

Verksamhetsanalys vid en vårdcentral – effekter av ökade personalresurser

Analysis at a healthcare centre

Sofie Qwarnström
Monica Sjans

2004

EXAMENSARBETE
Informatik C
Nr: C08/2004

Förord

Vi vill tacka berörd personal på vårdcentralen för all hjälp med material under vårt arbete.

Dessutom vill vi tacka vår handledare på Högskolan Dalarna, Göran Hultgren för hans entusiasm, stöttning och den kunskap han har förmedlat till oss.

Sofie Qwarnström

Monica Sjans



HÖGSKOLAN
Dalarna

EXAMENSARBETE, C-nivå i Informatik

Program	Reg nr	Omfattning
Systemvetenskapligt program, 120p	Nr C08/2004	10p
Namn	Månad/År	Juni 2004
Sofie Qwarnström	Handledare: Göran Hultgren	
Monica Sjans	Examinator: Owen Eriksson	
Företag/Institution		
Vårdcentralen		
Titel	Verksamhetsanalys vid en vårdcentral	
Nyckelord	Verksamhetsanalys, vårdcentral	

Sammanfattning

Landstingets besparingsåtgärder har försämrat möjligheten till vård för ett stort antal människor. Indragningen av läkartjänster och nedläggning av vårdcentraler är ett genomgående problem för hela landet.

En verksamhetsanalys är utförd på en vårdcentral där problemet är att både en läkar- samt distriktsskötersketjänst är vakanta. Personalbristen tillsammans med det stora upptagningsområdet medför problem i form av stor arbetsbörda för befintlig personal samt en brist på patienttider. Från mars respektive april månad har tjänsterna blivit tillsatta.

Syftet med detta examensarbete är att analysera hur verksamheten fungerar före och efter tillsättandet av personalresurser. Aspekter som legat i förgrunden är dispositionen av bokningsbara patienttider, fördelningen av administrationen, risk för utbrändhet samt proaktivt eller reaktivt arbetssätt.

Verksamhetsanalysen har genomförts enligt metoden FA/SIM, understödd av kvalitativa observationer och intervjuer med personalen före och efter förändringen. Resultatet är att situationen förbättrades märkbart på flera punkter efter resurstillsättelsen, men den är ännu inte acceptabel.

- Trycket i telefonbokningen och väntetiderna för en planerad tid är fortfarande oacceptabla i förhållande till verksamhetens mål, personalens arbetsmiljö och patienternas rätt till vård.
- Administrationsarbetet upptar oproportionerligt stor tid och torde kunna omfördelas inom befintlig personalstyrka, där läkarsekreterarna kan utgöra en stor potential.
- Riskerna för utbrändhet anses ha minskat, både för läkarna och distriktssköterskorna, vilka nu har fler tider att erbjuda patienterna.
- Arbetet kan utföras på ett mer proaktivt sätt efter förändringen.



HÖGSKOLAN
Dalarna

DEGREE PROJECT in Informatics

Course	Reg number	Extent
Business and Systems Development	Nr C08/2004	15 ects
Names	Month/Year	June 2004
Sofie Qwarnström	Supervisor:	Göran Hultgren
Monica Sjans	Examiner:	Owen Eriksson
Company/Department		
Healthcare centre		
Title		
Analysis at a healthcare centre		
Keywords		
Analysis, healthcare centre		

Summary

Cutbacks within the county council have deteriorated the possibilities of care for a great number of people. The withdrawal of doctor's posts and discontinuation of care centres are common problems all over the country.

Problematic vacancies of both a GP and a district nurse at a care centre initiated an analysis. The shortage of personnel combined with a large number of patients has resulted in problems such as a greater burden of work for the remaining personnel as well as the reduced appointment opportunities. Vacant posts have since been filled.

The purpose of this degree project is to analyse how the organisation works before and after the recruitment of personnel. Aspects which have been in the forefront are the spread of medical appointments, the allocation of administrative tasks, risks of Burnout Syndrome and a proactive or reactive way of working.

The analysis of change has been accomplished with the method FA/SIM, supported by qualitative observations and interviews with the personnel. The result is that the situation has improved discernibly in several ways, but is still not acceptable.

- The pressure of telephone bookings and waiting for a planned appointment is still unacceptable in proportion to the goals of the organisation, the work environment of the personnel and the patients' right to receive care.
- The administration occupies a disproportionate amount of time and it should be possible to redistribute among existing personnel, where the medical secretaries might bear a greater burden.
- The risks for Burnout Syndrome are considered to have reduced both for the GP's and the district nurses, which now have more medical appointments to offer the patients.
- The work can be performed in a more proactive way after the change.

Innehåll

1 Inledning	1
1.1 Vårdcentralen	1
1.2 Bakgrund	1
1.3 Problemformulering	3
1.4 Mål	5
1.5 Syfte	5
1.6 Avgränsning	5
1.7 Metodöversikt	5
2 Metoder	7
2.1 Fas 1 – Planering	7
2.2 Fas 2 – Observation före tillsättande av personalresurser.....	8
2.3 Fas 3 – Analys av verksamheten före förändring	9
2.4 Fas 4 – Observation efter tillsättande av personalresurser.....	10
2.5 Fas 5 – Analys av verksamheten efter förändring.....	11
2.6 Fas 6 – Sammanfattande analys	11
2.6.1 Arbetssituationsanalys.....	12
2.6.2 Ansvarsanalys	12
3 Referensram	13
3.1 Kriterier för att drabbas av utbrändhet	13
3.2 Proaktiv och reaktiv verksamhetsledning	14
3.3 Sjukvårdsadministrationen i allmänhet	15
4 Generella arbetsprocesser på vårdcentralen	16
4.1 Distriktssköterskans arbetsprocesser.....	16
4.1.1 TeleQ.....	17
4.2 Läkarsekreterarens arbetsprocesser.....	17
4.2.1 Receptionen.....	18
4.3 Läkarens arbetsprocesser	19
4.4 Samordnarens ansvarsområden	20
5 Beskrivning av verksamheten före och efter förändringen	21
5.1 Telefonbokningen TeleQ	21
5.2 Distriktssköterskemottagningen	22
5.3 Läkarmottagningen	23
6 Analys	26
6.1 Analys – Disposition av bokningsbara tider	26
6.2 Analys – Fördelning gällande administration	28
6.3 Analys – Risker för utbrändhet	30
6.4 Analys – Proaktivt/reaktivt arbetssätt	32
7 Slutsatser och diskussion	34
7.1 Slutsatser	34
7.1.1 Disposition av bokningsbara tider.....	34
7.1.2 Fördelning gällande administrationen.....	35
7.1.3 Risker för utbrändhet.....	36
7.1.4 Proaktivt/reaktivt arbetssätt.....	37
7.2 Diskussion	38
7.3 Utvärdering av arbetets validitet och reliabilitet.....	40
Källförteckning	42
Bilageförteckning	43

1 Inledning

Detta är ett examensarbete i Informatik på tio poäng, vilket är en avslutning på utbildningen inom det Systemvetenskapliga programmet vid Högskolan Dalarna. En verksamhetsanalys är utförd på en vårdcentral, där effekterna av ökade personalresurser studerats. Detta första kapitel innehåller bakgrund över uppdraget, problemformulering, mål, syfte, avgränsning samt en metodöversikt över valda metoder.

1.1 Vårdcentralen

Den vårdcentral (benämns som VC) vid vilken denna analys har utförts, är en av fem vårdcentraler i den aktuella kommunen. VC har ett upptagningsområde på cirka 16 000 personer, vilket gör den till den största vårdcentralen.

Verksamheten är uppbyggd och indelad i fyra team; Team 1, Team 2, Team 3 samt MVC/BVC. Den del av kommunens befolkning som hör till VC är vidare uppdelad på dessa team, beroende på var de bor. Tre av teamen ansvarar för distriktsläkarmottagning (DLM) samt distriktsköterskemottagning (DSM). Teamet MVC/BVC innefattar mödravårdcentral (MVC) samt barnvårdcentral (BVC). Verksamheten innefattar även vård i servicehus, vilket en läkare från Team 1 har ansvar över. BVC/MVC har ingen egen läkare, utan läkarna från Team 2 och Team 3 delar på tjänstgöringen där, en dag i veckan.

Enligt den verksamhetsplan som fastställdes i mars 2003 ska varje vårdlag vara uppdelat enligt nedanstående:

- 2,75 läkare
- 5,5 distriktsköterskor
- 2 undersköterskor
- 2 läkarsekreterare
- 0,67 socionomer

BVC/MVC är uppdelat på följande sätt:

- 3 BVC-sköterskor
- 2,75 barnmorskor

Ett organisationsschema över den studerade vårdcentralen och dess samarbetspartner återfinns i bilaga ett (Organisationsschema). I denna beskrivs hur organisationen är uppbyggd på de båda vårdcentralerna med dess olikheter gällande uppdelningen i team samt en samordnare som chef för varje team, på VC.

1.2 Bakgrund

Det råder läkarbrist inom landstinget och rapporter från ett flertal orter runt om i landet tyder på att det uppstått ett krisläge inom vården. Ett exempel på detta är vid en vårdcentral i en av landets kommuner, där läget nu är akut. Fem av de åtta läkartjänsterna är vakanta, vilket innebär att endast patienter med de mest

akuta åkommorna får en tid till läkaren. Övriga vårdsökande, med lindrigare besvär, hänvisas till privatläkare eller ges råd om egenvård. Detta leder till ett ökat tryck på den personal som mottar patienterna via telefon, där de får bemöta och hantera en hög irritationsnivå. Det ligger på distriktssköterskornas ansvar att göra en bedömning som utgör en gallring bland patienterna för att kunna prioritera de akuta fallen. Enligt chefen på den nämnda vårdcentralen är den bidragande orsaken till läkarbristen och svårigheten att rekrytera nya läkare, landstingets besparingar, som innebär en alltmer pressad arbetssituation för läkarna.

Trots att läkarbrist råder har flera landsting tagit beslutet att minska kostnaderna för stafettläkarna. Stafettläkare är läkare från bemanningsföretag som anlitas på dagsbasis. I ett aktuellt fall ska kostnaderna minskas från cirka 60 miljoner kronor till 40 miljoner. I dagsläget vet man inte vad det kommer att få för följder för de vårdcentraler som till största delen använder sig av stafettläkare.

Dessa problem förekommer även på den vårdcentral som varit föremål för denna rapport. Team 1, som härnäst kommer att benämnas Teamet, har det största upptagningsområdet med drygt 5 900 personer av de totala 16 000 inom VC. Det är också det området som har flest antal personer i åldersgruppen 20-44 år. Enligt personalen på vårdcentralen är denna ålderskategori den mest krävande. Patienterna är pålästa och vet vilka rättigheter de har. De är mitt uppe i sitt yrkesverksamma liv och har varken tålamod eller förståelse för att acceptera någon längre väntetid till läkare.

Teamet har också flest barn och äldre i upptagningsområdet viktat mot antal innevånare, vilket gör att det är många vårdsökande. Dessa ålderskategorier behöver i allmänhet mer vård än övriga kategorier.

Situationen som råder vid initieringen av detta examensarbete är att både en läkartjänst samt en distriktsskötersketjänst är vakanta. Från den första mars skall ytterligare en läkare anställas för att bemanna de tre läkartjänsterna och därmed leda till full bemanning. Vad gäller distriktsskötersketjänsten kom den att bemannas i början av april.

En annan förändring som kommer att inträffa den första mars är att jousen som för närvarande finns på det lokala lasarettet kommer att flyttas ut på vårdcentralerna. Det innebär att varje vårdcentral i kommunen kommer att få ansvaret för jousen var tredje vecka. En läkare, en distriktssköterska och en undersköterska ska bemanna jousen under en hel vecka mellan fem och sju på kvällen. Upptagningsområdet blir hela kommunens sjukvårdsområde. För Teamets del har det bland annat lösts på så sätt att en barnledig distriktssköterska tar ansvaret för dessa arbetstimmar.

I verksamhetsplanen för VC 2003-2004 är ett av målen för tillgänglighet att en patient med akuta besvär ska få behandling inom 24 timmar. Motsvarande för sjukdom som inte är akut är åtta dagar, något som i dagsläget inte går att uppfylla. Med den läkarbemanning som nu finns är målet att väntetiden inte ska överstiga 28 dagar för en icke akut tid.

Det finns många orsaker till detta övergripande problem angående tillgänglighetsmålen. Den största orsaken ligger i att läkarkåren är underbemannad men därtill kommer att de har andra åtaganden utöver patientbesök. Administrationen, för patienter och övriga ärenden, tar en stor tid av läkarnas tid i anspråk, ofta mer tid än vad det finns avsatt till den. Läkarna har även tjänstgöring på BVC och på servicehus, de har äldrejour en till två nätter i månaden och får inte, enligt lag, vara i tjänst dagen efter. Det tillkommer dessutom teamträffar, konsulttid, telefontid och fackliga ärenden. Alla dessa olika arbetsuppgifter bidrar till att den rena patienttiden under en dag upptar endast en liten del av läkarens arbetstid.

VC använder sig av ett journalsystem som heter Journal III, Profdoc. Det är ett heltäckande system som bland annat innehåller modulerna journaler, signering, schema, adressregister, telefonrecept och tidbokning. I modulen schema finns läkarnas och distriktssköterskornas schema uppbyggd i 15-minutersblock. Blocken är färgsatta i olika färger som tydligt talar om vad läkaren/distriktssköterskan har för arbetsmoment inplanerat just för stunden. Vid planeringen av schemat får varje läkare och distriktssköterska vara med och själv lägga förslag på hur de önskar ha sitt schema upplagt.

Patienten bokas in via TeleQ, vårdcentralens automatiska telefonbokningssystem, till en läkare i 15-, 30- eller 45-minutersblock. Dessa block kan markeras som blå eller röda tider. Blå tider är planerade tider som ska bokas in för patienter som inte har akuta sjukdomar. Under varje dag finns det även så kallade röda tider, dessa är akuta tider som är tänkta att finnas tillhands under dagen för patienter som är i behov av akut vård. Problemet med dessa är att de ofta är uppbokade redan på förmiddagen eller tidigare. Påtryckningar från patienten leder till att de istället för en planerad tid får en akuttid.

Vissa dagar finns nästintill inte några tider alls att ge vilket medför att patienterna blir upprörda och ibland skäller ut personalen som sitter i telefonbokningen. Denna situation är påfrestande för distriktssköterskorna, och det händer att de till och med faller i gråt.

För att delvis komma ifrån problemet med läkarbristen har vårdcentralen fått dispens från det förbud som råder mot att anlita stafettläkare. Denna dispens har utfärdats på grund av de problematiska förhållanden VC har. Därför anlitas utomstående läkare kortsiktigt de dagar ordinarie läkare inte har schemalagd tid på vårdcentralen, eller av annan anledning inte finns på plats. Då det inte längre är tillåtet att anställa stafettläkare, anställs de istället under benämningen ”vikarierande läkare”.

1.3 Problemformulering

Vården idag är en komplex verksamhet. Till skillnad från en vanlig linjeorganisation där dubbelt manskap innebär dubbel produktion är detta inte fallet när det kommer till vårdverksamheten. Det antas att ytterligare en bemannad läkartjänst inte behöver betyda att antalet patientbesök ökar med samma

storlek. Läkarna har olika anställningsförhållanden och meriter, likväl som de kan vara specialiserade inom olika medicinska områden vilket medför att de kanske inte är rätt person för varje situation.

Det stora problemet som i dagsläget råder på Teamet är att en patient som inte har akuta besvär kan få vänta upp emot en månad och längre innan denne får en tid till en läkare. Ofta tvingas distriktssköterskorna istället boka in dessa patienter på akuta tider, för att kunna tillmötesgå patienters krav på vård. En följd effekt av detta blir att de akuta tider som ska finnas tillgängliga under samma dag saknas, helt eller delvis. Detta problem är svårt att komma ifrån då de tider som kan erbjudas inte alls är i förhållande till antalet patienter som söker vård. Förhoppningar från personalen finns angående personalökningen, i form av en läkare och en distriktssköterska, att problemet med tillgängliga tider ska minska och att det därmed kommer att innebära flera tider att erbjuda patienterna.

Ytterligare ett problem, som även är generellt för hela sjukvården idag, är administrationen som tar en stor tid i anspråk jämfört med den tid som finns avsatt till patientbesök. Det är svårt att komma ifrån detta, eftersom administrationen är viktig för att kunna ge en kvalitetsfylld vård.

Den övergripande effekten som uppstår av underbemanningen är att den befintliga personalen, i första hand läkarna och distriktssköterskorna ligger i riskzonen för att drabbas av utbrändhet. Läkarna arbetar i hög grad under stress för att kunna bemöta den höga tillströmningen av patienter, samtidigt som de har många andra åtaganden som också måste skötas. Distriktssköterskorna arbetar även de under hög stress, vilken är den avgörande faktorn för utbrändhet. För distriktssköterskorna är det främst den pressade situationen i TeleQ som innebär den största risken. I motsats till de nämnda yrkesgrupperna har läkarsekreterarna inte samma arbetsbörda utan deras uppgifter är i relation till hur många läkare de har att sköta administrationen för.

En annan effekt av den rådande underbemanningen är att möjligheterna till ett proaktivt, planerat arbetsätt försämras. När situationen blir problematisk och stressfylld, ligger det nära till hands att inta ett reaktivt förhållningssätt för att på kort sikt lösa problemen.

Frågor som kan ställas i samband med ovan nämnda problem är:

- Kommer det att genereras märkbart fler tider i och med ökade personalresurser?
- Finns det en möjlighet att problemet med administrationen kan minska om de administrativa uppgifterna omfördelas inom personalen?
- Kan riskfaktorerna för utbrändhet minskas, i och med att man tillsätter ytterligare personalresurser?
- Ökar möjligheterna till ett proaktivt arbetsätt?

1.4 Mål

Målet med examensarbetet är att beskriva hur verksamheten ser ut före och efter att ytterligare resurser tillsatts.

Arbetets inriktning är att påvisa de eventuella skillnader som uppstår i och med förändringen. Verksamhetsbeskrivningen ger en bild av hur personalen arbetar, vilka problem som finns och vad de beror på. Resultatet blir en beskrivning av verkligheten under en dag.

1.5 Syfte

Syftet med detta examensarbete är att utföra en analys på VC och undersöka vad som händer i verksamheten när ytterligare personalresurser, i form av en läkare och en distriktssköterska, anställs. Tonvikt ligger på hur verksamheten ser ut före och efter förändringen.

1.6 Avgränsning

Detta arbete har avgränsats till att enbart gälla Teamet på VC, av den anledningen att det på detta team, under arbetets gång, skall tillsättas mer resurser.

En vidare avgränsning är att det endast är läkarna, distriktssköterskorna samt läkarsekreterarna som utgjort studiematerial.

1.7 Metodöversikt

Här ges en beskrivning över de faser som funnits med under verksamhetsanalysens genomförande.

- Fas 1 – Planering
Arbetet planerades och strukturerades upp utifrån diskussioner med personal på vårdcentralen samt handledare.
- Fas 2 – Observation före tillsättande av personalresurser
Observationer och informella intervjuer genomfördes på de olika utvalda yrkeskategorierna.
- Fas 3 – Analys av verksamheten före förändring
Empirin som insamlades under observationerna och intervjuerna sammanställdes och rapportens första del tog form.
- Fas 4 – Observation efter tillsättande av personalresurser
Ytterligare observationer och kompletterande, mer strukturerade intervjuer genomfördes på de olika utvalda yrkeskategorierna.

- Fas 5 – Analys av verksamheten efter förändring
Empirin som insamlades under observationerna och intervjuerna sammanställdes.
- Fas 6 – Sammanfattande analys
Analysen arbetades fram och kom att ligga till grund för slutsatser och diskussion.

2 Metoder

I följande kapitel beskrivs de metoder som använts under arbetets olika faser och som legat till grund för framtagandet av denna analys och dess resultat.

För att kunna förklara vad som händer i verksamheten på VC har en verksamhetsbeskrivning genomförts med hjälp av observationer och intervjuer.

Vid val av metod under planeringen i fas ett bedömdes observation med inslag av informella intervjuer vara det bästa alternativet för att kunna studera hur interaktionen var mellan de olika personalgrupperna. Tillvägagångssätt samt metoden beskrivs närmare i avsnitt 2.2.

Efter att verksamhetsbeskrivningen utförts, i och med fas tre och fem, användes insamlad data till att göra en verksamhetsanalys. Mer om denna metod finns att läsa i avsnitt 2.6.

Under fas sex användes statistik från VC över antal samtal som ringts till patienter via TeleQ, samt antal patientbesök hos läkarna. Eftersom siffror är mätbara så innebär det att det är en kvantitativ metod som använts för att stärka och ge en fingervisning över patienttillströmningen.

En handlingsgraf upprättades som beskriver hur arbetet fortskred, vilka aktiviteter som utfördes samt de dokument som genererades utifrån dessa aktiviteter. Grafen återfinns i bilaga tio (Handlingsgraf – Fasindelning).

2.1 Fas 1 – Planering

Under denna inledande fas gjordes en planering över arbetet som skulle utföras och vilka metoder som skulle användas. Med utgångspunkt från denna planering drogs även riktlinjer upp för det fortsatta arbetet. Ett tidschema upprättades och kontakt togs med personalen på VC. I samråd med handledaren som utsetts av uppdragsgivaren, bokades lämpliga tider in för observation av de olika yrkeskategorierna.

Övriga ärenden som behandlades med handledaren var etiska aspekter såsom tystnadsplikt och patienternas integritet. Handledaren informerade även om att det råder tystnadsplikt för all verksamhet inom vården och därför krävdes påskrift för denna.

Det ingick även handledning från skolan för hur problemet bäst kunde angripas och vilka infallsvinklar som var lämpliga att ta med i det fortsatta arbetet.

Fyra aspekter ansågs vara framträdande och har därför legat i förgrunden för arbetet:

- Dispositionen av bokningsbara tider
- Fördelning av arbetsuppgifter gällande administrationen

- Om det finns tydliga tecken på att någon personalgrupp löper risk för utbrändhet.
- Huruvida arbetet utförs reaktivt eller proaktivt.

2.2 Fas 2 – Observation före tillsättande av personalresurser

Denna fas innebar att genom observation ta reda på hur verksamheten såg ut på vårdcentralen med särskild inriktning på Teamet. Observationerna gjordes i två omgångar; den första innan den nya personalen installerats och den andra drygt två månader efter denna tidpunkt. Detta för att all personal skulle få en chans att arbeta in sig efter de nya förhållandena. En beskrivning av denna verksamhet görs i kapitel fem.

Vid val av metod för att utföra denna verksamhetsanalys ansågs kvalitativ metod vara den som bäst passade syftet. Kvantitativ metod, som är dess motsats, används vid undersökning av ett stort område eller ett stort antal människor. I dessa fall är en enkät mest lämpad för att få svar de frågor som ställs.

Är syftet däremot; ”att få insikt i det grundläggande eller det särpräglade i en viss miljö, inte minst hur något konkret har utvecklats över en tid – utan att bry sig om hur ofta det förekommer eller hur vanligt det är – måste man använda sig av observation och kvalitativa intervjuer. Kvalitativa approximativa mått beskriver på ett nyanserat sätt ”det som finns” och bryr sig mindre om hur ofta det finns.” (Repstad, P, 1999, s.15).

Genom att använda sig av direkta observationer, intervjuer och informella samtal med olika nyckelpersoner kan deltagande observatörer insamla kompletterande data. Detta förfarande går under benämningen triangulering av data (Svensson, P-G & Starrin, B, 1996, s.14).

Observation är studier av människor i syfte att se vilka situationer som kan uppstå i deras naturliga miljö och hur de reagerar för dessa situationer. Det föll sig naturligt att välja observation framför intervjuer vid denna analysfas för att få fram en legitim verklighetsbild. Vid intervjuer är det svårare att få fram vad som verkligen kan hända under en dag på arbetsplatsen. Informanterna kan försöka försköna sina svar eller av andra anledningar inte svara helt sanningsenligt. Det är också mycket beroende på *vem* informanten är, det finns många faktorer som kan spela in, bland annat om denne trivs på sin arbetsplats (Repstad, P, 1999, s. 23).

Observationer gjordes av tre olika personalkategorier på fyra arbetsstationer; tidbokningen, receptionen, distriktssköterskemottagningen samt läkarmottagningen. Vid första analysfasen observerades läkaren en hel dag, då läkarna generellt sett har många olika arbetsuppgifter och syftet var att se hur deras aktiviteter disponerades tidsmässigt under en dag. Vid andra analysfasen observerades samma läkare ännu en gång för att utröna huruvida någon förändring skett i och med resurstillskottet av ytterligare en läkare.

Läkarsekreteraren observerades vid sitt förmiddagsspass i receptionen för att en bedömning skulle kunna göras över hur patienttillströmningen kan se ut under en dag. Då det handlar om relativt likartade arbetsuppgifter under en dag, gjordes inte någon ytterligare observation av receptionen.

Distriktssköterskan observerades under två förmiddagar, både i sin roll som distriktssköterska på mottagningen samt under tjänstgöringen i TeleQ. Under observationen på mottagningen kunde det noteras vilka arbetsuppgifter som kan ingå i distriktssköterskornas vardag, samt avvägningen mellan vilka åkommor de kan hantera själva och vilka som behöver läkarkonsultation. Under det andra observationstillfället ansågs det vara bättre att genomföra en strukturerad intervju.

Observationen i TeleQ syftade till att ge en djupare förståelse för det tryck som personalen där får uppleva, likväl som att ge en inblick i hur applikationen fungerar rent praktiskt.

Observationen blandades dock med informella intervjuer som utfördes vid pauser i arbetet samt under lunchraster. Informanten kunde då berätta lite om sin arbetssituation och om händelser som utspelats under arbetspasset. Med detta förfarande kunde observatörerna stämna av om deras uppfattning om det inträffade stämde med informantens.

Fokus lades på hur personalen upplevde sin arbetssituation och om de hade rätt ansvar för det område de verkade inom. Resultatet blev en beskrivning av processerna på vårdcentralen, det vill säga TeleQ, distriktssköterskemottagningen, receptionen samt läkarmottagningen. Dessa processer beskrivs utförligare i kapitel fyra.

2.3 Fas 3 – Analys av verksamheten före förändring

Denna fas innebar att allt material som samlats in under observationerna skrevs rent. Med hjälp av de renskrivna anteckningarna från fältstudien och den information som framkommit kunde rutiner och verksamheten beskrivas. En konkret arbetsmetodik som använts i detta arbete, är SIM. Detta står för Samverkan genom Ifrågasättande och Idéutveckling med stöd av Metodik. (Goldkuhl, G & Röstlinger, A, 1988). Verksamhetsbeskrivningar, med stöd av denna metodik, kunde till en början skrivas för att strukturera upp arbetet.

Den övergripande bilden av en verksamhet eller organisation varierar mellan inre intressenter och människorna utanför, liksom den likväl kan variera mellan personalen på samma avdelning. Detta är ett faktum som är mer regel än undantag. Att förstå verksamheten är det primära för att den skall kunna bedrivas på bästa sätt. Många gånger kan det finnas ett behov av att ta fram de många olika bilder som berörda kan ha av en verksamhet, påvisa att alla inte har samma bild av den, och eventuellt belysa hur det är tänkt att den skall gestaltas. Av den anledningen finns det metoder för att analysera och beskriva verksamheten/organisationen på ett sådant sätt att det därefter kan, efter behov,

läggas fram en nulägesanalys, problemen som uppdagats under analysens gång och eventuella åtgärdsförslag till förbättringar. Vidare kan även en framtidsanalys tas fram i och med analysen av nuläget i förhållande till förändringsförslagen. (Goldkuhl, G & Röstlinger, A, 1988).

Rapportskrivningen påbörjades under denna fas för att säkra upp insamlingen av materialet och för att stämna av att alla delar fanns med för det fortsatta arbetet. Detaljer som var oklara markerades i texten för att kunna kontrolleras vid nästa fas i arbetet. Det utfördes en problemanalys för att påvisa vilka problem som förekom på det aktuella teamet i förhållande till de fyra aspekter som låg i förgrunden för arbetet. Problemanalysen är en av de framträdande teorierna i metoden FA/SIM och den ska ge svar på frågan, vilka de viktigaste problemen är, problemorsakerna och problemeffekterna (Goldkuhl, G & Röstlinger, A, 1988, s.64).

I samband med analysen upprättades en problemlista med åtföljande problemgrafer. Graferna beskriver sambanden mellan de olika problemen på så sätt att orsakerna till problemen återfinns högst upp i grafen, där pilarna påvisar vilka effekter dessa problem orsakar. Problemlistan återfinns som bilaga sex (Problemlista) och de tre graferna återfinns som bilagorna sju (Problemgraf - VC), åtta (Utbrändhet - Proaktivitet) samt nio (Patienttider - Administration).

2.4 Fas 4 – Observation efter tillsättande av personalresurser

För att få så likartade förhållanden som möjligt utfördes den andra observationsomgången på samma veckodag och samma tid som under föregående observationstillfälle.

Det framgick under arbetets gång att det behövdes fler strukturerade intervjuer under denna fas. Detta för att i högre grad få möjlighet att stämna av med personalen huruvida förhållandena ändrats eller inte, samt i vilken utsträckning. Beslutet togs att det inte skulle behövas observationer i samma omfattning som under fas två. För att bättre fånga upp personalens åsikter om den rådande förändringen ansågs därför intervjuer vara mer givande.

Läkaren skulle följas under en hel dag, men på grund av oförutsedda händelser under dagen avbröts observationen efter förmiddagens pass. Efter en intervju med läkaren ansågs ändå den väsentliga informationen framkommit.

En intervju gjordes med en distriktssköterska på Teamet för att fånga upp åsikter om den nya arbetssituationen. I och med intervjun ansågs den behövliga informationen vara insamlad och det beslutades att ingen mer observation var nödvändig.

2.5 Fas 5 – Analys av verksamheten efter förändring

Denna fas var en viktig del av arbetet där resultatet av observationerna och intervjuerna sammanställdes, och därefter gjordes jämförelser mellan de båda tillfällena. Först under denna fas gick det att utröna om och i så fall vilka förändringar som skett i verksamheten. Under denna fas uppstod ett behov av kompletterande uppgifter som inhämtades via e-post och telefonsamtal.

Andra uppgifter som ansågs intressanta i sammanhanget var hur informations- och kommunikationsvägarna såg ut inom Teamet både före och efter förändringen. Det upprättades därför två interaktionsdiagram över dessa vägar som återfinns i bilaga tre respektive fyra. För att åskådliggöra hur det skulle kunna se i framtiden om arbetsfördelningen sågs över gjordes även ett diagram över detta som bilaga fem.

2.6 Fas 6 – Sammanfattande analys

Under den sista fasen användes det sammanställda materialet, i form av en verksamhetsbeskrivning, för att utföra den verkliga verksamhetsanalysen. Analysens resultat användes därefter till slutsatser och diskussion, där resultaten från de båda observationerna framkom. I kapitel sex återfinns resultaten från analysen och slutsatserna och diskussionen förs i kapitel sju.

För att kunna genomföra en bra verksamhetsanalys är det viktigt att förstå vidden av att inte blint följa en metod. Metoden är uppbyggd på så sätt att den skall nyttjas som en verktygslåda, ur vilken de delar och funktioner som är relevanta för just den unika verksamhetssituationen används.

En verksamhetsanalys är ett viktigt redskap för att belysa och förklara hur en verksamhet är uppbyggd och fungerar. Det är ett effektivt förfarande för att sätta sig in i hur en verksamhet ser ut. En verksamhetsanalys kan göras för att studera och belysa både nuläge och en framtida situation. Nulägesanalysen som utförts i detta arbete, syftar till att beskriva, analysera och utvärdera det verksamhetsområde där det finns identifierade problem. En nulägesanalys skall ge svar på frågan hur verksamheten fungerar i den nuvarande situationen. När man analyserar nuläget finner man problemen som gör att verksamheten inte fungerar så effektivt som den skulle kunna. Vid analys av den framtida situationen ska man få en bild av hur verksamheten kommer att se ut om och när framtagna förändringar genomförs (Goldkuhl, G & Röstlinger, A, 1988).

En verksamhetsanalys kan delas in i fem olika arbetsmoment; analys av verksamhetsstruktur, egenskapsanalys, ansvarsanalys, arbetssituationsanalys samt analys av verksamhetsprinciper (Goldkuhl, G & Röstlinger, A, 1988, s.73).

I detta arbete har inriktningen varit att beskriva hur arbetssituationen för personalkategorierna läkare, distriktssköterskor och läkarsekreterare var, samt hur den eventuellt skulle förändras vid tillsättningen av ytterligare personella resurser. Med detta som utgångspunkt blev valet av metod en verksamhetsanalys, med fokus på tankegångar runt arbetssituationen och ansvarsför-

hållanden. Någon analys har inte utförts i ordets rätta bemärkelse, däremot har faktorer från dessa analyser legat till grund vid observationer och intervjuer. Dessa två analyser beskrivs nedan, för att belysa varför de är användbara i just denna verksamhetsanalys.

2.6.1 Arbets-situationsanalys

Innebörden med detta arbetsmoment är att analysera arbets-situationerna på ett fördjupat sätt. Detta ger en överskådlig och helhetsbeskrivande syn på arbets-situationerna som råder på det valda verksamhetsområdet. Genom att använda sig av en analys av detta slag kan den objektiva arbets-situationen ställas mot den egentliga, subjektiva verkligheten.

Tanken med en arbets-situationsanalys är att finna svar på hur olika personal-kategorier upplever sin arbets-situation, samt vilka regler och yttre förhållanden som finns för de olika arbets-situationerna (Goldkuhl, G & Röstlinger, A, 1988, s.77).

Några faktorer som kan vara intressanta att studera är:

- Fysisk arbetsmiljö
- Arbetsinnehåll
- Arbetstid
- Arbetsbelastning
- Yrkeskunnande

I detta arbete gjordes denna analys främst med inriktning på fysisk arbetsmiljö och arbetsbelastning för att kunna skönja risker för utbrändhet bland dessa yrkesgrupper. Övriga aspekter har legat i bakgrunden vid observationerna men inte fokuserats ytterligare på. Detta redovisas under respektive område, i kapitel sex, Analys.

2.6.2 Ansvarsanalys

Grundtanken med en ansvarsanalys är att identifiera huruvida utdelade ansvar och befogenheter stämmer överens med verkligheten. Vid en analys kan det uppdagas att utdelade ansvarsuppgifter ej utförs av den som skall göra det, men likväl kan det visa sig att någon åtagit sig ansvarsuppgifter denne ej officiellt blivit utsedd till att ansvara över.

Orsaker till varför ansvar inte tas av rätt person kan vara många. I och med att en ansvarsanalys genomförs ges en överskådlig blick av vem som gör vad samt vilket ansvar var och en har. Utifrån detta kan det sedan fastställas varför det är som det är, hur det egentligen ska vara och sedan sätta det i förhållande till hur den faktiska verkligheten ser ut (Goldkuhl, G & Röstlinger, A, 1988, s.76).

I detta fall jämfördes den officiella arbetsbeskrivningen för respektive arbetskategori med den faktiska verkligheten. Detta redovisas under respektive område i analyskapitlet.

3 Referensram

En del av syftet var att studera arbetssituationen för de utvalda yrkeskategorierna och utifrån detta analysera riskerna för att drabbas av utbrändhet. Andra aspekter som varit i fokus är huruvida arbetet utförs proaktivt eller reaktivt samt den ökande administrationen. Följande kapitel består av material som varit en del av grundmaterialet under iakttagelserna i analysfasen.

3.1 Kriterier för att drabbas av utbrändhet

I början av 1970-talet myntades ett nytt amerikanskt uttryck; *Burnout Syndrome*. Definitionen av denna sjukdom är ett tillstånd av fysisk, psykisk och känslomässig utmattning. Utbrändhet, som är det svenska namnet på samma tillstånd, är idag klassificerad som en folksjukdom. Det allvarliga tillståndet är resultat av en utmattningsprocess som pågått under en lång tid, och som ofta i slutstadiet leder till en total kollaps där man inte längre har något annat val än att söka läkarhjälp (Hauffman, S, 2000).

Stresståligheten varierar starkt mellan olika personer. Det beror bland annat på personlighet och fysisk motståndskraft, men arbetet med dess bördor har en mycket stor vikt i huruvida man drabbas av utbrändhet. Det finns vissa utmärkande kriterier som ökar riskerna för utbrändhet; det är oro över arbetssituationen, ihållande stress och otillräcklig vetskap om framtiden. En viss typ av människor kan dock ses som extra utsatta och som därför också löper en förhöjd risk. Det handlar om individer som är kreativa, ambitiösa, perfektionistiska och emotionellt engagerade som går in för sitt jobb med liv och lust, som vill något med sitt och andras liv. Ofta befinner sig dessa individer i hierarkiska organisationer där det är svårt att säga nej till merarbete, såsom bland annat vård, omsorg och skola. Av den anledningen återfinns bland dem som fått diagnosen utbränd bland annat; lärare, socionomer, läkare, sjuksköterskor och förskolelärare. Speciellt kvinnor mellan 35 och 50 år är överrepresenterade i denna kategori (www.stressmottagningen.org).

En genomgående undersökning har gjorts vid Karolinska Institutet, ledd av psykiatriprofessorn Marie Åsberg, där resultaten av undersökningen påvisar att två tredjedelar av alla som är långtidssjukskrivna för psykiska problem lider av just utbrändhet (Hauffman, S, 2000).

Redan i en organisation kan varningssignaler om elakartad stress och utbrändhet skönjas. Stress ska ses som en arbetsmiljöfråga. Finns det obalans i en verksamhet är det något som måste mötas med förbättringar i organisationen. I vissa fall kan det tänkas att organisationen är medveten om, delar eller helt, vad som behöver förbättras, men problemet kan ligga i det ekonomiska. Många organisationer, såsom bland annat landsting eller barn- och omsorg, har en pressad ekonomi som är svår att påverka underifrån. Ett exempel på några tecken som kan ses som obalans i verksamheten kan vara:

- Irriterad stämning, allmänt missnöje
- Ilska och sorg

- Konflikter
- Chanstagnation som kan leda till olyckor
- Initiativbrist och negativ inställning till arbetsgivaren

(www.sif.se)

För att förebygga stress och utbrändhet på arbetsplatser finns det en hel del saker som chefer och andra beslutsfattare högre upp i organisationen kan göra och ha i åtanke. För det första är det viktigt att de kan kommunicera med personalen. Hur detta görs på ett optimalt sätt kan bland annat kunskapsmässigt inhämtas via olika chefsutbildningar. Under utbildningar likt dessa får de dessutom lära sig hantera den egna stressen och erhåller utbildning i psykosociala frågor. Det har visat sig att chefsutbildningar har en förmåga att medföra en gynnsammare arbetsplats vad gäller klimatet, likväl som ökat välbefinnande bland de anställda (www.stressmottagningen.org).

Andra viktiga egenskaper som chefer och beslutsfattande i övre skikt bör ha är att kunna förmedla mål, delmål och visioner på ett klart och tydligt sätt. Viktigt är även att de skapar arbetsglädje, det vill säga att de ger personalen och medarbetarna möjlighet att påverka och rätten till medbestämmande. Grundidén med arbetsplatsens klimat bör vara så att de anställda får möjligheten att yttra sina åsikter, på så sätt kan man både förebygga och åtgärda vissa konflikter (ibid.).

De stressrelaterade sjukdomarna, som utbrändhet, relateras ofta till ett ökat arbetstempo, ständiga omorganisationer, nya organisationsformer och snabba förändringar vilka skapar osäkerhet och otrygghet hos individen (Ahrens, I, 2003).

3.2 Proaktiv och reaktiv verksamhetsledning

Ett begrepp som används alltmer i organisations- och ledarskapsfrågor är proaktiv och reaktiv. En definition på vad de rent generellt betyder är följande:

- Proaktiv – Innebär att förutse händelser och problem och planera i förväg för att förebygga dem.
- Reaktiv – Innebär att reagera på händelser när de inträffar utan att försöka förutse dem i förväg.

Företagsledning bör vara både proaktiv och reaktiv, av den anledningen att när viktiga händelser inträffar är det nödvändigt att reagera på dem. Det bästa anses dock vara ett proaktivt tänkande, vilket ger en planerad och väl genomtänkt reaktion. Detta betyder att ledningen på så sätt kan förutse marknaden och lägga upp en strategi för hur arbetet eller organisationen ska se ut. Det finns behov av både en kortsiktig och en långsiktig plan (Allen, M, 2001).

När det gäller ledarskapets roll är det viktigt att sätta upp mål och ramar för hur arbetet ska utföras. En bra ledare ska kunna ge sina medarbetare styrka och resurser för att klara av arbetet, så att de av egen kraft kan nå de målen. Dessa mål ska vara entydiga och klara och accepterade av medarbetarna. Ledaren ska uppmuntra och vägleda medarbetarna inte bara för sin egen skull utan främst

för deras skull. Det är nödvändigt att alla är överens för att kunna nå målen samt känner en tillfredsställelse över det utförda arbetet (www.bcpm.dk).

Även om begreppen reaktivt och proaktivt återfinns i litteraturen främst gällande ledarskap, är det begrepp som anses vara möjliga att överföra direkt till en arbetssituation. Dessa principer är relevanta och av stor betydelse vid det dagliga arbetet och är tillämpbara oavsett på vilken nivå i en organisation man befinner sig eller vilken roll man har i verksamheten.

3.3 Sjukvårdsadministrationen i allmänhet

Det beskrivs i en artikel i SKTF-tidningen hur konsultföretaget Komrev granskat på vilket sätt resurser och kompetens används inom hälso- och sjukvården. Fokus har varit läkarnas och sjuksköterskornas arbetssituation och hur fördelningen ser ut mellan den tid som används för patienter och tiden som läggs ner på administration. Föremål för undersökningen är 16 kliniker i Mellansverige där drygt 70 läkare och 800 sjuksköterskor kartlagts.

Resultatet av undersökningen blev att 35 procent av sjuksköterskornas tid ägnas åt patienterna medan 41 procent går till administration, stödprocesser samt telefon. Det går följaktligen åt mer tid till administrativa uppgifter än till yrkesspecifika uppgifter. När det gäller läkarna är fördelningen 35 procent av arbetstiden till patienter och 34 procent till administration. Anki Eriksson, ansvarig för rapporten, konstaterar att: "Om deras administrativa tid sänks med bara tio procent innebär det fyra timmar mer patienttid per vecka."

Enligt Eriksson finns det en betydande effektiviseringspotential inom sjukvårdens administration. Många arbetsuppgifter kan omfördelas och läkarsekreterarna kan göra en större insats. Läkarna ska inte behöva göra dokumentationer, hantera stöduppgifter samt leta vårdplatser.

Svaren till varför det går så mycket tid till administration är många, och problemet är komplext;

- Verksamheten styrs inte samordnat.
- Skärpt lagstiftning – lagarna tolkas på olika sätt.
- Splittrat huvudmannaskap mellan kommun och landsting.
- IT-systemen – det byggs upp flera parallella.
- Ledarskap – varje yrkesgrupp leds av en ledare i sitt yrke. Det byggs inga bryggor emellan.

(Rudberg, A, 2004).

4 Generella arbetsprocesser på vårdcentralen

I detta examensarbete har tre yrkeskategorier på fyra olika arbetsstationer studerats. Nedan beskrivs de arbetsprocesser som förekommer bland dessa yrkeskategorier. Dessa processer är beskrivna, utifrån framtagen empiri under första datainsamlingsfasen, med hjälp av observationer och intervjuer. Detta material har legat till grund för nedanstående avsnitt.

4.1 Distriktssköterskans arbetsprocesser

Teamet har 4,5 distriktsskötersketjänster bemannade vid tiden för den första observationen. Deras schema är upplagt så att de alternerar mellan tidbokningen, mottagningen och hembesök. De jobbar även helger då de gör hembesök till patienter som av olika anledningar vårdas i hemmet, samt har mottagning för åkommor av mer akut karaktär. Detta leder till att de har dagar mitt i veckan då de är lediga, vilket innebär att det är fyra distriktssköterskor i tjänst varje vardag. En distriktssköterska har hand om hembesök och de övriga alternerar mellan mottagningen och tidbokningen.

När distriktssköterskorna har tidbokningen inplanerat på sitt schema bemannar de TeleQ (beskrivs nedan) halva dagen och arbetar sedan den resterande tiden av dagen på mottagningen. Denna struktur finns för att de flesta distriktssköterskor upplever tidbokningen som mycket stressande och orkar därför inte bemanna den under hela arbetsdagen.

Mottagningstiden består av patientbesök som har bokats in genom TeleQ eller direkt via en distriktssköterska eller läkare. Resultat av exempelvis puls- och blodtryckstagningar på patienter med onormala blodtrycksvärden, som tas av distriktssköterskorna, skickas med ett internmeddelande via datorn till den läkare som har ordinerat provtagningen. Övriga ärenden som förekommer, är vaccinering, kontroll av födelsemärken och utslag, injicering av insulin, samt provtagningar, kateterbyte och insättning samt blodtappning.

För att underlätta för de patienter som behöver komma i kontakt med en distriktssköterska, antingen för rådgivning eller för tidbokning, finns ett system med ett formulär som fylls i av patienten själv. Där kan patienten ange sina uppgifter och önskemål och därefter lägga formuläret i en låda som återfinns i väntrummet. Lådan töms cirka två gånger per dag av en distriktssköterska som, i mån av tid, ringer upp de patienter som önskat bli kontaktade. Detta system underlättar för patienten att få kontakt med vårdcentralen eftersom det inte är garanterat att patienten blir återuppringd via TeleQ samma dag som denne ringer.

Det finns även andra kanaler för patienterna för att ta kontakt med vårdcentralen, och i första hand distriktssköterskorna; brev, fax, e-post. Dessa olika kommunikationsvägar åskådliggörs i ett aktivitetsdiagram, vilket utgör bilaga två (Interaktionsdiagram – Patient).

Patienter kan även själv fylla i en gul lapp för receptförnyelse, dessa lappar tar distriktssköterskorna hand om. Vissa recept får distriktssköterskorna själva skriva på, men de övriga lämnas över till läkare. Receptet skickas sedan via e-post till önskat apotek, varefter patienten kan hämta ut medicinen.

Distriktssköterskan har även, liksom läkaren, dokumentationsskyldighet vilket innebär att alla förehavanden med patienter måste dokumenteras. De journalför all patientkontakt och har därefter det yttersta ansvaret att signera dem. Signering innebär att vederbörande går in i patientens journal och signerar med sitt namn för att verifiera att uppgifterna är sanningsenliga.

4.1.1 TeleQ

VC har ett telefonuppringningssystem som heter TeleQ. Varje team har sitt eget telefonnummer, till vilket tillhörande patienter ringer och betjänas av en distriktssköterska. Detta är den väg som är tänkt att vara den kanal in till vårdcentralen vilken personalen främst ser att patienterna använder sig av. TeleQ fungerar på så sätt att patienten ringer upp vårdcentralen och kommer då till en automatisk telefonsvarare där denne får tala in, alternativt knappa in, sitt telefonnummer. Efter detta får patienten ett meddelande om ett ungefärligt klockslag då en distriktssköterska kommer att ringa upp patienten på uppgett telefonnummer.

TeleQ bemannas samtidigt av två distriktssköterskor, som sitter i olika rum; TeleQ1 och TeleQ2, där distriktssköterskan som sitter i TeleQ1 endast tar samtal medan distriktssköterskan i TeleQ2 även tar hand om dropinpatienter. Det är patienter som kommer in till vårdcentralen, med allvarliga problem, utan föregående tidbokning. Det kan exempelvis röra sig om akuta skärsår eller barn som har skadat sig och behöver tas om hand direkt.

På dataskärmen ser distriktssköterskan telefonnummer, inkommande tid för samtalet och beräknad tid för uppringning. Det finns även en kolumn för hur många försök det gjorts. Det bör göras tre försök på en halvtimme för att nå patienten, sedan stryks de ur listan. Distriktssköterskan kan själv bestämma hur många samtal denna ska ta emot, ungefärligt rör det sig om cirka sex samtal i timmen. När samtalsnivån är uppnådd stoppas inkommande samtal, för att det inte ska bli för många samtal i kön. Patienten blir då upplyst om att telefonkön är full och blir ombedd att försöka ringa nästkommande dag. Distriktssköterskorna i TeleQ ger rådgivning, bokar in patienter till läkarbesök respektive besök till distriktssköterska samt tar emot och skriver ut recept samt hjälpmedel. När ett antal patientsamtal är avklarade öppnas kön igen för att ta emot fler inkommande samtal.

4.2 Läkarsekreterarens arbetsprocesser

Läkarsekreterarna har ett stort antal administrativa arbetsuppgifter att ansvara för. De har dock inte dokumentationsskyldighet, vilket betyder att de i

journalerna endast får skriva de diktat som inkommer från läkarna, men däremot inte signera dem.

Läkarsekreterarnas generella arbetsprocesser är följande:

- Skriva i journaler efter diktat.
- Ge telefonupplysning via allmän telefon och egen, till patienter, anhöriga, kliniker med mera.
- Skanna in röntgensvar, slutanteckningar, journalkopior och remissvar i journalen.
- Skriva in provsvar.
- Arbeta i receptionen med mottagande av patienter, redovisning av kassa, ansvara för att fakturaunderlag skapas.
- Att inneha kunskap om landstingets olika taxor enligt öppenvårdshandboken.
- Sköta posthantering i form av öppnande av inkommande post, sortering och iordningställande av utgående post.
- Boka in telefontider till läkare.
- Vara behjälplig vid introduktion av nyanställd personal.

Några läkarsekreterare har dessutom följande arbetsprocesser:

- Arbeta med fackliga ärenden, utgöra samverkansmedlem.
- Beställa paper till förrådet.
- Boka in läkemedelsrepresentanter.
- Ansvara för kopieringsmaskinen.
- Ansvara för iordningställande av enhetens statistik och kassaredovisningar.
- Vara systemansvarig för journalsystemet och telefonsystemet.

Läkarsekreteraren ska även vara behjälplig i alla möjliga och omöjliga frågeställningar från enhetens personal.

En bieffekt av den rådande situationen med läkarbristen är att läkarsekreterarna får mindre arbetsuppgifter eftersom färre läkare innebär färre patientbesök, vilka kan sättas i direkt relation till varandra.

4.2.1 Receptionen

Vårdcentralens reception delas av alla teamen och bemannas av läkarsekreterarna. Varje team har en fast dag i veckan då de två tillhörande läkarsekreterarna arbetar halva dagen var. Under fredagar alterneras receptionsbemanningen mellan de olika teamen.

Arbetsuppgifterna i receptionen är att ta emot inkommande patienter, kontrollera vilken läkare de har en bokad tid hos samt ta betalt för besöket. De telefonsamtal som inkommer till receptionen är sådana som kopplats från jouren på lasarettet eller från något apotek som har frågor. Det finns en återbudstelefon dit patienten kan ringa och lämna återbud till en bokad tid. Den telefonen avger inte någon signal när samtal inkommer, utan personalen måste

med jämna mellanrum lyfta på luren och kontrollera om någon patient ringt och talat in ett återbud. Därefter avmarkeras den bokade tiden i den berörde läkarens schema.

Drop-inpatienter som inkommer med akuta besvär av allvarligare karaktär, skickas vidare till en distriktssköterska. Gäller det vanlig tidbokning ombuds patienten gå hem och ringa vårdcentralen via TeleQ. Tidbokningssystemet skulle inte fungera om patienterna kom in på vårdcentralen för att boka tid, på grund av att det inte finns personalresurser till detta. För att få en bokad tid till vårdcentralen måste en distriktssköterska först göra en bedömning och därefter får patienten en tid. Detta får inte läkarsekreterarna göra, då det är lag på att all patientkontakt skall journalföras, även vid själva bokningen av en tid. Av den anledningen ska inte patienter bokas in via receptionen, eftersom det krävs att en distriktssköterska blandas in i ärendet.

Övriga arbetsuppgifter som läkarsekreterarna har är att ta emot, öppna och sortera intern och extern post, ta hand om inkomna provsvar och distribuera dem till berörd läkare.

Vid arbetspassets slut ska de räkna kassan och eventuellt skicka räkningar till de patienter som ej kommit till utsatt tid.

4.3 Läkarens arbetsprocesser

Teamet har tre läkartjänster varav en, vid första observationstillfället, är vakant. I tjänstgöringen ingår, förutom behandling av patienter på mottagningen, att ta hand om patienter på servicehus. Läkarna har även ansvar för äldrejour en till två nätter i månaden. Denna omfattar hela VC: s upptagningsområde, vilken också delas mellan alla läkare på vårdcentralen. Varje dag har de dessutom schemalagd telefontid, då de ringer upp patienter och bland annat ger rådgivning, svar på provresultat samt gör medicinska uppföljningar.

Övriga uppgifter som finns schemalagda är bland annat att vara med på teamträffar. På dessa träffas hela teamet, under en och en halv timme varannan vecka, för att diskutera hur arbetet ska planeras, organisatoriska frågor och eventuella problem som har uppstått. Det finns även avsatt konsulttid då distriktssköterskorna får rådfråga läkaren om medicinska ärenden.

I anslutning till patientbesöken finns tid för administration kring patientärendet, där läkarna bland annat dikterar vad som uträttats och framkommit under besöket samt eventuellt resultat, för vidare överlämning till läkarsekreterarna. Det finns även schemalagd administrationstid, dels för att kunna slutföra oavslutade ärenden samt för att skriva ut bland annat recept, remisser, labbsvar och signera journaler.

4.4 Samordnarens ansvarsområden

Det finns en samordnare på varje team som har ansvar för ett antal områden. Det har inte gjorts någon observation av denna befattning men eftersom samordnaren har en sådan viktig funktion i varje team, anses det ändå relevant att ta med vilka ansvarsområden och befogenheter denna har.

I Teamets fall är det en distriktssköterska som har en halvtidstjänst som samordnare, med ansvar över cirka sexton personer.

Samordnaren är direkt underställd verksamhetschefen och medverkar i vårdcentralens ledningsgrupp. Ansvarsområden som denna har är bland andra:

- Organisera schemalaggningen för samtlig personal.
- Planera semester
- Inrapportera flexitid.
- Korttidsrekrytera personal, upp till sex månader.
- Bereda för tjänstledighet.
- Upprätthålla en välfungerande kommunikations/informationskanal till, från och inom teamet.

Befogenheter som samordnaren bland annat besitter:

- Fungera som kostnadsställechef.
- Besluta om ledighet upp till fem veckor.
- Utföra budgetarbete.
- Löneförhandla.
- Ge handledning och introducera nyanställda.
- Utföra utvecklingsarbete.
- Bevilja utbildning och konferens.

5 Beskrivning av verksamheten före och efter förändringen

I följande kapitel återfinns den empiri som framtagits under observationer och intervjuer med personalen. Materialet består av data från både första och andra observationsfasen, det vill säga både före och efter att ytterligare en läkare och en distriktssköterska tillsatts. Detta är en relativt otolkad beskrivning av personalkategoriernas arbetsdag.

Det bör poängteras att den nyanställda distriktssköterskan tidigare arbetat på VC och därför inte behövt någon formell installationsperiod. Den nye läkaren har däremot inte tidigare någon kännedom om VC och dess verksamhet och har haft större behov av installationen. Därför har frågeställningarna varit mer inriktade på att utreda hur läkarens ankomst påverkat verksamheten, på ett högre plan än endast antalet utökade tider.

Något som ytterligare bör motiveras, är avsaknaden av empirin av läkarsekreterarna i detta kapitel. Denna yrkeskategori studerades endast i sin roll som receptionist, vilket främst syftade till att ge en bild av hur patienttillströmningen till vårdcentralen såg ut. Som empiri tillför det heller inte något till rapportens budskap.

5.1 Telefonbokningen TeleQ

Före resurstillskottet – onsdag, 2004-02-11

Situationen som rådde denna dag var sådan att ingen ordinarie läkare fanns på plats. En läkare var sjukskriven och den andra arbetade med fackliga ärenden. En vikarierande läkare hade kallats in för att ta hand om alla akutfall. Distriktssköterskan måste vid varje telefonsamtal göra en bedömning huruvida det handlade om ett akutfall eller om det i själva verket kunde vänta till ett senare tillfälle när det fanns planerade tider.

Under de tre timmar som observationen utfördes ringde distriktssköterskan tolv besvarade samtal. I vissa fall gjordes en eller flera uppringningsförsök innan patienten svarade.

Endast ett av dessa samtal gällde ett icke akut fall, och då det inte fanns några planerade tider att ge ombads patienten att återkomma alternativt söka annan vårdgivare, exempelvis privat. Patienten blev upprörd och diskuterade situationen med distriktssköterskan under en kort, men intensiv tid, innan samtalet avslutades.

Fem av samtalen gällde akuta besvär och patienterna fick tid samma dag. En patient fick en akuttid till veckan efter, eftersom distriktssköterskan inte bedömde det vara akut, men relativt brådskande. Denna betonade för patienten att det endast handlade om ett besök på femton minuter. Tre samtal gällde receptutskrivningar och tidbokning hos distriktssköterskor. Det sista samtalet,

innan observationen avslutades, var också av akut karaktär, men eftersom akuttiderna var slut för dagen ombads patienten att ringa jouren som öppnade klockan 16.00.

Då ett behov uppstod av att reda ut ett viktigt ärende, användes en ännu obokad patienttid till att istället utgöra en mötestid för detta ärende.

Distriktssköterskan informerade om att den här förmiddagen hade varit förhållandevis ”bra”, eftersom det funnits en vikarierande läkare som kunnat ta hand om de inkomna akutfallen. Läget för eftermiddagens pass var att akuttiderna var slut, det innebär att det inte fanns några tider att erbjuda de patienter som ringdes upp då.

Efter resurstillskottet – torsdag, 2004-04-22

Det gjordes ingen observation denna gång eftersom det ansågs mer givande att göra en strukturerad intervju med berörd personal. Frågor som ställdes angående TeleQ var hur situationen såg ut efter förändringen, om läget hade förbättrats för personalen i tidbokningen och om det fanns fler tider tillgängliga för patienter. Distriktssköterskan ansåg att situationen blivit märkbart bättre den senaste tiden i TeleQ, men den var ändå inte bra. Det personella tillskottet i form av den nya distriktssköterskan hade inneburit att TeleQ alltid kunnat ha full bemanning och de övriga distriktssköterskorna hade fått lite avlastning.

Det har blivit fler planerade tider att erbjuda patienterna men de täcker inte, på långa vägar, inflödet av patienter. Fortfarande tvingas de använda akuta tider när de inte borde, de används även till återbesök.

Planeringen gick bättre eftersom det, oftast, fanns tre läkare tillgängliga, till skillnad mot arbetssituationen som rådde före förändringen. Vid den perioden rådde en påtaglig osäkerhet inför varje arbetsdag, gällande frågan om de skulle behöva anlita en vikarierande läkare eller ej.

5.2 Distriktssköterskemottagningen

Före resurstillskottet – torsdag, 2004-02-19

Dagen börjar med rapportering för personalen med viktig information för alla, mellan 8.00 och 8.15. Observationen utförs inne på distriktssköterskans mottagningsrum och blandas med informella intervjuer då denna berättar vad som händer, för att skapa förståelse för hur verksamheten fungerar.

Patienterna är inbokade varje halvtimme och före lunch har distriktssköterskan behandlat sex patienter. Det är bland annat två blodtryckspatienter, som regelbundet måste komma till vårdcentralen för att kontrollera blodtrycket. Dessa besök är ofta rekommenderade av en läkare, så efter provtagningen skickar distriktssköterskan över resultaten i form av ett elektroniskt meddelande via datorn till den läkare som beordrat provtagningen. Detta för att

läkaren ska kunna hålla uppsikt över patienten och eventuellt ordinera medicinförändring.

Övriga ärenden som bland andra behandlas är vaccinering, kontroll av födelsemärken och utslag. Efter varje undersökning plockar distriktssköterskan undan i undersökningsrummet samt dokumenterar besöket i journalen. Ibland behövs ett återbesök bokas in direkt med patienten, antingen till en distriktssköterska eller till en läkare.

En patient som inkommer till mottagningen, för att få ett utlåtande angående ett födelsemärke, får detta märke borttaget av distriktssköterskan, något som vanligen utförs av läkare.

Emellanåt kommer kolleger in och frågar om diverse saker samt rapporterar till varandra statusen för patienter som vårdas i hemmet. Distriktssköterskorna konsulterar även läkaren vid behov.

Efter resurstillskottet – torsdag, 2004-04-22

Synpunkter på hur verksamheten fungerade vid detta tillfälle framkom under intervjun med distriktssköterskan. Frågeställningar var bland annat hur personalen upplevde den nya arbetssituationen, om det inneburit något merarbete och om stressnivån ändrats. Generellt sett upplevde distriktssköterskorna att situationen blivit bättre efter att läkaren tillsatts; stressnivån var lägre, men det var dock inte så bra som de förväntat sig. En stor del av förbättringen låg i att även den vakanta distriktsskötersketjänsten blivit tillsatt. Tack vare detta har samordnaren fått mer tid över till att sköta den administration som hör till denna befattning.

Förändringen hade inneburit att distriktssköterskorna, liksom all personal, fått ett visst merarbete i början med att introducera den nye läkaren. De hade bland annat fått hjälpa till med bedömningar samt lära ut hur viss apparatur på vårdcentralen fungerar, eftersom läkaren inte har en distriktsläkarutbildning och därmed har mindre erfarenhet än de övriga läkarna.

5.3 Läkarmottagningen

Före resurstillskottet – tisdag, 2004-02-17

Den allmänt rådande situationen för dagen var att det förelåg personalbrist på teamet eftersom två distriktssköterskor var på utbildning. Det hade kallats in den extra personal som gick att få tag på; en pensionerad distriktssköterska som fick ta hand om telefonbokningen. En effekt av detta var att läkaren inte hunnit bli informerad om den observation som skulle utföras under dagen.

Observationen skedde utanför läkarens kontor när denna hade patienter och inne på kontoret under de administrativa sysslorna, detta var med hänsyn till patienternas integritet.

På morgonen mellan klockan åtta och nio var telefontiden schemalagd. Läkaren har som regel tre telefontider på vardera femton minuter för att ringa patienter. Den här morgonen hade denna dock två extra telefonsamtal att ringa. Andra arbetsuppgifter som var tvungna att tas omhand var att skriva ut recept, signera journaler samt skicka e-post till kollegor angående fackliga ärenden, saker som heller inte fanns tid disponerat till enligt schemat. Detta innebar att telefontiden fick utsträckas ytterligare femton minuter för att hinna med alla samtal.

Patientbesöken under dagen gick planenligt utan alltför stora tidsförskjutningar. De bestod av ett pass på förmiddagen med fyra patienter och ytterligare ett kort pass på eftermiddagen med tid för tre patienter. Däremellan dök olika ärenden upp varav några inte fanns med på agendan från början. Ett rörde sig om ett provresultat som anlänt från röntgenavdelningen på lasarettet, gällande en patient som tillhör vårdcentralen. Läkaren var inte bekant med ärendet och måste därför kontrollera vad som föranleder resultatet samt ringa upp patienten för att lämna beskedet vilket tar relativt lång tid i anspråk i förhållande till att det är en aktivitet som inte fanns med i tidsplaneringen.

Mellan två patientbesök tillbringades femton minuter i journalarkivet för att söka och ta fram information. På grund av patientintegriteten kunde ej denna aktivitet studeras närmare.

Efter eftermiddagens patientbesök följde ett drygt timslångt pass med administration. Det innebar några ytterligare telefonsamtal samt ett flertal recept som skulle skrivas. Avslutningsvis bekräftade läkaren att det är mycket administration. Denna hade endast hunnit med sju patienter denna dag men hade trots allt arbetat kontinuerligt under hela dagen. Det dök ständigt upp ärenden som inte var planerade och som tog tid från det ordinarie tidsschemat.

Efter resurstillskottet – tisdag, 2004-04-20

Det andra observationstillfället av läkaren pågick endast under en förmiddag, därefter gjordes en intervju.

Innan vårdcentralen öppnades för patienterna, inleddes dagen med en kort morgonstretch. Just denna gång kunde läkaren delta i aktiviteten. Sedan tog en timme av telefontid vid, med endast två telefontider inbokade. Resten av tiden disponerades till diktat, receptutskrivning och brevskrivning. Vid ett tillfälle kom en distriktssköterska in och bad om assistens vid ett hembesök hos en patient som var rullstolsburen och inte själv kunde ta sig till vårdcentralen. Detta hembesök planerades in till klockan ett. Fyra patienter fick behandling under förmiddagen. Samtliga var troligen planerade besök, då de tog relativt mycket tid i anspråk.

På grund av den oförutsedda förändringen i schemat, togs beslutet att observationen skulle avbrytas vid lunch. För att komplettera för eftermiddagens bortfall av datainsamling gjordes en strukturerad intervju där läkaren bland

annat fick framföra sina åsikter om hur arbetssituationen var efter förändringen, samt om det blev som förväntat.

Läkaren ansåg att det hade blivit bättre efter att den nye läkaren tillsatts, det hade blivit mer luft i schemat, men det varierade dock mellan dagarna. Stressnivån var lägre men vissa dagar var fortfarande stressiga. Läkaren kungjorde att denna bett om lättare tjänstgöring på grund av den stora arbetsbördan, vilket också var en bidragande orsak till att stressnivån var lägre.

Ett visst merarbete hade förändringen inneburit, eftersom den nye läkaren behövde handledning och stöd. Det var avsatt en timme i veckan till konsultation, men de ordinarie läkarna måste alltid vara tillgänglig för att besvara eventuella frågor. Administrationen efter de vikarierande läkarna var nu borta, vilket också underlättade.

Enligt läkaren blev det ungefär som förväntat; att det skulle bli lite bättre och inte lika stressigt. Denna dag hade läkaren till och med möjlighet att delta på morgonstretchingen samt friskvården, bestående av en promenad, som vårdcentralen erbjuder sin personal.

6 Analys

Under analysfasen har fokus legat på de fyra aspekter som legat i förgrunden under detta arbete; disposition av bokningsbara tider, fördelningen vad gäller administrationsarbetet, om det finns tecken på att personalen ligger i riskzonen för att drabbas av utbrändhet, samt huruvida arbetet utförts proaktivt eller reaktivt. Utifrån denna fokus har jämförelser gjorts, i den mån det går, mellan tiden före och efter förändringen i verksamheten.

6.1 Analys – Disposition av bokningsbara tider

Analysfasen inleddes med att statistik från vårdcentralen granskades för att få fram antal patienter som ringt och kommit fram till TeleQ, vilka sedan sattes i förhållande till hur många som fick en tid hos en läkare. Det ska framhållas att detta endast är statistik och ger därför inte en rättvisande bild av hur det verkligen varit eftersom siffror kan ge fel budskap. Dock ger de en finger-visning över hur tillströmningen av patienter sett ut under de aktuella månaderna för utförandet av detta arbete.

Det gjordes en grundlig granskning av mallen som ligger till grund för schemaläggningen. Enligt denna mall skulle den aktuella dagen bestå av tre till fyra akuttider och fem planerade tider. Grundtanken är att det ska finnas en jämn balans mellan de båda tidskategorierna. Vid en jämförelse mellan denna mall och det schema som blev det verkliga utfallet den dagen, visade det sig att sex akuttider och endast en planerad tid bokats in. Till detta ska tilläggas att de akuta tiderna inte bokats in samma dag, utan de var inbokade redan tidigare.

Förhoppningar fanns att det skulle bli en förändring till det bättre när den nye läkaren kommit på plats, speciellt gällande antalet patienttider. Många aspekter spelade in, bland annat att den nye läkaren inte var en distriktsläkare och därför inte hade den specialistkompetens som är viktig på en vårdcentral. Detta innebär att denne skulle komma att behöva handledning och stöd från de övriga läkarna likväl som av distriktsköterskorna. Den nye läkaren behövde även generellt sett disponera mer tid för patienten; för en planerad tid där det vanliga spannet ligger på 30 minuter, skulle denne använda sig av 45 minuter per patient. Liksom det skulle avsättas 30 minuter för varje akut tid som bokas in på läkarens schema, något som i vanliga fall tar 15 minuter i anspråk.

Vid analysen granskades läkarens schema och det framkom då, att vid de tillfällen som de planerade tiderna gjordes om till akuta tider, verkade det inte bli fler tider totalt sett. Varje planerad tid är tänkt att omfatta 30 eller 45 minuter och borde därför generera två till tre akuttider när de omvandlas, men så är inte fallet enligt dessa analysresultat.

Ett utmärkande fall under första observationstillfället var den första patienten för dagen, som troligen hade en längre tid inplanerad hos läkaren men undersökningen upptog endast sex minuter av den avsatta tiden. Resterande tid ägnades sedan av läkaren till att leta efter ett provsvar som inkommit från röntgenavdelningen angående ett tidigare patientbesök. Provsvaret hade lagts

på läkarens bord, och därefter blev det denna läkares uppgift att reda upp detta ärende. En fråga som uppstår i och med detta är hur patienten kunde bokas in för en så lång tid när undersökningen endast tog en bråkdel av tiden. Det finns en förståelse för att det kan vara svårt att bedöma tidsåtgången för varje enskild åkomma, men med den brist på patienttider som råder, upplevs det som en viss feldisponering av läkarens arbetstid. Å andra sidan kan det vara patienten som hävdar att åkomsten upplevdes som allvarligare än den egentligen var och på så sätt fått mer tid i anspråk. Vad man kan reflektera över, oavsett anledning till missberäkningen av tiden, är att tiden som blev över från den inplanerade patienttiden ägnades åt ett helt annat ärende som inte alls var inplanerat.

När det gäller tidbokningen under februari månad fanns inte uppgifter för alla dagar. På grund av det stressiga läget som då rådde under en period hann inte personalen fylla i de uppgifter som behövs för att få ett fullständigt resultat för hela månaden. Genomsnittliga telefonpåringningar per dag, för de dagar som finns registrerade, är 44 samtal per dag. Totalt var det cirka 240 patienter som fick behandling hos läkare på Team1, med de vikarierande läkarnas patienter inräknat. Fördelningen var att de två ordinarie läkarna tillsammans behandlade 108 patienter, medan två vikarierande läkare sammanlagt behandlade 133 patienter. Det bör även förtydligas att en ordinarie läkare varit sjukskriven under en period vilket drar ner resultatet.

Under det andra observationstillfället fanns fler planerade tider inbokade än vid den tidigare observationen. Dessa var inlagda under förmiddagen. Anmärkningsvärt är dock att det däremot, enligt mallen för schemat, även skulle finnas plats för akuta tider under denna förmiddag. En trolig orsak till detta antas vara att läkaren själv bett att få ett mindre påfrestande schema med färre patienter. Detta blir också resultatet vid planerade tider, då det på de planerade tiderna i genomsnitt går dubbelt så många akuta tider.

Situationen i TeleQ var även den märkbart bättre vilket också gav en chans till andrum. Det fanns visserligen mer planerade tider att ge men det var ändå inte bra. De akuta tiderna användes fortfarande till planerade tider och även till återbesök, vilket inte var helt tillfredställande.

Under mars registrerades 1 046 samtal, detta ger ett snitt på 45 samtal per dag. Av dessa 1 046 samtal var det 316 patienter som fick behandling. Det rör sig om cirka 33 procent av mottagna samtal som fick komma vidare till läkare. Det ska dock tilläggas att den nye läkaren hade många noteringar gjorda på patientbehandlingar, vilket visserligen kan innebära att denne behandlat många patienter, men kan likväl bero på en ovana med hur inrapporteringen ska gå till för att den ska kunna generera en rättvisande statistik. Går man in i patientjournalen utan ett ange att det handlar om kompletterande uppgifter, registreras det som ett nytt patientärende. Under mars månad anlätades inga vikarierande läkare, utan resultatet gäller vårdcentralens tre ordinarie läkare. De två läkare som arbetat sedan tidigare hade sammanlagt behandlat 177 patienter och den nye läkaren tog emot 139 stycken.

Under april inträffade några händelser som gjorde att alla dagar inte registrerades. En dag var det ett planerat datastopp på grund av att all data

skulle föras över till en ny server. I samband med detta infördes ett nytt webbaserat TeleQ, vilket ytterligare gjorde att samtalsstatistiken inte registrerades. Därtill inföll påskledigheten under april, vilket innebar att vårdcentralen var stängd några extra dagar. Snittet för de dagar som dock finns registrerade är 43 samtal per dag. Antal patientbesök uppgick till 315, men fortfarande är det en viss osäkerhet över tillförlitligheten. Siffrorna är nästan identiska med siffrorna från mars, med 137 patienter för den nye läkaren och 178 för de övriga två.

Nedan visas en matris över de nyss angivna uppgifterna för att lättare kunna göra jämförelser mellan perioderna. Januari har tagits med som motvikt till de övriga resultaten men där finns inga noteringar från TeleQ gjorda.

	Januari	Februari	Mars	April
TeleQ (samtal/dag)	ingen not	44	45	43
Antal mottagna pat. tot. på teamet	212	240	316	315
Antal mottagna pat. för ord. läkarna/nye	212	108	177/139	178/137
Antal mottagna pat. för vik. läkarna	–	133	–	–

Fig. 1 – Antalet uppringda patienter samt antal läkarbesök på teamet.

6.2 Analys – Fördelning gällande administration

Denna analys syftade bland annat till att studera arbetsfördelningen och ansvarsförhållanden mellan personalgrupperna. Detta har utförts enligt tidigare beskriven FA/SIM-metod. Avsikten var att belysa förhållandet mellan den tid som ägnas åt patienter jämfört med tiden som administrationen kräver.

Under observationen noterades hur femton minuter av läkarens tid ägnades åt att ta fram journaler i det speciella arkiv som vårdcentralen förfogar över. Tiden är inte befogad eftersom det istället hade kunnat tjäna som ytterligare en akut patienttid. Att ta fram journaler är en arbetsuppgift som likväl skulle kunna skötas av andra personalkategorier, främst läkarsekreterarna, för att på så sätt nyttja läkarens kunskap på ett mer optimalt sätt.

En annan frågeställning rörde eventuella utökade ansvarsförhållanden och befogenheter för läkarsekreterarna för att effektivisera verksamheten på vårdcentralen. Det gjordes ingen egentlig observation av läkarsekreterarna i deras huvudsakliga arbetsmiljö, utan endast vid deras funktion i receptionen. Arbetsuppgifterna de innehar togs fram dels genom en informell intervju och genom frågor via e-post. Den allmänna uppfattningen bland läkarsekreterarna var att de över lag var positiva till att åta sig mer kvalificerade och ansvarskrävande uppgifter. Arbetsuppgifter som är möjliga att överlåta till läkarsekreterarna är alla administrativa uppgifter som inte kräver medicinskt ställningstagande, vilka i nuläget sköts av läkarna.

På grund av den läkarbrist som rådde vid denna tidpunkt, hände det vid ett flertal tillfällen att distriktssköterskorna fick ta hand om ärenden som egentligen ligger under läkarens ansvarsområde. Till exempel distrikts-

sköterskan som gjorde ett ingrepp på en patient, något som oftast utförs av läkare.

Denna läkarbrist medförde även att vikarierande läkare anlätades vid ett flertal tillfällen. En påföljd för de ordinarie läkarna efter att vikarierande läkare varit i tjänst är att administrationen ökar. Detta eftersom när de vikarierande läkarna drar igång en utredning av patienten, finns de sedan inte där för att slutföra utredningen utan den hamnar på den ordinarie läkarens bord.

För att summera det första observationstillfället av läkarens arbetsdag i siffror, framkom det att endast 25 procent av arbetstiden ägnades åt patienter. Den administrativa tiden uppgick till 52 procent och tid i telefon 17 procent.

Det gjordes även en summering av distriktssköterskans arbetstid vad gällde tidsåtgång för patienter jämfört med administration. Det framkom att distriktssköterskan ägnade 42 procent av tiden till patienter och 43 procent till administrativa uppgifter. I patienttiden ingår undanplockning på undersökningsrummet och förberedelse inför nästa patient. Återstående 15 procent användes till telefontid och konsultation med kolleger.

Efter installationen av den nye läkaren har fler bedömningar från distriktssköterskornas sida varit nödvändiga, för att hjälpa läkaren in i verksamheten. Det hände också ganska ofta att de fick visa hur viss sjukvårdsapparat fungerade samt ge annan praktisk information. Det faktum att distriktssköterskorna många gånger fått lov att ta hand om ärenden som ligger utanför deras ansvarsområde kvarstår även efter förändringen, men däremot inte i samma utsträckning som tidigare.

Vid summeringen av läkaren vid det andra observationstillfället blev resultatet att patienterna ägnades 55 procent av tiden, administrationen upptog 34 procent samt telefontiden bestående av 12 procent. Dessa siffror är inte helt sanningsenliga, då läkaren helt oplanerat fick göra ett hembesök till en patient som vårdades i hemmet och därför inte hade möjlighet att ta sig till vårdcentralen. På grund av denna radikala förändring av schemat togs beslutet att avbryta observationen för dagen. Hade dagen fortlöpt som planerat hade resultatet blivit annorlunda, med totalt sett mer administrativ tid och mindre patienttid.

För att mer åskådligt se hur läkaren och distriktssköterskorna disponerar sin tid visas nedan en uppställning över resultatet. Distriktssköterskans siffror finns med i matrisen för att påvisa skillnaderna mellan den administrativa fördelningen för läkare och distriktssköterskor. Det går inte att göra en jämförelse mellan de båda observationstillfällena eftersom distriktssköterskorna endast observerades vid första tillfället.

Siffror i % från första observationstillfället:	
Läkaren:	25 % patienttid
	52 % administrationstid
	17 % telefontid
	6 % övrigt
Distriktssköterskan:	42 % patienttid
	43 % administrationstid
	15 % telefon och konsultationstid
Siffror i % från andra observationstillfället:	
Läkaren:	54 % patienttid
	34 % administrationstid
	12 % telefontid

Fig. 2 – Analysresultat från observationerna

6.3 Analys – Risker för utbrändhet

Utbrändhet handlar övergripande om ihållande stress. Det är främst en arbetsmiljöfråga, finns obalans måste det mötas uppifrån. Skulle det finnas obalans i verksamheten måste den mötas med förbättringar i organisationen.

Denna analys syftade till att studera arbetssituationen vad gäller den fysiska arbetsmiljön och arbetsbelastningen, enligt de punkter som återfinns under metodkapitlet om arbetssituationsanalys. Detta redogörs nedan i löpande text.

Vid det första observationstillfället var den rådande situationen pressad och distriktssköterskorna var stressade. Två distriktssköterskor var på utbildning och extra personal hade inkallats i form av en pensionerad distriktssköterska. Orsaker till den stressade situationen låg bland annat i det faktum att både en läkartjänst samt en distriktsskötersketjänst var vakanta. Det innebar att distriktssköterskorna dels hade det pressat personellt sett, liksom läkarna. Men för distriktssköterskorna innebar den vakanta läkartjänsten ytterligare en bieffekt. Eftersom det är distriktssköterskorna som först, via telefonbokningen, möter patienterna skapas ytterligare en stressig och påfrestande situation för dem, då de inte har läkartider att erbjuda de patienter som ringer till vårdcentralen. Det förekom dessutom ett antal gånger att det inte fanns tillräckligt med personella resurser för att kunna ha TeleQ fullt bemannad, utan endast en distriktssköterska hade möjlighet att ta emot de inkommande patientsamtalen.

Innan förändringen togs åtgärder för att täcka upp den vakanta läkartjänsten, samt för den läkare som under denna tid också var sjukskriven en period, genom att anlita en vikarierande läkare vid ett flertal tillfällen. Detta fick både negativa och positiva effekter.

De negativa effekterna återspeglades på läkarna, då de vikarierande läkarna lämnade efter sig den administration som uppstod vid patientkontakterna. Denna administration måste de ordinarie läkarna arbeta undan på tid som inte fanns schemalagd. Detta kunde leda till två saker; antingen att andra åtagande och ärenden måste prioriteras om till annat tillfälle, alternativt att läkaren blev tvungen att arbeta efter arbetstid för att ta hand om dessa ärenden. Oavsett vilken effekten blev, så var de båda bidragande faktorer när man talar om utbrändhet, av den anledningen att det är ytterligare ett stressmoment i läkarens arbetssituation. Vetskapen om att hela tiden ligga efter i arbetsschemat trots att de arbetar kontinuerligt för att hinna ikapp.

De positiva effekterna som rådde före förändringen vid anlitan av vikarierande läkare var att det fanns fler akuta läkartider att erbjuda patienter, detta gav likväl en positiv effekt för de distriktssköterskor som bemannade TeleQ, då de inte behövde neka lika många patienter vårdmöjlighet. En vikarierande läkare hann ofta med i snitt mellan tio och sexton patienter per dag, på grund av att denne inte hade andra åtaganden som upptog tiden. Vid dessa tillfällen lättade därför distriktssköterskornas påfrestande börda vid telefonbokningen och stressen blev mindre och hanterbar.

Vid ett flertal tillfällen, både före och efter förändringen noterades hur rasterna inte användes av läkaren till det arbetsuppehåll som de är tänkta att vara, utan nyttjades även till att ta hand om diverse ärenden av administrativ karaktär. Detta agerande var för att få möjlighet till att jobba undan så mycket som möjligt, och på så sätt inte behöva arbeta över på kvällen.

Vid det andra datainsamlingstillfället rörande distriktssköterskorna utfördes ingen observation utan istället gjordes en intervju för att bättre få en bild av verksamheten efter förändringen. Atmosfären var märkbart förändrad vilket styrktes av intervjun. En övervägande orsak till detta uppgavs vara att även den vakanta distriktsskötersketjänsten tillsatts, något som inte väntats förrän längre fram. Tillsammans med den nye läkaren var det ett betydande resurstillskott. Alla verkade ha fått en liten chans till återhämtning då många småsaker lösts och stressen var påtagligt mindre.

Distriktssköterskorna på Teamet har lång erfarenhet av sjukvården, och besitter därför hög kunskap. Denna kunskap bidrar till att distriktssköterskorna får ta ett större ansvar när det gäller patienter och vissa medicinska bedömningar, vilket innebär att de ofta tar beslut utanför deras ansvarsområden. Detta är å ena sidan positivt för vårdcentralen och dess verksamhet, då de till viss del har möjlighet att avlasta läkarnas patientflöde, men det innebär å andra sidan även en ökad tjaning av befogenheter och ansvar, som skulle vara allvarligt om något blir fel.

Åsikter framkom att det på senare tid blivit utökade arbetsuppgifter för distriktssköterskorna, med mer uppdrag och mer bedömningar som tidigare gjorts av läkare. Det råder dock en oro över de ökade kraven på dem, som kan sättas i relation till deras ansvarsområde samt riskerna det medför. De har i många fall kunskapen som behövs för att utföra läkaruppdrag, men får inte

någon extra kompensation för det. Oron kompletteras med farhågor om att kraven ”uppifrån” höjs ytterligare allteftersom de åtar sig svårare uppgifter, men inte lönen i förhållande till detta. Deras kunskap kan utnyttjas för att kompensera bristen på läkare likväl som den kan ses som en besparingsåtgärd.

Merarbetet som uppstått för de övriga läkarna, i och med tillsättningen av den nye läkaren, kan viktas mot de administrativa arbetsmomenten som genererades av de vikarierande läkarna och som nu försvunnit. Detta innebär att arbetsklimatet på det stora hela har förbättrats och arbetsbelastningen har minskat. Det måste dock tas i beaktande att situationen vid detta tillfälle inte helt kan ge en rättvisande bild vid jämförelsen med det första observations-tillfället.

För läkarnas del så innebär inte deras aktiviteter att de går utanför sina ansvarsområden, eftersom de har det övergripande ansvaret. Däremot så kan det finnas en möjlighet att visst arbete inom deras ansvarsområden kan omdisponeras för att, rent praktiskt, genomföras av annan personal. Det yttersta ansvaret ligger fortfarande på läkarna, men de avlastas från själva arbetet och tiden det tar i anspråk.

6.4 Analys – Proaktivt/reaktivt arbetssätt

I detta examensarbete har tonvikten lagts på hur planeringen går till i det dagliga arbetet på Teamet, men det har även tagits hänsyn till hur den övergripande organisationen påverkar verksamheten.

Mallen för schemat som lagts upp är proaktiv på så sätt att den disponerar en, mer eller mindre, lika stor del planerade och akuta tider. Det verkliga schemat blir dock mer reaktivt då distriktssköterskorna tvingas strukturera om schemat alltefter patientbehovet. Det är detta patientbehov som ständigt tvingar distriktssköterskorna att generera fler akuttider. Det betyder att konsulttid, mötestid och viss administrativ tid stryks från schemat för att stället bli patienttid.

Ett orosmoment som noterades vid det första observationstillfället, vilket skapade ännu mer stress för personalen var den planerade nedläggningen av jouren på lasarettet, som skulle äga rum från mars månad. Så sent som drygt en vecka innan detta skede, var personalen ovetande om hur detta skulle skötas och vad som skulle komma att hända efteråt. Informationen från ledningen var minst sagt bristfällig, inga mål och inga ramar hade satts upp i förväg inför denna stora förändring. Detta är något som tyder på ett reaktivt arbetssätt från ledningens sida, vilket ledde till att personalen själva heller inte kunde planera proaktivt inför den kommande omorganiseringen. Enligt teorin innebär proaktivt beteende att kommande problem förutses i god tid och tar hand om förebyggande frågor och oklarheter, för att på så sätt minska stressen hos den personal där förändringen blivit verklighet.

Den distriktssköterska som även tjänstgör som samordnare, blev många gånger tvungen att utgöra en extra resurs vilket i sin tur innebar att dennas uppgifter

som samordnare blev lidande. Att ta hand om patienterna ansågs vara tvunget att prioriteras, och av den anledningen blev arbetet utfört på ett reaktivt sätt. När samordnaren lämnade sina arbetsuppgifter för att hjälpa till på mottagningen blev en bieffekt av detta en förskjutning i planeringsarbetet. Detta ledde till att de administrativa uppgifterna många gånger utfördes efter arbetstid, för att kunna komma i fas igen.

Under den observation som gjordes av TeleQ innan förändringen skedde uppmärksammades hur personalen tvingades utföra arbetet alltmer reaktivt under dagen, allteftersom tiderna tog slut. Distriktssköterskan tvingades göra avvägningar för att prioritera om arbetsuppgifterna.

Ytterligare ett reaktivt förhållningssätt intogs, under det första observations-tillfället, då det saknades läkare. När detta inträffade krävdes det att vikarierande läkare kallades in tillfälligt. Under riktigt kritiska dagar då det inte fanns någon läkarbemanning hände det att distriktssköterskorna tvingades ringa till patienter och avboka deras tid.

I och med att läkarens arbetsschema analyserades, noterades en mindre ändring. En halvtimme som enligt det ursprungliga schemat skulle ägnas åt konsulttid, det vill säga tid där övrig personal har möjlighet att rådfråga läkaren om medicinska ärenden, gjordes om till att istället innehålla ytterligare en patienttid. Situationen är reaktiv till sin karaktär men i detta fall gynnade det patienterna.

Tillsättningen av den nye läkaren har inneburit ett visst merarbete för den övriga personalen i teamet. Bland annat finns en timme i veckan avsatt för läkarkonsultation och handledning som syftar till att underlätta för den nye läkaren. Konsultationen kan även användas som utbildningstid då den nye läkaren informeras om olika behandlingsmetoder och övriga medicinska frågor. Detta är en del av en proaktiv planering, bland annat för att underlätta installationen av den nye läkaren men också för att styrka kunskapsnivån på Teamet och vidare hela vårdcentralen.

Dock är mycket av den verksamhet som bedrivs inom sjukvården av mer reaktiv karaktär som behöver omedelbar respons. Därför måste både läkarna och distriktssköterskorna finnas tillgängliga under hela arbetsdagen för brådskande frågor. Det kan vara i form av svårbedömda fall där en mindre erfaren läkare behöver kalla in ytterligare läkare för att få hjälp med diagnosen.

Ett proaktivt ställningstagande från ledningens sida är att vårdcentralen bedriver friskvård som består av fem till tio minuters stretching varje morgon innan öppningsdags. Det är även avsatt en halvtimme två gånger i veckan som ägnas åt olika fysiska aktiviteter. Vid denna andra observationsomgång kunde läkaren medverka vid båda dessa friskvårdstillfällen, något som enligt denna, inte varit tidsmässigt möjligt på många månader.

7 Slutsatser och diskussion

I detta kapitel belyses de slutsatser som framkommit i och med verksamhetsanalysen i kapitel sex. Slutsatserna grundas på de fyra aspekter som varit genomgående för hela rapporten; bokningsbara läkartider, administrationen, utbrändhet samt proaktivt/reaktivt arbete.

I det efterföljande diskussionskapitlet förs vidare tankar och diskussion angående några infallsvinklar som legat i bakgrunden under arbetet och som har en viss relation med de aktuella problemställningarna. Dessa är besparingsåtgärder inom landstinget samt personalens syn på vården inför framtiden. Anledningen till att dessa två ämnen tagits med som diskussionsunderlag är att de är aktuella problem inom vården som leder till stress och oro inför framtiden för personal inom landstinget.

7.1 Slutsatser

Den allmänna uppfattningen på Teamet var att installationen av den nye läkaren genomförts utan större problem. De förhoppningar om förbättringar som fanns innan, angående resurstillskottet den nye läkaren innebar, hade inte helt, men delvis, uppfyllts. En aspekt som spelar in i det är att läkaren inte är utbildad distriktsläkare, och på så sätt inte innehar den specialistkompetens som många gånger är behövlig på en vårdcentral. Vad gäller den nya distriktsköterskan, var reaktionerna positiva, då denna inte väntades förrän tidigast till sommaren. Båda dessa resurstillskott har dock varit betydande för en förbättrad arbetsmiljö.

Under den första tiden behövdes mer stöd och konsultation avsättas för att den nye läkaren skulle kunna komma in i rutinerna på mottagningen. Konsultationen uppskattas av personalen på vårdcentralen och är nödvändig för att stärka läkaren i sin yrkesroll. En ytterligare aspekt angående konsultationen är att den bidrar till att arbetet bedrivs proaktivt. Vilket är av betydande vikt när det kommer till verksamheter där vardagen, av sin natur, är stressfylld.

7.1.1 Disposition av bokningsbara tider

Vid några tillfällen under observationerna noterades att tiden som avsatts till patienten inte alltid stämde med vad som i verkligheten användes. Det är förståeligt att det inte alltid går att förutse hur lång tid som behövs för varje enskilt patientbesök, men en intressant fråga är hur dessa uppmärksammade fall bedömts vid inbokningen. Standardmodulerna som används vid tidbokningen är heller inte optimala eftersom patientbesök endast kan bokas in i femtonminutersintervaller. Om denna modul skulle ha möjlighet till en mer flexibel inbokning, bör det under en dag skapas möjlighet till att få tid till någon eller några fler patienttider.

Det framkom under analysfasen att vissa tider i schemat strukturerats om från att först vara planerade tider till att i slutänden bli akuta tider. En tid som

ursprungligen varit 45 minuter borde alltså göras om till tre akuttider på femton minuter vardera, men vid en närmare analys av detta framkom att fallet inte blivit så. Tiderna blev helt enkelt inte fler, som möjligen var tänkt vid själva omvandlingen, utan andra åtaganden tillkom då istället.

När det gäller övrig omvandling av schemalagd tid kan det förekomma att en patienttid kan göras om till mötestid eller konsulttid om behov finns, likväl som en konsulttid kan omvandlas till en patienttid. Detta påvisar en flexibilitet hos personalen, vilket är positivt, så länge som det inte nyttjas på ett felaktigt sätt, för ofta. Framst bör det gynna avsaknaden av patienttider, speciellt då det redan finns relativt mycket mötes- och administrativ tid som man i så fall kan använda sig av vid behov av diskussion.

Resultaten från statistiken visar att antalet tider hos läkare ökat vilket också var väntat men på grund av osäkerheten på om inrapporteringen skett på rätt sätt går det inte att dra några säkra slutsatser av hur stor ökningen varit.

7.1.2 Fördelning gällande administrationen

Administrationen är även den ett problem som borde ses över. Det kan inte anses tillfredställande att administrationen av patienterna ska ta mer tid i anspråk än själva undersökningen och behandlingen. De siffror som framkom vid analysen påvisade till en viss del olika resultat beroende på den rådande situationen för dagen, och de kan heller inte anses vara helt rättvisande eftersom observationen pågick under så kort tid. Dock, vid en jämförelse mellan undersökningen som Komrev gjort och den undersökning som utförts i denna rapport, pekar siffrorna trots allt åt samma håll.

Vid den underbemanning som rådde vid den första observationen uppstod det obalans i förhållandet mellan läkarnas arbetssituation och situationen för läkarsekreterarna. Detta bidrog till att sekreterarna hade mindre arbetsuppgifter eftersom de ibland inte hade någon läkare att jobba för. Vid förfrågan om hur situationen såg ut efter förändringen var responsen från läkarsekreterarna att de fått mer arbetsuppgifter. Det intressanta är att detta upplevs som något positivt.

Mycket av den tid som läkaren disponerar över skulle kunna omstruktureras. Att ta fram journaler från arkivet är ett exempel på uppgift som läkarsekreterarna skulle kunna sköta. Enligt Komrevs rapport, som det hänvisas till i teorikapitlet, finns det en stor effektiviseringspotential i just läkarsekreterarna. Om de fick ta över uppgifter från läkarna som inte är av medicinsk karaktär skulle det generera fler tider för patienterna. Enligt de undersökningar som utförts i detta arbete, har det framkommit att läkarsekreterarna på VC är mycket positiva till den förändring det skulle innebära att få utökade ansvarsområden. De har en gedigen utbildning som borde nyttjas bättre än den i nuläget gör.

Ett exempel kopplat mot den verksamhet som detta arbete utförts inom, som är i lag med den studie som återfinns i Komrev, om administrationstiden för läkarna sänkts med tio procent skulle resultatet bli följande:

- Fyra timmar mer patienttid per vecka
- Tre läkare blir tolv timmar i veckan.
- Tio planerade tider
- Tjugo akuta tider.
- Trettio tider i veckan
- Cirka trettio procent fler patienter.

Det bör finnas en möjlighet att omfördela administrationsuppgifterna bland befintlig personal, i första hand läkarsekreterarna, vilka kan utgöra en stor effektiviseringspotential.

7.1.3 Risker för utbrändhet

Det merarbete som förändringen har inneburit för all personal på vårdcentralen måste ändå sättas i relation till hur läget var när vikarierande läkare anlätades. De dagar då en vikarierande läkare varit i tjänst genererades det mer uppgifter för den ordinarie läkaren, eftersom den vikarierande läkaren eventuellt startat en utredning eller tagit prover som sedan skulle tas om hand. Det blev då den ordinarie läkaren som fick färdigställa detta. Dessa uppgifter fanns inte schemalagda, och det fanns heller inte någon egentlig tid avsatt för dem. Detta innebär en minskad stressfaktor för läkarna. Det kan även anses att kvaliteten på det utförda arbetet blir högre när läkare arbetar på en plats under en längre tid.

Distriktssköterskorna har den mindre angenäma uppgiften att agera ”portvakt” till vårdcentralen. Det är i telefonbokningen gallringen sker över vilka patienter som har tillräckligt akuta besvär för att vara prioriterade att få komma till en läkare. När tiderna är slut för dagen upplevs det inte längre meningsfullt att ta emot fler samtal, då det endast finns ett svar med olika alternativ att ge patienterna; att ge rådet att försöka ringa jouren, ringa igen nästa dag eller att söka privatläkare. Dessa svar är inte accepterade av alla patienter, vilket många gånger innebär långdragna, och ibland hetsiga, diskussioner. Eftersom det är distriktssköterskorna som är den primära kanalen för patienterna in till vårdcentralen, får de ofta skulden för de besparingsåtgärder som landstinget genomför.

Det är psykiskt påfrestande för distriktssköterskorna att ständigt bemöta sjuka och oroade patienter, som blir ledsna och upprörda över att de nekas möjlighet till vård. Att möta sjuka människor ingår i arbetets natur så denna situation är inte främmande för personalen, men under dessa extraordinära omständigheter när inte resurser finns blir läget ofta ohållbart. Detta kan leda till konflikter mellan personal och patienter vilket i förlängningen skapar ilska och sorg hos personalen.

Att samhället ställer större och fler krav på individerna däri, är en stor faktor för att utbrändhet drabbar fler och fler. Patienterna har likväl de ett arbete som ska utföras, att då vara sjuk längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt gör dem upprörda. Detta går, i första hand, ut över distriktssköterskorna som ger det enda svar de har på situationen; att det varken finns

personella eller finansiella resurser. Den personal som analyserats i detta arbete uppfyller flera av de kriterier som enligt teorin är tecken på att kunna leda till utbrändhet. Det bör betonas att personlighet är en faktor som är viktig i sammanhanget. Alla människor är olika och hanterar situationer och det vardagliga arbetet på olika sätt. Dessutom är personalen som studerats verksam inom vården, som är en hierarkisk organisation, på utsatta poster såsom läkare och sjuksköterskor. Det innebär i detta fall merarbete på grund av underbemanning och det är ofta svårt att säga nej av lojalitet till arbetsgivare och kolleger.

Samtlig personal på Teamet, förutom den nye läkaren, är kvinnor och i åldersgruppen 35-50 år, som enligt teorierna anses vara den mest utsatta gruppen. Personalen har länge arbetat under stor press, de ska med små personella resurser hålla verksamheten uppe och bistå med vård till ett stort antal patienter, som i förhållande till antalet personal är orimlig. Det emotionella engagemanget är stort eftersom det handlar om vårdpersonal, där deras ambition är att hjälpa och vårda andra människor. Det kunde skönjas ett allmänt missnöje över de besparingsåtgärder som vidtagits under en lång tid, och som det heller inte verkar finnas ett slut på. Personalen kunde ofta känna uppgivenhet och stor oro inför framtiden angående ständiga omorganisationer, ytterligare besparingar och indragningar samt utökade arbetsuppgifter. Dessa är några faktorer som har en bidragande effekt när det kommer till risker för utbrändhet för personalen. De går med farhågor och oroar sig över framtiden, både som vårdpersonal och som presumtiva patienter.

Situationen i TeleQ hade blivit märkbart förbättrat och det är positivt med tanke på distriktssköterskornas arbetsmiljö och den risk för utbrändhet situationen innebär. Det är dock långt ifrån så bra som är önskvärt. Tiderna som finns är alldeles för få och fortfarande måste planerade tider bokas in på de akuta tiderna. Källan av patienter är aldrig sinande vilket innebär att det inte är möjligt att hjälpa alla, men att skapa en rimlig situation med acceptabla väntetider måste anses som en högt prioriterad fråga.

Läkarnas situation har blivit bättre i och med den avlastning personaltillskottet inneburit. Vikarierande läkare anställs inte längre, vilket medför en minskad administrativ del som måste fördelas på tid som inte finns schemalagd. En läkare, som känt att det börjat bli för mycket, har fått möjlighet att minska sin arbetstid. Detta har troligen möjliggjorts på grund av den nye läkaren, då en nertrappning i arbetstid annars hade inneburit radikalt minskat antal patienttider.

7.1.4 Proaktivt/reaktivt arbetssätt

Det anses vara svårt att vara mer proaktiv i sitt handlings sätt i TeleQ, eftersom antalet påringningar på en dag kan variera stort över veckans dagar. Listorna med antal samtal per dag, vilka mottagits i TeleQ, varierade mellan 21 och 71 stycken. Naturligtvis är det många fler som ringer och det är inte otänkbart att flertalet patienter ringt flera dagar i rad innan de slutligen kommit fram. De dagar där det registrerats få samtal har det troligen berott på endast en distrikts-

sköterska bemannat TeleQ, på grund av personalbrist eller att det varit möte på eftermiddagen.

När den vakanta distriktsskötersketjänsten tillsattes innebar det att samordnaren kunde sköta sina arbetsuppgifter utan större avbrott. Tidigare hade samordnaren varit tvingad att bemanna den station där personal saknats, vilket har varit mer eller mindre stadigt under en längre tid. För sin tjänst på 50 procent som samordnare har det inte funnits tillräckligt med tid. Efter personaltillskottet har varje station varit bemannad redan från dagens början och bara i sällsynta fall har det funnits behov av att samordnaren akut tvingats hjälpa till på mottagningen. Detta kan ses som en av de positiva effekterna av förändringen och har lett till att planeringsarbetet blivit mer proaktivt. I förlängningen har detta även minskat den överhängande risken för utbrändhet för både samordnaren och övrig personal på mottagningen, vilket vidare även återspeglas på den rådande situationen för hela Teamet. Samordnaren är som ansvarig för Teamet den som upprätthåller en fungerande kommunikations- och informationskanal inom teamet.

7.2 Diskussion

Vårdens egentliga syfte är att ta hand om sjuka människor, och därför bör det vara det främsta målet. Verkligheten är istället att ärenden av administrativ karaktär har tagit överhand. Att de är viktiga är självklart, men enligt Komrevs rapport så är de ständigt ökande. Frågor som kan ställas är varför det ökar, hur långt kommer det att gå och vad man kan göra åt det? Den övergripande undran är hur administrationen sköttes tidigare, innan den började öka. Var kvaliteten på vården sämre jämfört med idag? Vad är det som gör att det genereras så mycket administration, när antalet patienter som behandlas är så pass få?

Problemet som uppstått av den rådande situationen med underbemanning och ökad administration är att patienttiderna är oerhört få i förhållande till antal vårdsökande. Det är redan idag så mycket tid avsatt för möten och administration att det bör ses som tabu att ta bort patienttider. Istället bör det vara av högsta prioritet att verka för att få fler patienttider.

Alternativet med att anlita stafettläkare har länge funnits som ett komplement till den ordinarie läkarkåren. Idag råder det, främst på vårdcentraler, ett förbud mot att anlita dessa läkare. Argumentet från landstingsledningen är de höga kostnaderna för stafettläkarna, som inte anses försvarbart eftersom det i landstingets budget inte finns utrymme för dessa. Börje Eriksson, vd för svensk Närsjukvård, det bolag som har hand om bemanningen av stafettläkare, uppger att en stafettläkare i snitt tar emot sexton patienter per dag, medan en fast anställd distriktsläkare tar emot mellan fem till sju patienter per dag. Enligt Eriksson är landstingets kostnader för en stafettläkare cirka 30 000 kronor per vecka vilket låter mycket. Men, enligt beräkningar som gjorts i och med analysen blir kostnaden cirka 375 kronor per patient räknat på dessa sexton patienter. I dessa beräkningar måste även det faktum tas med att stafettläkare inte tar hand om "sin egen" administration som genereras i och med att de

behandlar patienter. De har inte heller några övriga åtaganden, så som möten, konsulttider, jour och övrigt, som ordinarie läkare måste delta i.

Vid jämförelsen mellan kostnaderna för den ordinarie läkaren och en stafettläkare blir det inte en helt rättvisande bild då den ordinarie läkaren har alla dessa åtaganden att ta hänsyn till, samt ofta måste handlägga administrationen som stafettläkaren genererar. Den genomsnittliga lönen för en distriktsläkare är 45 000-50 000 i månaden för en heltid, enligt en vårdcentralschef, vilket understöds av Statistiska Centralbyråns siffror. Vid en genomsnittslön på 50 000 kronor i månaden för en fast anställd läkare läggs även kostnader för sociala avgifter samt semesterlön. En ungefärlig siffra bör då bli runt 75 000 kronor i månaden, vilket blir cirka 19 000 i veckan som landstinget betalar. Alltså, drygt 10 000 kronor mindre än vad de betalar för en stafettläkare. En distriktsläkare hinner, enligt observationerna som utförts under detta arbete, i genomsnitt med fem till sju patienter per dag. Då blir kostnaderna för varje patient mellan 540-760 kronor. Den lägsta kostnaden gäller vid sju patienter. Alltså, ju fler patienter en läkare hinner behandla under en dag desto mer "lönsam" är läkaren.

För en stafettläkare betalar vårdcentralen 6 000 kronor per dag för att behandla sexton patienter. För de tre ordinarie läkarnas arbetsinsats under en dag är kostnaden 11 400 kronor för att behandla mellan femton och tjugo patienter. Ser man endast till dessa siffror är det lönsammare att anlita en stafettläkare, och samtidigt positivt att de behandlar fler patienter. Dessutom ställer landstinget inga krav på de fasta läkarna när det gäller produktivitet på patientarbete som de gör på stafettläkare. Däremot är det av vikt att påpeka att enligt analysen som utförts har det framkommit att administrationen ibland kan uppta 70 procent av läkarens arbetstid. Stafettläkaren behöver inte utföra dessa administrativa sysslor, men de måste ändå utföras för att kunna ge patienter en kvalitetsfylld vård. Kostnaderna för denna tid ryms inte inom ramarna för stafettläkarens budget.

Ytterligare en aspekt vad gäller stafettläkare kontra fast anställda läkare, är att kontinuiteten blir större med fast anställda läkare. Dessutom känner patienterna troligen ett större förtroende gentemot en läkare de känner igen och som är välbekant med patientens problem.

Vårdpersonalens arbetsbelastning ökar ständigt, medan de statliga bidragen minskar, samtidigt som det ska finnas färre och färre personal för att budgeten ska kunna hållas. Kostnaderna för samhället ökar på grund av fler och fler sjukskrivna, utarbetade och utbrända personer. Med förebyggande åtgärder finns det en bättre lösning; sjuka människor kostar mer än friska. När besparingar görs är det viktigt att de sätts i ett helhetsperspektiv, och inte bara syftar till att lösa problemen på kort sikt. Fler och fler besparingsåtgärder tas till för att lösa den ekonomiska problematiken, men samtidigt som detta görs får den befintliga personalen arbeta hårdare, med färre personella resurser där de hela tiden löper större risk att drabbas av utbrändhet. Av denna anledning är det av största vikt att besparingar görs på ett genomtänkt och planerat sätt, som inte i slutändan leder till att berörd personal ständigt får en försämrad arbetsmiljö.

Det är viktigt att personer som jobbar under stress en stor del av arbetsdagen är noga med att vila och ta rast när det ges tillfälle. Stressen är ofta relaterad till de krav som ställs av arbetsgivare och kolleger, men kan även uppstå inom en människa som driver på och frammanar omotiverade stressituationer. Ett proaktivt arbets- och handlingsätt går hand i hand med att riskfaktorerna för utbrändhet minskar. Därför ses det som positivt att den studerade personalen på VC har fått möjligheterna till ett mer proaktivt arbetssätt, trots det faktum att de arbetar i en reaktiv verksamhet. Detta bidrar till att stressen minskar, både på kort och längre sikt.

Under samtal med distriktssköterskorna framkom farhågor angående sjukvårdens framtid. Många av de distriktssköterskor som är i tjänst inom vården idag börjar närma sig pensionsåldern och återväxten är inte tillräcklig för att fylla behovet i framtiden. Fyrtitalisterna är en stor grupp i samhället och med de indragningar som görs idag, verkar det inte som det planeras för att täcka upp den stora avgången som väntas. Dessutom har det även bidragit till att befintlig vårdpersonal sökt sig bort från vården, något som gäller för alla yrkeskategorier. Det rådde även farhågor rörande kvaliteten på den nuvarande vårdutbildningen, något som bör tas på allvar. Likaså det faktum att den kunskap och erfarenhet som nu finns inom distriktssköterskeåren kommer att försvinna eller åtminstone minska kraftigt under den närmaste tioårsperioden. Framtidens sjuksköterskor och tillika distriktssköterskor kommer med stor sannolikhet inte att besitta samma kunskaper, vilket kan medföra att vårdkvaliteten kommer att försämrast.

7.3 Utvärdering av arbetets validitet och reliabilitet

För att utvärdera det arbete som genomförts kan det sägas att det finns både styrkor och svagheter när det gäller validiteten och reliabiliteten i det material som återfinns i rapporten. Med validitet avses i vilken utsträckning man verkligen mätt det som avsetts att mätas, medan reliabilitet påvisar graden av tillförlitlighet i mätningen och om man får samma resultat vid flera mätningar (Björklund, M, Paulsson, U, 2003).

Styrkor ligger i de använda metoderna, som sammantaget ger ett resultat med hög validitet, i och med att triangulering använts. Det vill säga, resultaten har framtagits både genom observation och intervjuer med berörd personal. Detta har skapat möjlighet att se på verksamheten ur både externa och interna synvinklar. Det kan även sägas att de ursprungliga tankegångarna, angående de fyra aspekter som varit genomgående för arbetet, har bedömts utifrån de kriterier som sattes upp i planeringsfasen, vid initieringen av arbetet.

Den personal som valdes ut för att studeras, visade sig vara ett genomtänkt val. De har bidragit med mycket information och synpunkter, som stärkt upp rapportens innehåll.

Dessutom kan även reliabiliteten anses som relativt hög, eftersom de resultat och siffror som tagits fram i detta examensarbete styrks av den undersökning

som Komrev genomfört. Komrevs rapport, vilken utkom i slutskedet av detta examensarbete, påvisar slående, liknande siffror.

Svagheter som återfinns i materialet i denna rapport är främst rörande reliabiliteten. Observationerna har inte kunnat genomföras i den utsträckning som varit önskvärt. Det borde ha utförts flera observationer av de olika yrkeskategorierna, främst läkaren, och även av flera läkare inom teamet. Detta har varit en svårighet på grund av den situation som råder på en vårdcentral. En avvägning har hela tiden varit tvungen att göras, rörande tiden som varit möjlig att avsättas från vårdcentralens sida samt hur mycket tid man kan kräva, utan att det påverkar verksamheten negativt. Detta har dock till viss del kunnat uppvägas av de intervjuer som utfördes under observationerna och som komplettering till dessa. Det har även varit en begränsning i den tid som funnits för detta examensarbete eftersom de inledande observationerna, av förståeliga skäl, måste utföras innan personaltillskottet skedde.

Det måste också påpekas att de siffror som sammanställts över antal patienter som läkarna behandlat inte ger helt rättvisa resultat. Det finns åtaganden utöver ren mottagningstid som upptar läkarnas arbetstid, de har till exempel även hand om servicehus och viss vård av patienter som befinner sig i det egna hemmet. Dessa siffror har inte tagits med i denna sammanställning eftersom inte alla uppgifter hunnits sammanställas från vårdcentralens sida vid slutfasen av detta arbete.

Källförteckning

Skriftliga källor

Ahrens, I. (2003). *Utbrändhet – ett mentalt slitage*. Lunds Universitet

Björklund, M & Paulsson, U. (2003). *Seminarieboken – att skriva, presentera och opponera*. Lund: Studentlitteratur

Goldkuhl, G. & Röstlinger, A. (1987). *Förändringsanalys – Arbetsmetodik och förhållningssätt för goda förändringsbeslut*. Lund: Studentlitteratur

Hellsten, M. & Liss, I. (2003). *Förändringsanalys av verksamheten vid Tiskens vårdcentral*. Borlänge, Högskolan Dalarna

Repstad, P. (1999). *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur

Svensson, P-G. & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Rudberg, A. (2004) ”Många händer gör samma sak”. *SKTF-tidningen*. Nr 7. 2004. s. 20.

Internetkällor

Allen, M. (2001), <http://www.comptechdoc.org/man/begin/mantechpro.html>
Proactive vs Reactive Management, 2004-03-30

Hauffman, S. (2000)
<http://www.docco.se/docco/jsp/Crosslink.jsp?d=150&a=429>, *Utbrändhet – lär dig känna igen varningssignalerna*, 2004-03-29

<http://www.bcpm.dk> *Lederrollen er enten reaktiv eller proaktiv*, 2004-03-30

<http://www.scb.se> *Statistiska Central Byrån*, 2004-05-12

http://www.sif.se/subjects/2878/1010/1909/3827/4035/arbetsmiljo_psykosocarbmiljo_stress_varningssignaler.htm?menuid=4035&portal=1, *Arbetsmiljö - Psykosocial arbetsmiljö - Stress & utbrändhet - Allvarlig sjukdom*, 2004-03-29

http://www.stressmottagningen.org/html/body_fragor_och_svar.html *10 frågor om stress*, 2003-03-29

Muntliga källor

Vårdcentralschef, VC

Läkarsekreterare, VC

Samordnare/distriktssköterska, VC

Distriktssköterska, VC

Bilageförteckning

Bilaga 1 – Organisationsschema

Bilaga 2 – Interaktionsdiagram – Patient

Bilaga 3 – Interaktionsdiagram – Personal - Före

Bilaga 4 – Interaktionsdiagram – Personal - Efter

Bilaga 5 – Interaktionsdiagram – Personal - Framtid

Bilaga 6 – Problemlista

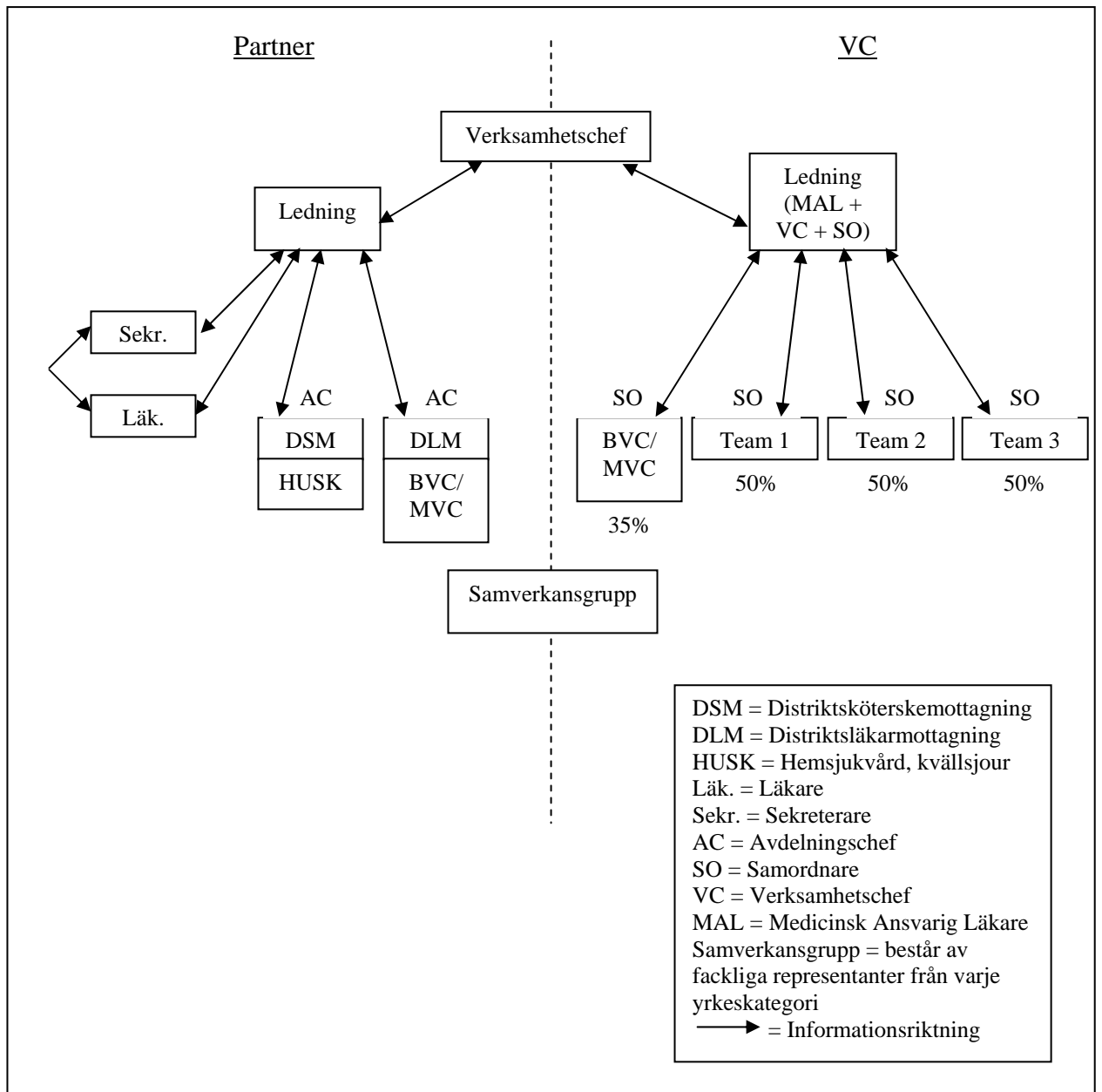
Bilaga 7 – Problemgraf – Problemgraf - VC

Bilaga 8 – Problemgraf – Utbrändhet - Proaktivitet

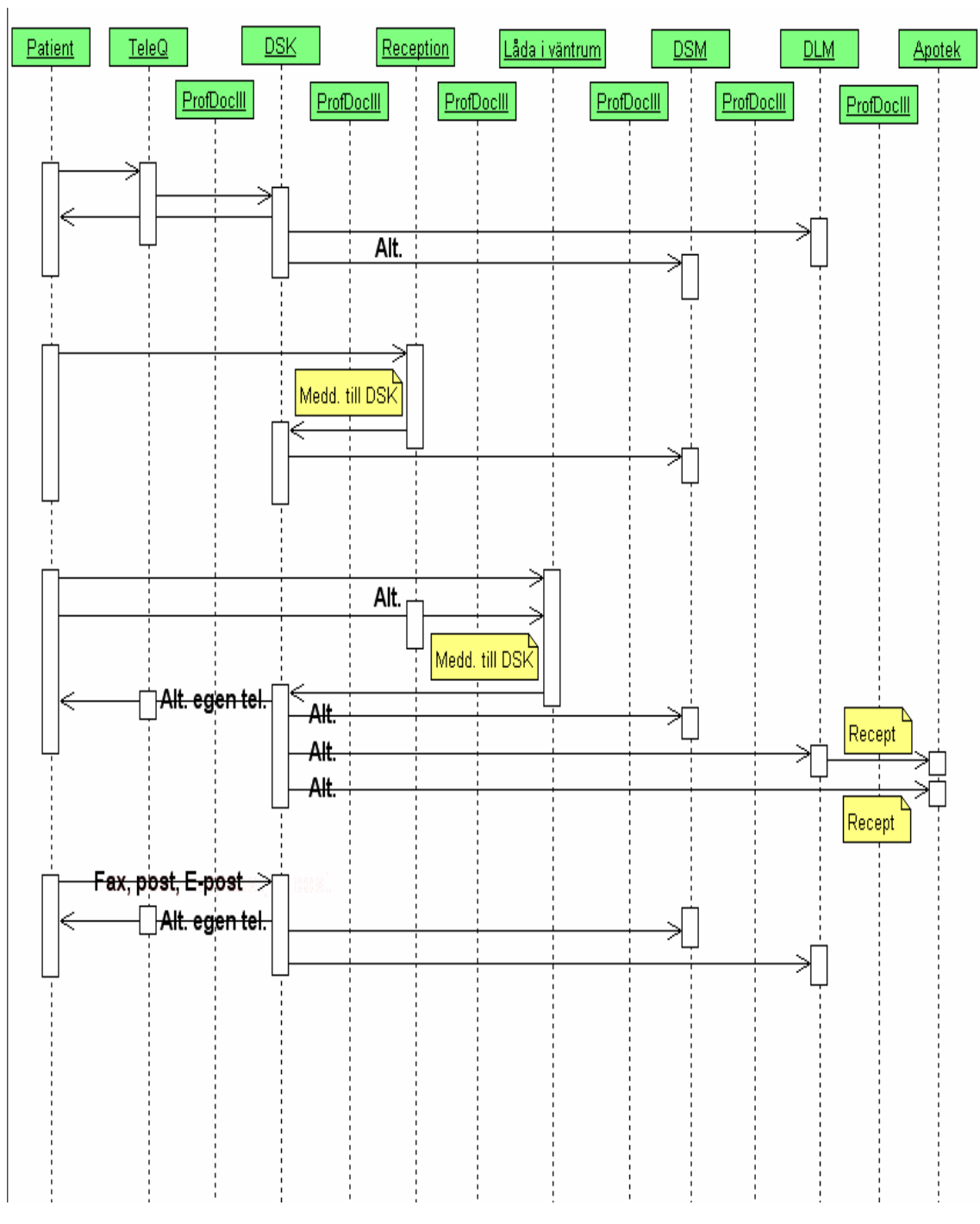
Bilaga 9 – Problemgraf – Patienttider - Administration

Bilaga 10 – Handlingsgraf – Fasindelning

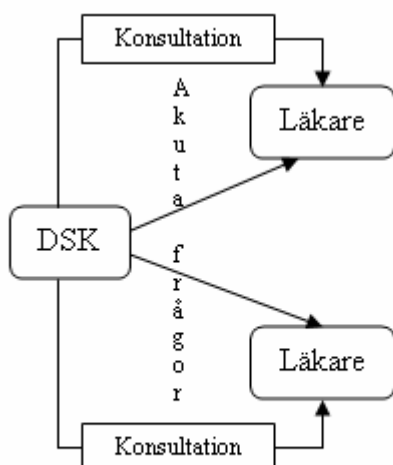
Bilaga 1 Organisationen på VC och samarbetspartnersns vårdcentral.



Bilaga 2 – Interaktionsdiagram – Patient



Bilaga 3 – Interaktionsdiagram – Personal - Före



Interaktionsdiagram över kommunikationsvägarna före tillsättandet av en ny läkare.

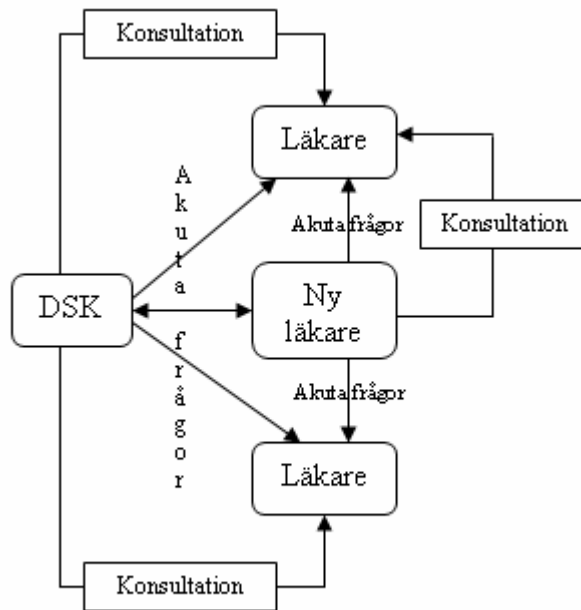
Förklaring till bilden:

I detta fall är det endast distriktssköterskorna som behöver konsultera läkare.

Akuta frågor gäller sådana frågor som uppstår under dagen, som till exempel bedömningsfrågor eller andra problem som måste lösas direkt.

Konsultation innebär schemalagd tid under vilken distriktssköterskorna får tillfälle att ställa medicinska frågor till exempel rörande vidarebehandling och uppföljning.

Bilaga 4 – Interaktionsdiagram – Personal – Efter



Interaktionsdiagram över kommunikationsvägarna efter tillsättandet av en ny läkare.

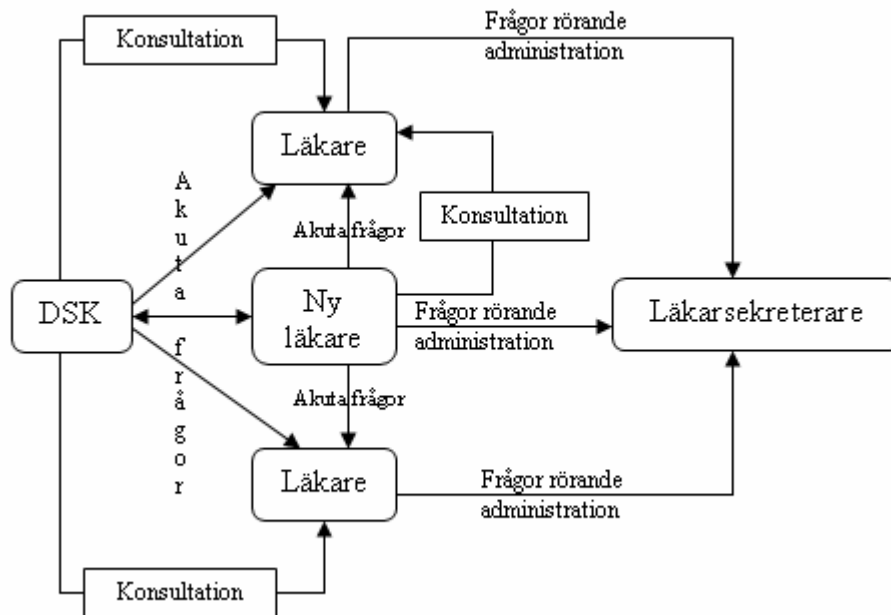
Förklaring till bilden:

I detta fall finns det ett behov från både distriktsköterskorna samt den nye läkaren att konsultera de övriga läkarna. Dessutom har den nye läkaren ytterligare ett behov av att ställa frågor till distriktsköterskorna angående exempelvis medicinska ärenden samt apparaturers funktion.

Akuta frågor gäller sådana frågor som uppstår under dagen, som till exempel bedömningsfrågor eller andra problem som måste lösas direkt.

Konsultation innebär schemalagd tid under vilken den nye läkaren får ett specifikt tillfälle att ställa medicinska frågor till exempel rörande vidarebehandling och uppföljning. Den ses även som en kombinerad handledning och vidareutbildning, där de erfarna läkarna ger råd om behandlingsmetoder samt utförandet av dessa.

Bilaga 5 – Interaktionsdiagram – Personal – Framtid



Interaktionsdiagram över kommunikationsvägarna i framtiden.

Förklaring till bilden:

Denna bild återspeglar en eventuell framtid, då läkarsekreterarna fått möjlighet att utöka sitt ansvarsområde och därmed övertagit viss administration från läkarna.

Detta skulle innebära att läkarna får en utökad kontakt med läkarsekreterarna i och med att de både informerar samt ber dem ta fram information som läkarna behöver.

Denna förändring skulle kunna innebära att läkarna avlastas från vissa administrativa uppgifter och därmed få möjlighet till mer tid för patientbesök.

Bilaga 6 – Problemlista

PROBLEMLISTA

Serie

Exjobb

Utfärdare

FF

Datum

2004-05-24

Version

1

Dokument-Id

Prob

Sida

1

Dokumentnamn: Problem - VC

1. Inte tillräckligt med läkartider.
2. För få läkare trots fullt tillsatta tjänster.
3. Standardmoduler för tidbokning
4. Mycket administration
5. Patienten kräver sin rätt till vård.
6. Planerade tider bokas in på akuttider.
7. Läkarna har andra åtaganden
8. Landstinget har vidtagit besparingsåtgärder
9. Svårt att rekrytera läkare
10. Patienttiden går inte att anpassa till patientens behov
11. För lite schemalagd patienttid
12. Landstinget har ej informerat befolkningen tillräckligt om den rådande, problematiska situationen.
13. Pressande att sitta i tidbokningen för DSK.
14. Inte tillräckligt med planerade tider.
15. DSK blir utskällda av patienter i telefon
16. Påtryckningar leder till att DSK bokar in planerade besök på akuta tider
17. Inte tillräckligt med akuta tider
18. DSK får ta emot och bedöma patienter som borde till läkare
19. Situationen på VC är problematisk.
20. Ökad risk för utbrändhet för personalen.
21. VC har för få patienttider att erbjuda.
22. Läkarsekreterarna nyttjas inte effektivt.
23. Svårt att jobba proaktivt för både samordnaren och övrig personal.
24. Samordnarens tid tvingas användas till mottagningstid.
25. Läkaren har mer administrationstid än patienttid.
26. Läkartiderna tar slut långt innan patientbehovet.
27. För lite personal i förhållande till upptagningsområdet.
28. Patienter är oförstående inför problemet med avsaknaden av läkartider.
29. Patienten är i behov av vård.
30. Läkaren känner sig pressad att ta emot så många patienter som möjligt.
31. Stort upptagningsområde.
32. Stort vårdbehov.
33. Större behov av akuttider än tillgång.
34. Större behov av planerade tider än tillgång.
39. Akuttiderna tar slut i förväg.
40. Planerade tider tar fort slut.

Bilaga 7 – Problemgraf – Problemgraf - VC

PROBLEMGRAF

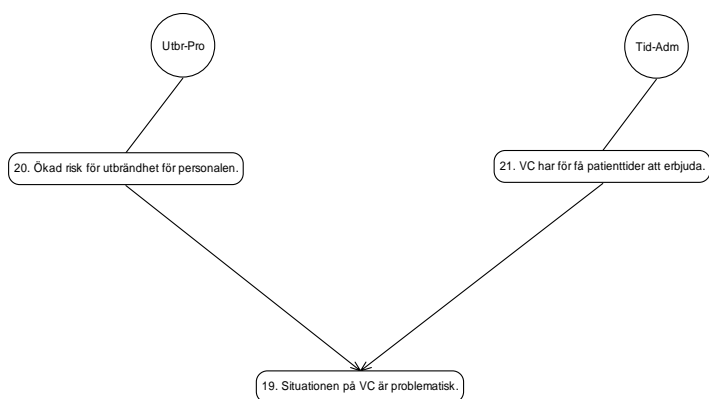
Serie
Exjobb
Utfärdare
FF

Datum
2004-05-24

Version
1

Dokument-Id
Pgraf
Sida
1 (1)

Dokumentnamn: Problemgraf - VC



Bilaga 8 – Problemgraf – Utbrändhet - Proaktivitet

PROBLEMGRAF

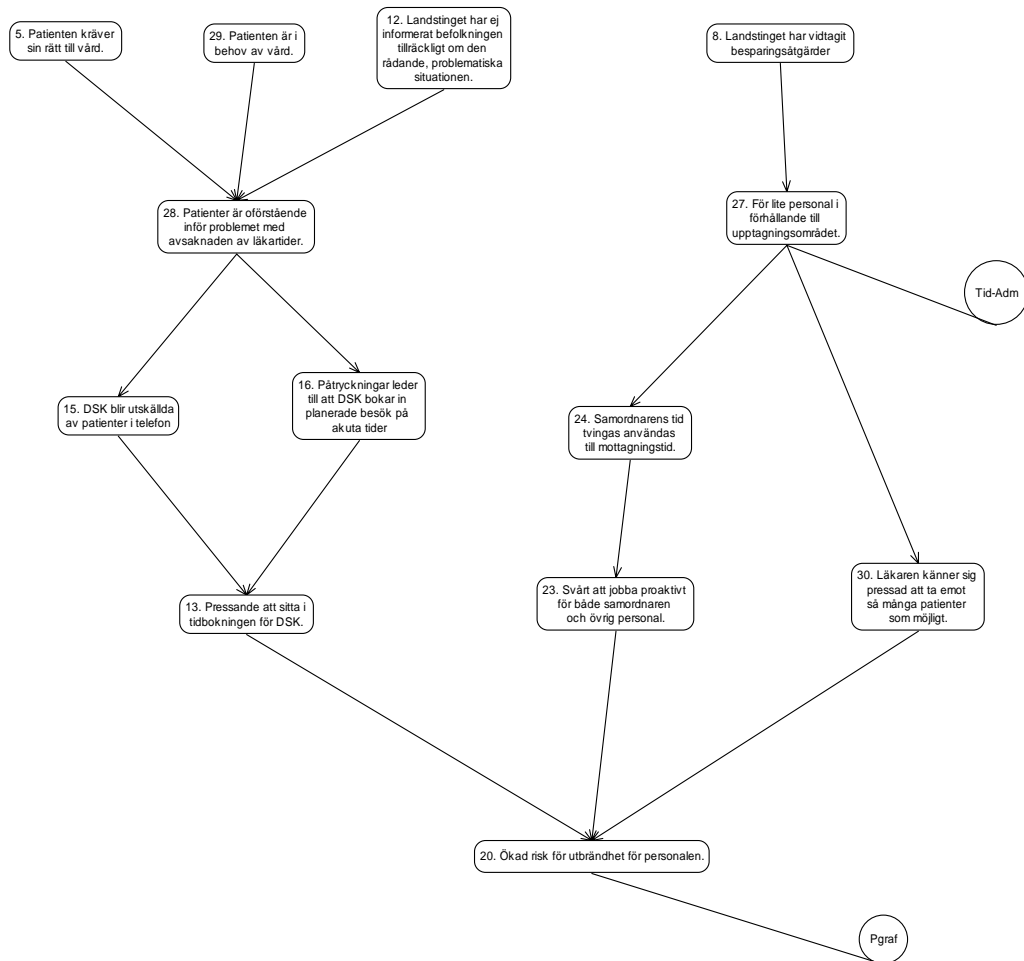
Serie
Exjobb
Utfärdare
FF

Datum
2004-05-24

Version
1

Dokument-Id
Utbr-Pro
Sida
1 (1)

Dokumentnamn: Utbrändhet - Proaktivitet



Bilaga 9 – Problemgraf – Patienttider - Administration

PROBLEMGRAF

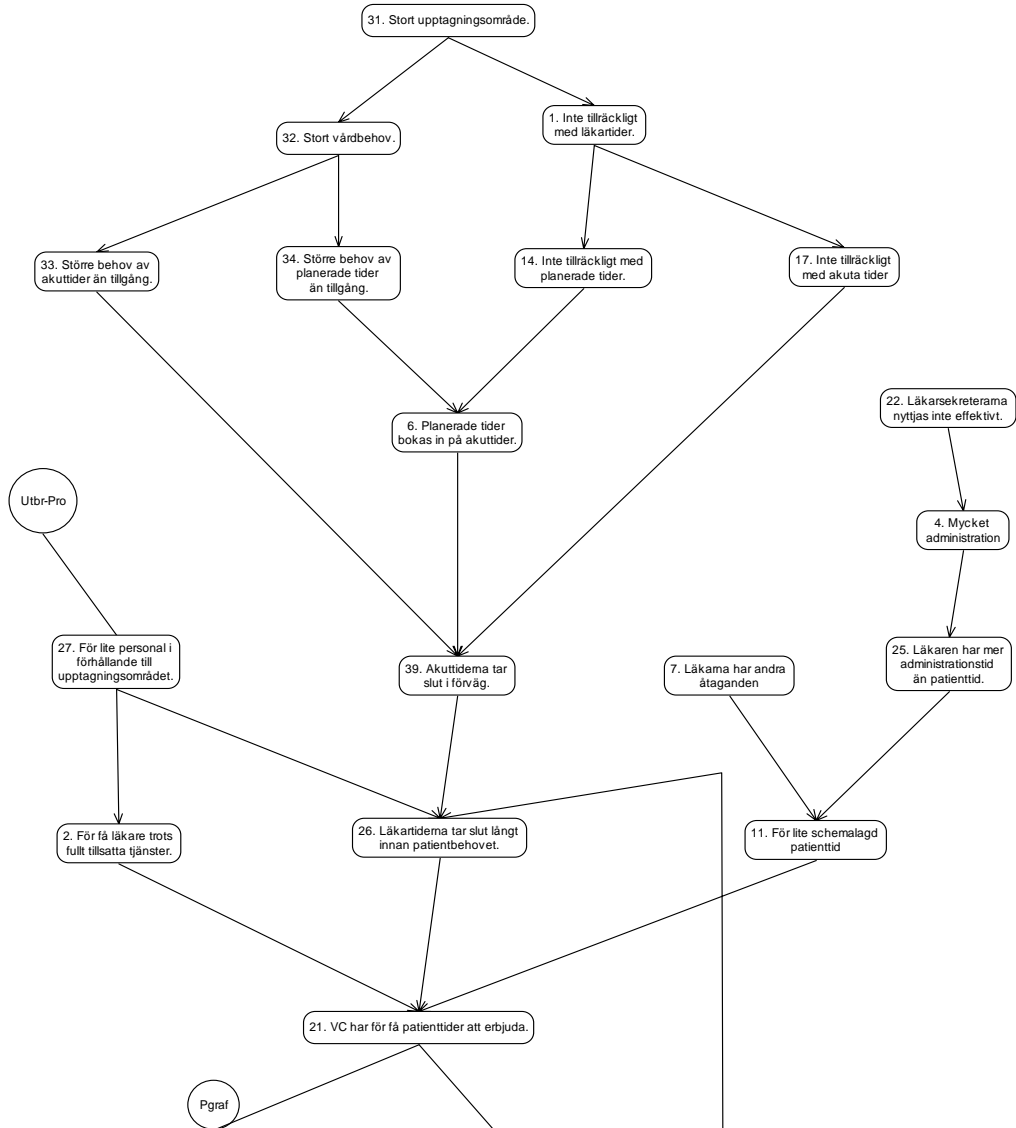
Serie
Exjobb
Utfärdare
FF

Datum
2004-05-24

Version
1

Dokument-Id
Tid-Adm
Sida
1 (1)

Dokumentnamn: Patienttider - Administration



Bilaga 10 – Handlingsgraf – Fasindelning

HANDLINGSGRAF			
Serie Exjobb	Datum 2004-05-11	Version 1	Dokument-Id Fas
Utförare FF			Sida 1 (1)
Dokumentnamn: Fasindelning			

