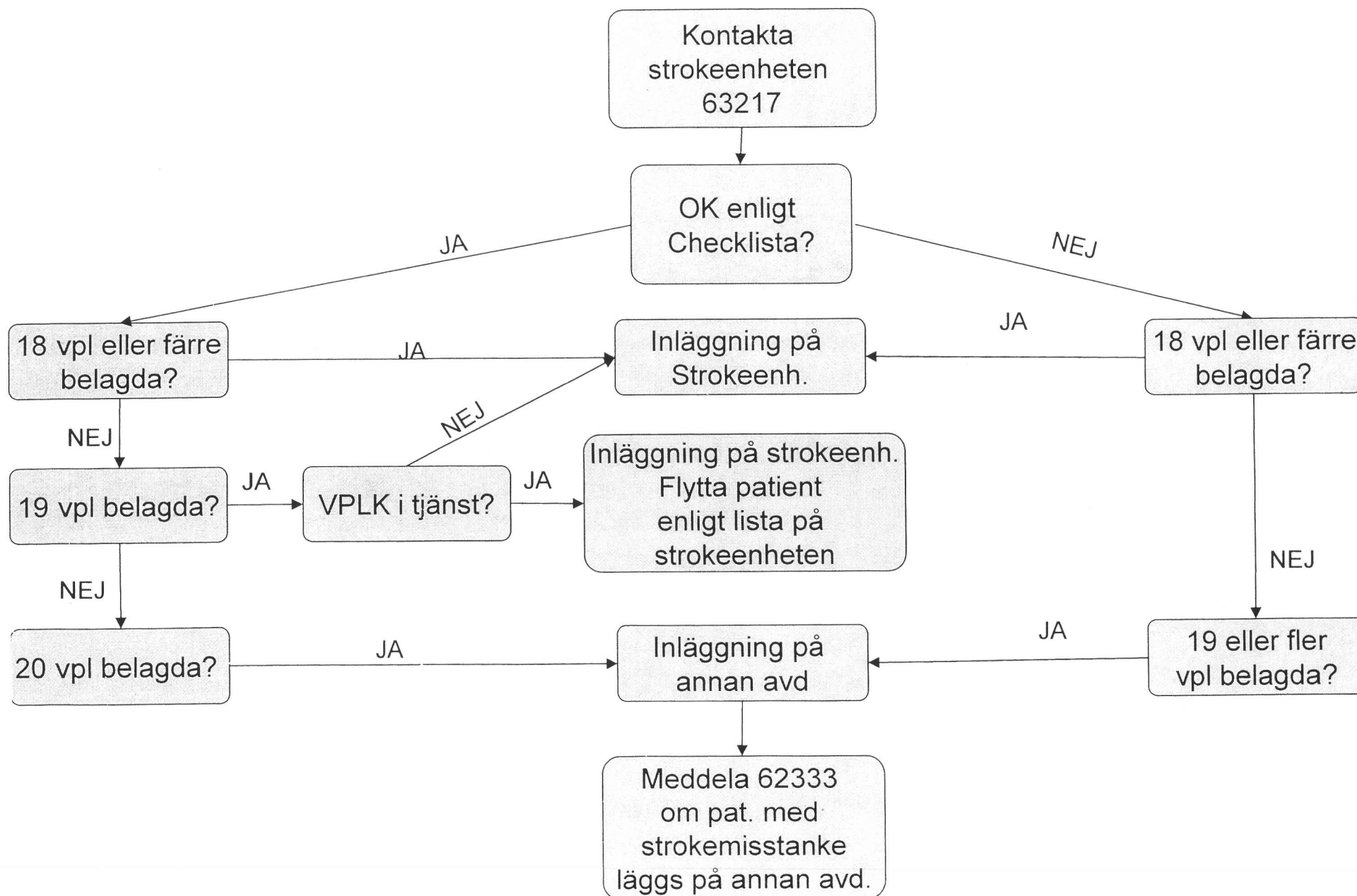
För mer detaljerad beskrivning av inläggningsalternativ v.g. se flödesschema.

- Strokeenheten har 19 ordinarie vårdplatser + 1 stabiliseringsplats.
- Endast akut stroke eller trombolys är aktuell för inläggning på stabiliseringsplatsen.
- Stabiliseringsplatser är plats 31:1 **eller** 33:2.
- Driftsansvarig SSK har alltid avdelningstelefonen 62333 på sig.
- Övriga SSK har alltid respektive vårdlagstelefon på sig.
- Kontorstid kontaktar medicinjour strokeansvarig läkare tel: 63217 för inläggning.
- Jourtid kontaktar medicinjour driftsansvarig SSK (röd SSK) på Strokeenheten tel: 63217 (som är vidarekopplad till tel: 62333). Receptionisten kopplar över telefonen kl. 16.
- Tillsammans med medicinjour går driftsansvarig SSK igenom modifierad Rosier och resultatet avgör inläggning.
- Strokeansvarig läkare uppdaterar prioriteringslista med flyttbara patienter från avdelningen dels efter rondan och dels innan man lämnar avdelningen för dagen.
- Under vårdplatskoordinators arbetstid; månd – torsd 07.30-21.45
Fred 08.30-17.00
Lörd 09.00-17.00
Sönd 11.00-19.00

ska plats frigöras inom 1 timme. Tel; 62569. Då vårdplatskoordinatör inte finns i tjänst stannar eventuell överbeläggning kvar på avdelningen och flyttas när vårdplatskoordinatör åter är i tjänst.

- Eventuell överbeläggning (dvs. 20 +) på Strokeenheten utgörs endast av trombolyspatient.

Inläggning Strokeenheten





Helsingborgs lasarett
En del av Region Skåne

PM Medicinskt

Specialitet: Internmedicin, Akutcentrum

Text författare: Björn Karlsson
Faktaansvarig: Björn Karlsson, Pernilla Sandgren
Godkänt av: Bo Ervander VC Internmedicin, Kjell Ivarsson VC Akutcentrum

Skapat: 2011-06-07

Reviderat:

Bäst före: 2012-12-31

Sökord: Stroke, inläggning, strokevård direkt, strokeprocess

PM-nr: 124102


PM för inläggning av strokepatienter

PM är utarbetat i samverkan mellan Strokeenheten och Akutcentrum

Sedan 2008 har Helsingborgs Lasarett på uppdrag av Region Skåne arbetat med Strokeprocessen. Syftet har varit att med patienten i fokus skapa en jämn och hög kvalitet på strokevården i Region Skåne. Det har också visat sig att vård av strokepatienter på strokeenheter medför lägre dödlighet, ökad sannolikhet för oberoende och att patienten återvänder till eget boende. Kravet från Region Skåne är att 80 % av strokepatienterna läggs in på strokeenheten inom 24 timmar. Syftet med ett PM för inläggning av strokepatienter är att på ett bättre sätt använda strokeenhetens vårdplatser så att fler strokepatienter kommer direkt till strokeenheten och får rätt vård.

Vid trombolys följs separat PM för "Rädda Hjärnan". Se särskild pärm på akuten. För inläggning av strokepatient ej aktuell för trombolys ringer inläggande läkare på akuten 63217

- Kontorstid svarar strokeenhetens läkare och avgör om patienten ska läggas in på strokeenheten
Jourtid svarar driftsansvarig sjuksköterska som med hjälp av modifierad Rosier-skala avgör om patienten ska läggas in på strokeenheten
- Strokeenheten har 19 vårdplatser. På strokeenheten finns en stabiliseringsplats för trombolysbehandling och inläggning av strokepatienter.
- Om de 19 vårdplatserna är belagda när vårdplatskoordinatörn är i tjänst flyttas patient från strokeenheten enligt lista hos driftsansvarig sjuksköterska för att kunna ta emot ny strokepatient
- De tider på dygnet då vårdplatskoordinatörn inte är i tjänst läggs strokepatienten in på stabiliseringsplatsen
- Eventuell överbeläggning på Strokeenheten utgörs endast av trombolyspatient.
- Om någon strokepatient skulle behöva läggas på annan avdelning meddelar vårdplatskoordinatör eller ledningssjuksköterska på akuten på tel. 63217 vilken avdelning så att patienten kan flyttas till strokeenheten så snart plats finns. Målet är att patienter som läggs in på annan avdelning ska flyttas till strokeenheten inom 24 timmar i enlighet med Region Skånes krav.

 Helsingborgs lasarett En del av Region Skåne	PM	
Specialitet: Stroke	Textförfattare: Pernilla Sandgren, spec läk Faktaansvarig: Karin Johnsson, sektionsöverläk Godkänt av: Bo Erwander, verksamhetschef	
Skapat: 2009-12-06	Reviderat: 2010-11-22	Bäst före: 2011-11-22
Sökord: stroke	PM-nr:	

Stroke – Akut omhändertagande

Detta PM är en lokal tillämpning av socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård och är framför allt riktat till vårdpersonal på stroke-avdelningen. Det är en omarbetning av strokeenhetens tidigare PM.

- Alla patienter med misstänkt stroke eller TIA läggs efter bedömning på akutmottagningen in direkt på avd 47 (stroke-avdelningen).
- Vardagar 8.00 – 16.30 har ansvarig läkare på avd 47 inläggningsrätt och skall alltså kontaktas av inskrivande läkare på akutmottagningen. Inläggningsrätten gäller även flyttning av patient från AVA-med eller annan vårdavdelning.

Tel nr: 63217

- Kl 16.30 varje dag skall minst en säng finnas ledig för patient med stroke som inkommer jourtid.
- Om sjukhuset är överbelagt skall det finnas en prioriteringsordning för flyttbara patienter innan ansvarig läkare på avd 47 slutar för dagen.
- I de fall som patienter primärt läggs in på annan avdelning skall dessa rapporteras till avd 47 så att patienten erbjuds plats när sådan blir ledig.

Första mottagandet

- Övervakningslista påbörjas direkt vid ankomst till avd 47. Fortsatt övervakning med tidsintervall ordineras av läkare. När patienten kommer till avd 47 tas omedelbart ett ankomststatus som skall innehålla: Puls, blodtryck, temperatur, andning, saturation, pupiller, medvetandegrad samt modifierad NIH strokeskala (NIHSS) (innehållande bl a pareser och kommunikationsförmåga). Morgonvärden skall vara ifyllda och övervakningslistan tas med till rondan kl 09.15.

- Prover som tas på akutmottagningen: Hb, leukocyter, trombocyter, natrium, kalium, kreatinin, glukos, CRP, PK(INR), TNT samt EKG. Om TNT lätt förhöjt (15-30 ng/L) tas EKG samt nytt TNT efter ca 6 tim. Kontakta avdelningsläkare eller jourläkare om TNT > 30 ng/L. Vid blodsocker >10 mmol/l fortsatta blodsockerkontroller x 6 första dygnet. Se nedan.
- Är enbart en del av proverna tagna, komplettera med resterande nästa dag när "fasteprover" tas. Se nedan.
- Kontrollera att EKG är taget på akut mott, tag annars EKG på avdelningen.
- Vikt och längd på alla patienter senast dagen efter inkomst - dessa värden förs in i läkemedelsmodulen i Melior under "Mätvärden".
- Bevaka att akut CT är beställd från medicinakuten. Pat behöver inte vara fastande tills CT-svaret kommit förutom i särskilda fall, se nästa punkt.
- I särskilda fall:
 - 1: om patienten Waran-behandlas
 - 2: vid stark misstanke om subaraknoidalblödning
 - 3: vid stroke med vakenhetspåverkan
 skall akut CT göras **inom en timme** och patienten fastar tills svar har erhållits.
- Om CT visar blödning kontaktas läkare som i sin tur vid behov kan kontakta NK-jour, USiL (Universitetssjukhuset i Lund) tfn: 77354..
- Om patient ska till NK, USiL, gäller följande:

Ansvarig läkare tar kontakt med narkosjour och bedömer om narkossk skall ledsaga patienten under transporten.

Röntgen skall "länka över" bilder till NK, USiL. Ssk tar kopior av de handlingar som finns.

Beställ ambulans, ange varifrån och vartill och ange prio samt om narkossk skall med. Se till att PVK är satt och ev sätts en KAD. Narkosläkare bedömer om patienten behöver intuberas före avfärd.

Nästa dag

- Nytt EKG på patient med oregelbunden puls och inte tidigare känt förmaksflimmer (gäller även om man upptäcker oregelbunden puls vid senare tillfälle under vårdtiden).
- "Fasteprover": fP-glukos, totalkolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol samt triglycerider tas fastande på morgonen dagen efter inkomst.

Kontroller

Fortsatta kontroller och frekvensen av dessa ordinerar av läkare och avgörs av patientens tillstånd!!

Följande är endast riktlinjer:

- **Första dygnet:** S k neurologkontroller inkl puls, blodtryck, temp och saturation tas oftast var 4:e timme (x 6).
- **Oftast tätare kontroller:** Vid medvetandepåverkan, cerebellär infarkt, cerebellär blödning, annan intracerebral blödning som kan bli föremål för neurokirurgi samt före CT-svar!
- **Vid trombolys:** Särskilda övervakningsrutiner med tätare kontroller gäller.
- **OBS! Tecken på inklämning är huvudvärk, illamående, sjunkande vakenhet, pupilldilatation, stigande blodtryck, sjunkande puls!!**
- Kontakta alltid läkare om en patient sjunker i medvetande eller om symtomen progredierar! Kontrollerna bör då intensifieras och ny CT bör övervägas.
- Morgonvärdena skall vara ifyllda på övervakningslista alt införda i Melior inför rondan kl 09.15. Ta med övervakningslista till sitttronden!

Blodtryck

Hjärnans blodflöde är under normala betingelser konstant, oberoende av variationer i blodtrycket. Detta kallas hjärnans *autoregulation*. Vid stroke är autoregulationen ofta förändrad så att blodflödet i skadade delar direkt följer förändringar i blodtrycket. Alltför kraftiga och plötsliga sänkningar av blodtrycket vid akut stroke måste därför undvikas, då hjärnskadan annars kan förvärras.

Vid mycket höga blodtrycksnivåer rekommenderas dock långsam blodtrycksänkning. I regel används labetalol (Trandate) iv i relativt små doser som vid behov upprepas.

- **Hjärninfarkt**
Akut behandling endast vid blodtryck > 220/120 mmHg. Patienten ska fortsätta ta sin ordinarie blodtryckssänkande behandling om inte blodtrycket är < 130/80 mmHg under första dygnet.
- **Intracerebral blödning**
Akut behandling vid blodtryck > 180/105 mmHg. Patienten ska fortsätta ta sin ordinarie blodtryckssänkande behandling enligt ovan.
- **Inför trombolys**
Behandling vid blodtryck > 180/105 mmHg.
- **OBSERVERA!**
Högt blodtryck kan bero på smärtreaktion/stressreaktion! I första hand adekvat behandling för detta.

Blodsocker

Hyperglykemi hos diabetiker eller stressade patienter i samband med akut stroke kan förvärra hjärnskadan genom ökad anaerob glykolys och ansamling av laktat. Detta kan i sin tur ha en direkt toxisk effekt på nervceller och stödjevävnad samt skada blodhjärnbarriären med en försämrad cirkulation som följd. En optimerad glukoskontroll kan förbättra utfallet och höga blodsockervärden ska därför behandlas. Hypoglykemi ska undvikas.

- **Kontroller**
Vid blodsocker > 10 mmol/l vid inkomst samt hos alla diabetiker skall blodsockerkontroller tas x 6 första dygnet, därefter enligt läkarordination.
- **Målvärde**
P-glukos 4-10 mmol/l.

- **Insulinbehandling**
Kortverkande insulin enligt läkarordination vid P-glukos >10 mmol/l.
- **Intravenös vätska**
Glukosdropp ska inte ges första dygnet såvida inte patienten har hypoglykemi.

Feber

Man har visat att förhöjd temperatur under första dygnet vid stroke innebär försämrad prognos.

- Tabl/supp Panodil 1 g ges till alla patienter med en temperatur > 37,5° av sjuksköterska enligt generell ordination. Om fortsatt förhöjd temperatur, fortsatt att ge Panodil 1 g var 6:e timme. Tänk på att temperaturen kontrolleras innan febernedsättande medel ges. Försäkra dig om att du mäter temperaturen på rätt sätt!
- Nedkylning med t ex sval omgivningstemperatur, tunt täcke och fuktiga omläggningar bör också användas om temperaturen inte kan hållas nere på farmakologisk väg. (Man skall dock vara uppmärksam på och undvika köldskakningar som istället ökar kroppstemperaturen och patientens energibehov.)
- Vanligaste bakomliggande orsaker till temperaturförhöjningen är luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner och djup ventrombos i paretiskt ben. Cerebral feber till följd av massivt cellsönderfall i hjärnan eller specifik skada i temperaturcentrum förekommer också.

Respiration

- Undvik hypoxi:
 - Fria luftvägar; säkerställ rätt kroppsläge, ev svalgtub eller näskantarell hos vakenhetssänkt patient.
 - Förebygg aspiration, se nedan.
- Vid O₂-saturation (syrgasmättnad) < 95 % ges O₂ 2 l eller mer på grimma tills minst 95 % i O₂-saturation. **OBS!** Stor försiktighet med KOL patienter = alltid läkarordination. Bör oftast ha O₂ i lågdos 0,5 -1 l, följ saturationen och lägre saturation kan accepteras.

Akut medicinsk behandling

- Trombolys enligt särskilt PM.
- Vid cerebral infarkt där trombolys ej är aktuell samt vid TIA ges bolusdos Trombyl 300-320 mg direkt efter CT (när blödning uteslutits), därefter 75 mg dagl. Även patienter som sedan tidigare står på Trombyl erhåller bolusdos. Vid ASA-allergi ges Clopidogrel 75 mg; 2 tabletter direkt efter CT, därefter 1 tablett dagligen. Om patienten inte kan svälja ges supp Acetylsalicylsyra 250 mg, därefter 130 mg dagl. Behandlingen skall påbörjas av sjuksköterska enligt generell ordination.

Mobilisering

- Tidigt påbörjad rehabilitering och mobilisering är en av nyckelkomponenterna i vården vid en strokeenhet.
- Snara åtgärder för att möjliggöra för patienten att sitta upp och om möjligt stå och gå.
- Att komma upp och sitta eller stå minskar risken för venös trombos samt förbättrar ventilation och syresättning vilket minskar risken för pneumoni. Dessutom bibehålls den ortostatiska förmågan.
- Det finns inga restriktioner vad gäller tidig mobilisering hos trombolysbehandlade patienter.
- Patienter med hjärnblödning mobiliseras med försiktighet första dygnet enligt läkares ordination.

Nutrition/dysfagi

- Flertalet patienter med akut stroke har sväljningssvårigheter och ungefär hälften av dessa sväljer fel. Många uppvisar så kallad tyst aspiration. Bedömning av sväljningsförmågan är således av utomordentlig vikt. Mat, dryck eller läkemedel får ej ges per os förrän det har säkerställts att patienten kan svälja säkert.
- Sväljningsbedömning, se särskilt PM: *Flödesschema för sväljningsbedömning vid akut stroke.*

- Resultat av sväljningsbedömning dokumenteras i Melior under sökord "Nutrition".
- Munstatus ska dokumenteras i journalen.
- Patienter med konstaterade eller misstänkta sväljningsbesvär får inte inta något per os innan aspirationsrisken bedömts. Internremiss till logoped skickas av sjuksköterska för klinisk eller endoskopisk bedömning av sväljningsförmågan och av mun-och svalgfunktionen. Senast under tredje dygnet bör man överväga NG(nasogastrisk)-sond och tillförsel av sondnäring. Om patienten har lindrigare sväljningssvårigheter provas timbalkost eller annan konsistensanpassning och simmig/kolsyrad/förtjockad dryck. Tabletter kan behöva ersättas eller krossas. Vid fortsatta sväljningsbesvär eller inför utskrivning skickas ny internremiss till logoped för bedömning.
- Vätskelista och kaloriregistrering på **alla** patienter med sväljningssvårigheter från första dygnet. Även vikten skall följas. Patientens tillstånd och förmåga att försörja sig kan motivera vätskelista och kaloriregistrering under en längre tid. Vätske- och kalorilista tas med till rondan!
- Internremiss till dietist skall skickas av sjuksköterska
 - om patienten har nydebuterad diabetes
 - om patienten har någon form av anpassad kost och ska skrivas ut till hemmet
 - om patienten haft ofrivillig viktne­dgång > 5% senaste månaden eller > 10% sista sex månaderna
 - så snart vi vet att en patient planeras skrivas ut med sondmat.
- För beräkning av sondmat till patienter kan nedanstående riktlinjer användas:
 - 25 kcal/kg kroppsvikt till patienter som är sängliggande
 - 30 kcal/kg kroppsvikt till patienter som är uppegående
 - 30 ml vätska/kg kroppsvikt till alla patienter med sondmat. OBS! 500 ml sondmat=400 ml vätska.

Elimination

- **Urineri­ng**

Insjuknandet i stroke kan leda till att urinblåsan inte töms fullständigt eller att ofrivilligt läckage uppstår framför allt efter skador i högre centra (frontalloberna). Residualurin kan enkelt kontrolleras med ultraljud (bladderscan). Var frikostig hos patienter som har svårt att förmedla sig!

Behandling och åtgärder vid urineringsproblem kan innefatta:

 - Underlätta blåstömning genom att använda toalett istället för bäcken
 - Toaletträning
 - Inkontinenshjälpmedel
 - Kvarliggande urinvägskateter skall undvikas om möjligt. Intermittent kateterisering minskar risken för urinvägsinfektion.

- **Tarmtömning**

Förstoppning kan orsakas av minskad rörlighet/sänkläge, förändrade matvanor och vissa läkemedel.

Patienten bör efter max 3 dagar få behandling mot sin förstoppning, t ex med Movicol eller Duphalac. Viktigt att föra in i läkemedelsmodulen i Melior under "Mätvärden" när patienten har avföring.

Hos patienter med hjärnblödning bör man överväga att sätta in Movicol direkt vid insjuknandet, en dospåse dagligen.

Diarre kan orsakas av laxermedel, antibiotika och tarminfektioner.

OBS! Både förstoppning och diarre är förknippad med avföringsinkontinens!

Trombosprofylax

- Tidig mobilisering och rörelseövningar!
- Lågmolekylärt heparin (inj Klexane 100 mg/ml, 0,4 ml sc 1 gång dagligen) vid hjärninfarkt med pares / immobilisering. Detta kan i vissa fall även övervägas vid hjärnblödning.

Utredning


- **Datortomografi=CT:** Alla patienter med misstänkt stroke eller TIA undersöks med CT skalle i akutskedet. Blödning syns alltid direkt på CT men en färsk infarkt behöver inte alltid synas. Med CT kan man även påvisa t ex tumörer som kan vara differentialdiagnos till stroke. Många patienter genomgår CT-angiografi (kärlröntgen) som t ex kan påvisa carotisstenos, basilarissjukdom och dissektion i extrakraniella och cerebrala kärl.
- **Magnetresonanstomografi=MR:** MR hjärna är ett alternativ till CT för akut diagnostik av stroke. MR är bättre på att påvisa ischemi inom vertebro-basilaristerritoriet (hjärnstam-lillhjärna). Diffusions-MR har en mycket högre känslighet än CT i att påvisa ischemiförändringar mycket tidigt efter insjuknandet då CT-fyndet ofta är normalt. MR övervägs framför allt när det gäller yngre patienter och hos patienter med misstanke på differentialdiagnoser till stroke. MR kan identifiera många typer av skador som inte kan påvisas med CT, exempelvis demyeliniserande förändringar (vanligen multipel skleros), fokala infektioner i hjärnan och kärlmissbildningar. Man kan undersöka cerebrala kärl med hjälp av MR-angiografi.
- **Ultraljud halskärl:** Ultraljudsundersökning av arteria carotis bör utföras snabbt vid TIA eller hjärninfarkt inom karotisterritoriet hos alla patienter som kan tänkas bli föremål för karotiskirurgi. Ultraljud kan i vissa fall ersättas av CT-angiografi och MR-angiografi.
- **Ekokardiografi=ultraljud av hjärtat:** Göres hos utvalda patienter vid misstanke om kardiell embolikälla.
- **24-timmars bandspelar-EKG:** Kan identifiera patienter med paroxysmalt förmaksflimmer.
- **Koagulationsutredning:** Som regel indicerad hos yngre patienter med hjärninfarkt och hos patienter med sinustrombos.
- **Lumbalpunktion=LP:** Krävs för att säkerställa diagnos av subaraknoidalblödning i de fall denna inte ses på CT skalle. LP används också vid misstanke på t ex meningit, encefalit, multipel skleros och neurosarkoidos.

Sekundärprevention

Sekundärprevention är behandling av en person som drabbats av sjukdom och syftar till att förebygga ett nytt insjuknande.

- **Livsstilsråd:**
 - Rökstopp
 - Kost rik på grönsaker och fisk och fattig på mättat fett
 - Regelbunden motion anpassad till funktionsgraden
- **Blodtrycksbehandling:** Påbörjas efter akutfasen. Behandling med blodtryckssänkande läkemedel hos patienter med stroke eller TIA minskar risken för stroke och andra vaskulära händelser oavsett initial blodtrycksnivå. För patienter som redan står på antihypertensiv behandling bör denna intensifieras med målsättning att blodtrycket ska normaliseras.
- **Lipidsänkande behandling:** Patienter med hjärninfarkt eller TIA får blodfettssänkande behandling oavsett kolesterolvärdet, vanligen Simvastatin 40 mg dagligen.
- **Antitrombotisk behandling vid hjärninfarkt och TIA:** Trombyl 75 mg x 1, ofta med tillägg av Persantin Depot 200 mg x 2. Patienter som är allergiska mot Trombyl (acetylsalicylsyra) får Clopidogrel 75 mg x 1. Enbart Clopidogrel är ett alternativ till Trombyl + Persantin Depot även hos patienter utan allergi mot Trombyl.
Hos alla patienter med kardiell embolikälla, t ex förmaksflimmer, bör Waraninsättning övervägas. Kontroll-CT görs ibland efter några dagar innan insättning eller återinsättning av Waran. Om blödningsinslag avvaktas i ytterligare 7-14 dagar. Fram tills patienten kan starta med Waran ges Trombyl enligt läkares ordination. Om Waran kontraindicerat fortsätter patienten med Trombyl enligt läkares ordination.
- **Karotiskirurgi:** Patienter med hjärninfarkt eller TIA och symtomgivande karotisstenos >70 % bör opereras snarast möjligt.
- **Diabetes:** Optimal diabeteskontroll skall eftersträvas efter stroke.

Bilaga 3 PM:

 Helsingborgs lasarett En del av Region Skåne	Arbetsrutiner	
Specialitet: Internmedicin Strokeenheten	Textförfattare: Anna Wendelin, Sara Linderöth Faktaansvarig: Björn Karlsson Godkänt av: Björn Karlsson	
Skapat: 2011-02-16	Reviderat: 2011-02-16	Bäst före: 2012-06-01

Arbetsrutiner Natt**21.00 – 21.45**

Rapport från kvällspersonal på alla patienterna i dysfagimatsalen. Planera för lagets arbetspass.

22.00

Medicindelning, hälsa på patienterna, vändning och eventuellt läggning av patienter.

Under varje natt arbetspass ska följande göras:

- Vändning, tillsyn och blöjbyte av patienter varannan timme.
- Titta över och fyll på stickvagn.
- Titta över och fylla på sårvårdsvagn.
- Kontrollera och kalibrering av blodsockerapparaterna.
- Titta över LP-vagnen och vid behov fylla på, (vid varje använt tillfälle ska självklart vagnen fyllas på).
- Fyll på läkemedelsvagnen. OBS tänk på max antal mediciner av varje sort enligt läkemedelsinfopärmen. Tänk även på att de mediciner som ska finnas i läkemedelsvagnen ej behöver finnas i patientens läkemedelslåda, som exempel: Trombyl.
- Kontroll av "kontrolllådan".
- Fylla på och torka av läkemedelsrummet ojämna veckor. Töm även papperskorgarna.
- Tömma papperskorgarna på varje expedition.
- Titta över vilka patienter som behöver vägas följande morgon. Skriv detta i dagboken.
- Titta över vilka patienter som ej sköt magen inom de tre senaste dagarna och rapportera detta till dagpersonalen.
- Kontrollera att alla sökord är korrekt ifyllt under "Riks Stroke".
- Genomgång av omvårdnadsepikriser.

Hemgångsförberedelser

- Hemgångskuvert.

- Dela läkemedel (OBS endast läkemedel som patienten är nyinsatt på).
- Packa eventuell sondmat och aggregat.
- Packa eventuell sårvårdsmaterial.

Vid Trombolyslarm

- Informera avdelning 48 om att ett trombolyslarm har kommit så att dom kan hjälpa till vid behov.
- Alla hjälps åt att förbereda trombolysrummet.
- En SSK och USK hämtar patienten på röntgen.
- En SSK och USK hjälps åt i början av trombolysen. Mår patienten väl och är stabil i kontroller räcker det att SSK är kvar i trombolysrummet. USK kan då hjälpa till med övrigt arbete på avdelningen.

05.00- 07.00

Kontroller

- NK- kontroller tas enligt ordination från sista tagna kontroll.
- Ta alla vanliga kontroller (blodtryck, puls, temp och saturation)

- Ta blodproverna, "**prioritera**" exempel vilka som ska åka hem, viktiga prover som bör vara klara till rondan, koncentrationer på läkemedel och fasteprover.
- Dela mediciner.
- Tvätt av nedre toalett vid blöjbyte.
- Koppla sondmat och ge 06 och 08 mediciner.
- Koka kaffe till frukosten då Karin ej är i tjänst.

 Helsingborgs lasarett En del av Region Skåne	Arbetsrutiner vårdlag	
Specialitet: Internmedicin Strokeenheten	Textförfattare: Anneli Andersson, Lillemor Fryksäter Svensson, Maria Gudmundsson Faktaansvarig: Björn Karlsson Godkänt av: Björn Karlsson	
Skapat: 2008-11-06	Reviderat: 2010-05-06	Bäst före: 2011-05-06

Arbetsrutiner Rött vårdlag

Vårdlaget ansvarar för att det är ordning och reda i "Stickrummet".

Vårdlaget ansvarar för att smutsiga skålar, KAD-påsar och smutsvätt omhändertas.

Efter utskrivning ansvarar vårdlaget för att använda hjälpmedel rengörs och ställs tillbaka i Alcatraz.

Dusch och vikt enligt schema på expeditionen. Dokumenteras i mätvärden.

Arbetsrutiner Gult vårdlag

Vårdlaget ansvarar för att det är ordning och reda i "Rullande förrådet".

Vårdlaget ansvarar för att smutsiga skålar, KAD-påsar och smutsvätt omhändertas.

Efter utskrivning ansvarar vårdlaget för att använda hjälpmedel rengörs och ställs tillbaka i Alcatraz.

Dusch och vikt enligt schema på expeditionen. Dokumenteras i mätvärden


Arbetsrutiner Grönt vårdlag

Vårdlaget ansvarar för att Stora sköljen är ren och snygg och påfylld. Torka av hyllorna, se till att det är rent och iordning i värmesåpen och övriga utrymmen. Torka av alla tomma ytor med Ytdeinfektionsmedel, smutsig respektive ren sida.

Vårdlaget ansvarar för att smutsiga skålar, KAD-påsar och smutsvätt omhändertas.

Efter utskrivning ansvarar vårdlaget för att använda hjälpmedel rengörs och ställs tillbaka i Alcatraz.

Dusch och vikt enligt schema på expeditionen. Dokumenteras i mätvärden

 Helsingborgs lasarett En del av Region Skåne	Arbetsrutiner	
Specialitet: Internmedicin Strokeenheten	Textförfattare: Anneli Andersson, Lillemor Fryksäter Svensson, Maria Gudmundsson Faktaansvarig: Björn Karlsson Godkänt av: Björn Karlsson	
Skapat: 2008-11-06	Reviderat: 2011-02-24	Bäst före: 2012-02-24

Dagliga arbetsrutiner A-tur

För att få jämn arbetsbelastning är det en förutsättning att alla är flexibla och hjälps åt med arbetet vårdlagen emellan.

06.45 – 07.00	Rapport från nattpersonal, planera för lagets arbetspass.
07.00 – 07.05	Morgonmöte. Genomgång av läget i respektive grupp. Bestämma lunchraster. Omvårdnad av patienter, ADL, dusch, vikt. Hjälpt patienterna ut till respektive matsal. OBS alltid en personal i dysfagimatsalen under måltider! Servera frukost. Medicinskt ansvarig ssk är behjälplig i vårdarbetet fram till kl. 08:00, därefter medicinutdelning. Rondtid: Grönt vårdlag: vardagar kl. 09:15 i konferensrummet. Rött vårdlag: vardagar onsdag och fredag kl. 09:15 i läkarexp. Övriga dagar efter gult vårdlag. Gult vårdlag: vardagar måndag, tisdag och torsdag kl. 09:15 i läkarexp. Övriga dagar efter rött vårdlag. Undersköterskan medverkar vid rondan efter överenskommelse med ssk.
ca 09:00	Personalfika Drickavagn till patienterna. OBS RÄTT DRYCK TILL RÄTT PATIENT! Kontroll av sugar, syrgas vid varje säng. Innehållet i korgarna vid respektive patientsal kontrolleras: syrgasgrimpa+ mask, blodtrycksmanschett, stetoskop, ficklampa. Genomgång av rondarbete, genomför beslut från rondan. Respektive arbetsgrupp ansvarar för att det är rent och snyggt hos de patienter som ingår i vårdlaget. Tänk på att bevara patientens egna funktioner genom att aktivera patienterna i detta.
Patientlunch	Hjälpt patienterna ut till respektive matsal. OBS! Personal i dysfagimatsalen. Vilotid för patienter efter lunch fram till kl.14.00. Träning med paramedicinsk personal kan förekomma.
Lunch	Följ förutbestämda lunchtider: 12:00-12:30, 12:30-13:00, 13:00-13:30, se personaltavlan vid receptionen. Byt med någon kollega om problem uppstår.
Eftermiddag	Besökstider på avdelningen: Efter kl. 14:00 eller efter överenskommelse. Antalet besökande till patienten kan ibland begränsas. Efter kl.19:00 hänvisas besökare till andra utrymmen. Överlämna vårdlagsexpeditionen i ett gott skick.

Dagliga arbetsrutiner C-tur

13.30 – 13.45	Möte med avdelningschefen. Planering av raster.
Eftermiddag	Rapport från dagpersonal inklusive planering för vårdlagets arbetspass.
Ca 14:30	Servera eftermiddagsfika till patienterna. Observera rätt dryck och kost.
Ca 15:30	Eftermiddagsrond för ssk på respektive expedition.
Ca 16:45	Förbered patienterna för kvällsmat. Hjälpt patienterna ut till respektive matsal.
17:00	Kvällsmat för patienterna.

19:00	OBS! Personal i dysfagimatsalen. Kvällskaffe för patienterna. Observera rätt dryck och kost. Ställ in dryck till natten på patientborden. Respektive arbetsgrupp ansvarar för att det är rent och snyggt hos de patienter vi ansvarar för. Tänk på att bevara patientens egna funktioner genom att aktivera patienterna i detta. Lägga fram rena kläder till morgonen. Placera rullstolar och andra hjälpmedel i korridoren.
21:00-21:45	Överrapportering till nattpersonalen. Om man har tid över var behjälplig och se över stick och sårvårdsvagn, Kalibrera blodsockerapparater, titta över försörjningen (stora förrådet) och kontrollera LP-vagn.

För allt material gäller att den som tar det sista ansvarar för att det fylls på igen. Vid användning av t.ex. trombolysvagn och akutväska ansvarar den som använt det för att utrustningen ställs tillbaka på rätt plats och med rätt material i.

Övriga regelbundna arbetsuppgifter

Helg	Kontroll av syrgastuber. Ring 30000 för att beställa nya
Vardagar	Receptionist kontrollerar syrgastuber. Beställs via Webblord.
Söndag C-tur	Fylla på i skåpen utanför patientsalarna

Övriga oregelbundna arbetsuppgifter

Påfyllning av trombolyspärmar och returnering till akuten. Sköts av receptionist.	Vardagar	Flytta över journalpapper till patientens pärm och lägg ut trombolyspärmen till receptionisten
Påfyllning av trombolyspärmar och returnering till akuten	Helg	I receptionen finns fyra trombolyspärmar som är färdiga att skickas ner till akuten. Flytta över journalpapper till patientens pärm och lägg ut trombolyspärmen till receptionisten
Tvätt av hjälpmedel	Alla dagar	Personal som ansvarar för patienten vars hjälpmedel behöver rengöras utför detta
Journalföring av mätvärden	Alla dagar	Huvudregel: <ul style="list-style-type: none"> • Alla kontroller skrivs in i "mätvärden" • Den som tar kontrollen ansvarar för att den journalförs Undantag: <ul style="list-style-type: none"> • Om NK > x 2 så skrivs bara morgon och kvällskontrollerna i "mätvärden" • Regelbundna blodsocker skrivs på blodsockerlista Tider för blodsockerkontroll: <ul style="list-style-type: none"> • x 1 = kl. 08 • x 2 = kl. 08, 16:30 • x 4 = kl. 08, 11:30, 16:30, 20 • x 6 = kl. 08, 11:30, 16:30, 20, 24, 04 Tider för Neurologkontroller och vanliga kontroller Tas enligt ordination från sista tagna kontroll.



Specialitet: VO Internmedicin Strokeenheten	Text författare: Malena Enjin Jacobsson, Logoped Louise Sjö, SSK Faktaansvarig: Pernilla Sandgren, Avdelningsläkare Reviderat av: Sara Nordström, Logoped Godkänt av: Bo Ervander, Verksamhetschef	
Skapat: 2006-01-01	Reviderat: 2011-03-09	Bäst före: 2012-12-31
Sökord: Kommunikation		
Möbeltvätt	Den 1:e jämn månad	Receptionisten går igenom de möbler som behöver tvättas och anmäler till Helene Sonesson på städ, 61265

Kommunikation

Påverkan på tal och språk efter en stroke

Dysartri: Beror på en nedsatt förmåga att röra talmuskulaturen. Kan påverka artikulation, röst och talhastighet. Stor påverkan ger svårförståeligt tal.

Afasi: Språket drabbas, ffa vid vänstersidiga hjärnskador. Både den expressiva förmågan och den impressiva förmågan påverkas. Med expressiv förmåga menas uttryck i tal och skrift med korrekt ordfinnande, ordkunskap och grammatik. Med impressiv förmåga menas att förstå och tolka talat och skrivet språk.

Kommunikationsstörning vid högersidig hjärnskada: Kan begränsa personens förmåga att socialt, emotionellt och intellektuellt adekvat använda det språk han har. Exempel kan vara bristande turtagning och adekvat samspel, att tolka budskaps känslomässiga och sociala innebörd.

Vilka är åtgärderna?

Logopeden utreder den stokedrabbades kommunikativa svårigheter och informerar sedan personal och närstående om vilka svårigheter som föreligger. Utredningen ligger till grund för fortsatta insatser. Insatserna kan vara:

- uppföljning
- behandling, individuellt eller i grupp
- rådgivning till patient och anhöriga
- råd om och material till självträning
- utprovning av kommunikationshjälpmedel

Vid avdelning 47 ska alla patienter med misstänkta kommunikationssvårigheter utredas av logoped. Om behov av fortsatta insatser finns kan patienten erhålla logopedstöd under den fortsatta vårdtiden på avd 47. Efter utskrivning kan personer med kvarstående logopedbehov erhålla kontakt polikliniskt via logopedmottagningen.Handledning och rådgivning till närstående sker kontinuerligt under


språkrehabiliteringen. Afasiförbundet och lokala afasiföreningar kan erbjuda stöd och gemenskap för personer med afasi och deras närstående. Folkhögskolan Sundsgården erbjuder i ett senare skede Afasilinjen, med inriktning mot tillämpning av aktuell språkförmåga.

Bemötandet

Patienter med kommunikationshandikapp behöver en lugn miljö, de har svårt att ta in många intryck samtidigt. Då man talar med patienten bör man stå vänd mot denne och helst på samma nivå så att ni båda kan uppfatta munrörelser, gester och mimik. Avbryt inte patienten då denne talar för att säga ord du tror patienten menar. Skulle patienten "låsa" sig och hela tiden upprepa samma ord kan man försöka att bryta detta, till exempel genom att ställa en ja eller nej fråga. Tänk på att tala tydligt och långsamt då du pratar med patienten. Har patienten impressiva svårigheter kan man förutom språket också använda sig av gester och konkret peka på ett föremål etc. Använd ett enkelt språk då du samtalar. Sammanfatta det patienten säger och fråga "har jag uppfattat dig rätt?" Ta reda på intressen som patienten har för att hitta bra samtalsämnen som också engagerar patienten. Det är viktigt att man inte talar över huvudet på patienten.

Hjälpmedel

Då vi får in en patient med ett kommunikationshandikapp skriver vi en remiss till logopederna. Det är bra om patienterna med talsvårigheter har tillgång till penna och papper då vissa kan skriva eller rita ner det de menar. Då vi informerar patienten om en undersökning exempelvis MR-röntgen bör man även skriva en lapp om vilken undersökning patienten ska på, det bör även stå datum och tidpunkt. Lappen ska ligga synlig exempelvis på sängbordet, då kan den personal som är inne hos patienten påtala och visa lappen så att patienten förstår att han/hon ska på en undersökning. Patienten kan på så vis förbereda sig. Det är viktigt att gå in och läsa logopedanteckning så att man får en hänvisning om vad patienten förstår och inte förstår. För att hjälpa patienten ska man samtala med honom/henne då det ges tillfälle. Då patienter med tal- och språksvårigheter skrivs ut ska en kommunikationsbedömning finnas med i epikrisen.

 Helsingborgs lasarett En del av Region Skåne	Palliativ vård	
Specialitet: VO Internmedicin Strokeenheten	Text författare: Gertie Hautkamp, sjuksköterska och Andly Wagerup, undersköterska Faktaansvarig: Pernilla Sandgren, Avdelningsläkare Reviderat av: Frida Ollerup, undersköterska Godkänt av: Bo Ervander, Versamhetschef	
Skapat: 2011-01-25	Reviderat: 2011-02-15	Bäst före: 2012-12-31
Sökord: Palliativ vård		PM-nr:

PALLIATIV VÅRD

Definition

Palliativ (lindrande) omvårdnad är en aktiv helhetsvård av patienten och dess anhöriga. Vården syftar till att undanröja lidandet i alla dess former; fysiskt, psykiskt, andligt och socialt, där målet är högsta möjliga livskvalitet för patienten och närstående. Detta ställer särskilda krav på vårdteamets kunskaper och förmåga till

empati. Ett beslut att avstå eller avsluta livsuppehållande behandling får inte innebära att patientens rätt till god omvårdnad åsidosätts.

Det innebär att de symtom som patienten har måste lindras, framför allt smärta och ångest som kan förekomma och där omhändertagandet av närstående är en betydelsefull del av vården.

Kommunikation

Förmågan att uttrycka sina behov försämras av flera orsaker. Det är viktigt att respektera patientens egen önskan. Ofta blir kommunikationen med den döende ensidig. Hörseln är den sinnesfunktion som bevaras längst.

Dessutom kan behovet av kroppskontakt vara stort. Det är viktigt att komma ihåg att andra kulturer kan ha andra kommunikationsmönster.

Åtgärder:

- Lär känna personens vanor och ovanor.
- Ta dig tid för uppmärksamhet och närvaro.
- Respektera patientens integritet.
- Låt anhöriga vara med och ta del av vården om de vill.
Ge gärna tips på hur de kan vara delaktiga.

Andning/Cirkulation

Påverkas av olika orsaker och behandlas i syfte att lindra symtomen.

Roslig andning: orsakas av sekretstagnation och slem i övre luftvägarna.

Är patienten för trött för att hosta upp det kan det upplevas som jobbigt för personal och anhöriga. Snabb andning i kombination med kallsvettning kan vara tecken på smärta. Feber behandlas symtomatiskt.

Åtgärder:

- Underlätta andningen genom att höja huvudändan och med hjälp av kuddar.
- Ge syrgas på ordination.
- Inhalationer vb.
- Vid svår lufthunger med risk för ångest, lämna aldrig patienten ensam.

Nutrition

På grund av flera olika faktorer såsom dysfagi, smärta i munnen p.g.a. sår, svampinfektioner och illamående kan patienten ha svårt att svälja. Det är viktigt att behandla ev. symtom.

Törst

Det är vanligt att patienter upplever törst. Viktigt är att skilja på intorkning, muntorrhet och törst.

Åtgärder:

- God munvård!

Illamående/ kräkning

Illamående och kräkning är ett vanligt symtom i livets slutskede. Orsaker kan vara; svampinfektioner i munnen, förstoppning, olika behandlingar och läkemedel samt ångest.

Åtgärder:

- Uppmärksamma symtomen för att behandla bakomliggande orsaker och om möjligt eliminera dessa.
- Om kräkning, rengör munnen och näsa efter. God munvård.

Elimination

Förstoppning ska alltid förebyggas. Det kan upplevas som en stor förlust att inte kunna sköta tarm och blåsfunktion.

Åtgärder:

- Laxantia enligt ordination.

Urininkontinens

När patienten är sängliggande finns risk för ofullständig blåstömning, vilket kan leda till urinretention och urinvägsinfektion. Urinretention kan i sin tur leda till oro. Kontrollera med bladderscann.

Åtgärder:

- Rent och torrt i sängen, förebygg decubitus och infektioner.
- Inget plast i sängen, täta byten.
- Inkontinens skydd efter behov.
- Urintappning vid behov, i nödfall KAD.

Hud/Sår

Åtgärder:

- Förebygg hudirritationer och sår genom daglig inspektion av huden.
- Regelbundna vändningar, även microförflyttningar.
- Ren, torr och slät säng. Använd glidlakan, ej plast.
- Om decubitus, upprätta sårvårdplan.
- Om syrgasgrimma/mask, polstra.
- Om syrgas – näsvård tex. Fenazon.

Klåda

Sök efter bakomliggande orsaker, eliminera eller lindra symtomen.

Åtgärder:

- Avsvalkande tvättning, mjukgörande hudsalva, ordinerad salva.
- Kort klippta naglar.
- Läkemedel då behovet föreligger.
- Rent och torrt i sängen.

Sömn

Många faktorer medverkar till dålig sömn t.ex. annorlunda miljö, oro, ångest och smärta. Dessa förstärks oftast nattetid.

Åtgärder:

- Skapa trygghetskänsla. Nattpersonal bör vara lyhörd för även outtalade behov.
- Bäddkomfort är viktigt.

Psykologiska aspekter

När hjärnan utsätts för så stora påfrestningar att det leder till ett grumlat medvetande med desorientering avseende tid och rum talar man om konfusion. Typiskt är ett akut insättande där tillståndet kan variera över tid.

Tänkbara orsaker är; påverkan av grundsjukdomen, läkemedelspåverkan, förstoppning, urinretention, sömnbrist, ångest, depressionstillstånd, syrebrist, infektion, feber och omflyttningar.

Åtgärder:

- Behandla bakomliggande orsaker.
- Lugnt bemötande.

Ångest

Kan vara psykiskt, fysiskt, socialt och existentiellt utlöst.

Åtgärder:

- Tydlig information till patienten och dess anhöriga.
- Vara en god lyssnare.

Smärta

Är ett vanligt förekommande symptom i livets slutskede. WHO:s smärtrappa är basen i behandlingen.

Bilaga 4

Intervjuguide

Informera respondenten om vilka vi är, vad vi gör, att intervjuerna anonymiseras och spelas in.

- Vad är din roll på avdelningen?
- Hur länge har du arbetat här?
- Vad innebär processer för dig?
- Har det blivit någon förändring i arbetet sedan ordet process började användas?
 - Hur anser du att ledningen informerat om förändringar?
 - Hur aktiva är de?
 - Hur följer de upp förändringar?
- Anser du att ni arbetar utifrån ett processtänk i ditt dagliga arbete, att ni arbetar utifrån ett flödesperspektiv?
 - Varför/ -inte?
 - Om nej: Hur jobbar ni istället?
- Vad tycker du om det processbaserade arbetet/alternativet på avdelningen?
 - Varför/ -inte?
 - Känner du dig begränsad av det?
 - Vad kan göras bättre?
 - Får personalen gehör för sina förslag?
- Det finns en utarbetad process för vart en patient ska placeras beroende på dennes tillstånd och beläggningen på avdelningen.
 - Vad innebär den för dig och ditt arbete?
 - Hur tycker du att arbetet med den fungerar?
 - Varför?
 - Hur ofta går det att följa den?
 - Hur länge har ni arbetat efter den?
 - Hur utarbetades processen? Var ni involverade?
 - Hur aktiv är ledningen vad gäller uppföljningar av arbetet?
 - Förespråkar de arbetssättet?
- Ni har arbetsrutiner i PM,
 - Hur ofta används de?

- Hur ofta går det att följa dem?
 - Varför/ -inte?
 - Hur ofta går ni på läkarordination jämfört med vad PM säger?
- Vad anser du att det finns för problem på avdelningen?
 - Exempel?
 - Hur skulle de kunna förbättras/ lösas?
- Hur arbetar ni med förbättringsarbeten på avdelningen?
 - Har du exempel?
 - Hur mycket information får ni från ledningen?
 - Får personalen gehör för sina förslag?
- Hur blir ni ledda på avdelningen?
 - Mycket rutiner?
 - Många ledningsdirektiv?
 - Mycket eget ansvar?

Har du något du känner att du vill tillägga?