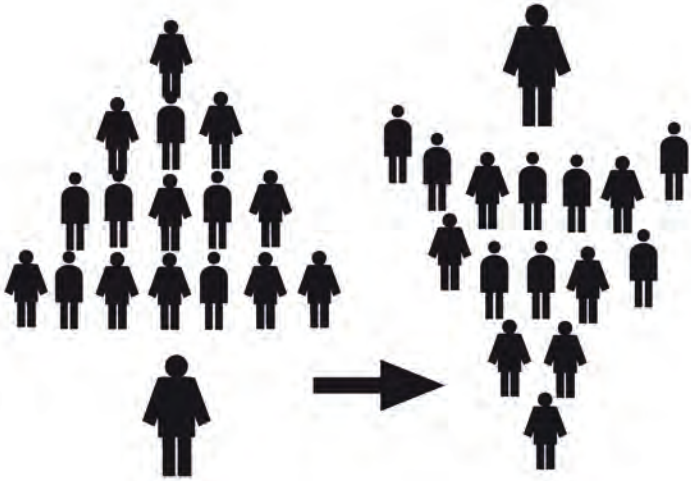
Tillgänglighet, arbetsmiljörisker och resursutnyttjande

hur hänger det ihop?

Ett utforskande partnerskap mellan
Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg
och fyra representanter för framtidens sjukvård



ETT PILOTPROJEKT
INITIERAT AV AVDELNINGEN FÖR ARBETSGIVARFRÅGOR
VID LANDSTINGSFÖRBUNDET

Tillgänglighet, arbetsmiljörisker och resursutnyttjande

hur hänger det ihop?

Ett utforskande partnerskap mellan
Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

och

Kvinnokliniken vid Motala Lasarett
Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping
Morö Backe vårdcentral i Skellefteå
Göran Henriks, Jönköpings läns landsting

ETT PROJEKT 2003
INITIERAT AV AVDELNINGEN FÖR ARBETSGIVARFRÅGOR
VID LANDSTINGSFÖRBUNDET

Tillgänglighet. arbetsmiljörisker och resursutnyttjande –
hur hänger det ihop?
Ett utforskande partnerskap med
Kvinnokliniken vid Motala Lasarett
Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping
Morö Backe vårdcentral i Skellefteå samt
utvecklingschef Göran Henriks vid Jönköpings läns landsting

Genomfört av
Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg
Samarbetsdynamik AB
Ölsdalen 134, 693 91 Degerfors
Telefon: 0586-726121, email: info@samarbetsdynamik.se
webbsida: www.samarbetsdynamik.se

Bäste läsare!

Läsare av rapporter är som patienter – det vill säga olika. Vi har försökt göra en rapport som inte skall behöva läsas från pärm till pärm för att få mening.

Den, som vill börja med att med egna ögon höra hur man pratar på en vårdcentral i den goda primärvårdens frontlinje, kan börja på sidan 51 . Den som inte är bekant med förutsättningarna vid en modern kvinnoklinik eller en rehabiliteringsmedicinsk klinik måste kanske läsa något om själva enheten innan den följande berättelsens poänger träder fram. Den som är speciellt intresserad av utvecklingsfrågor kan börja med samtalet med Göran Henriks. Den som tror sig om att klara sig med en kortkort sammanfattning kan gå direkt från inledningen till analysen i något av de avslutande avsnitten. Ett avsnitt har arbetsmiljön i fokus. Ett annat ger teman för en diskussion om en relevant arbetsgivarpolitik i dagens läge.

För att sedan kanske återvända till de tre berättelserna – och möjligen då med helt andra ögon. Innehållsförteckningen kan ge vägledning i det personliga valet.

De teorier och resonemang vi själva använder för att begripa den problematik, som berättelserna lyfter fram, har vi samlat i en separat rapport med titeln: "Genom patientfokusering blir det möjligt att samtidigt åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning". Den kanske inte heller skall läsas från pärm till pärm utan användas i den mån det dyker upp frågetecken.

Monica och Bengt-Åke

Förord

Hösten 2002 bjöds vi in i ett samtal som pågick inom avdelningen för arbetsgivarfrågor vid Landstingsförbundets kansli. Anneli Rönnblom och Annelie Löfqvist. hade båda på olika sätt uppmärksammat att vården utvecklats på ett sätt som innebar att invanda språkbruk och tankemodeller när det gällde arbetsmiljö, tillgänglighet och resurser kanske blivit föråldrade. Man såg en risk att man som arbetsgivare förbisåg sådana arbetsmiljöfrågor som nu var viktiga och relevanta, att man drev diskussionen om ökad tillgänglighet i ett alldeles för snävt perspektiv och att man i försöken att hushålla väl inte tog tillräcklig hänsyn till alla de nya typer av resurser som utnyttjas för att få den moderna vården att fungera.

Frågan ägde stor aktualitet också inom andra avdelningar vid förbundets kansli och samtalen vidgades efter hand. Det fanns erfarenheter av att förhandlingar om sådant som arbetsmiljöfrågor och samverkan mötte svårigheter som kunde sammanhänga med att frågorna fått nya förtecken. Övergången från att prata om ”personal” till att prata om ”medarbetare” var kanske inte bara ett enkelt byte av terminologi. Därför fick vi uppdraget att genomföra ett utvecklingsprojekt – ett pilotprojekt – med arbetsnamnet ” en ökad tillgänglighet utan negativa konsekvenser för arbetsmiljön eller orealistiska krav på extra personalresurser – hur är det möjligt?”.

Göran Henriks, Qulturum i Jönköping, Hans Ruthberg, Centrum för verksamhetsutveckling i Linköping och Ulf Andersson, Memeologen i Skellefteå ombads att välja var sin enhet som belysande exempel på

en verksamhet som arbetat systematiskt med denna frågeställning. De valde Kvinnoklinken i Motala, Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping och Morö Backe vårdcentral i Skellefteå. Tillsamman med dessa har vi under hösten 2003 skapat tre berättelser om en verksamhet i vårdutvecklingens frontlinje.

De tre berättelserna redovisas här i sin helhet. Tillsammans ger de oss svaret – ”Genom patientorientering”. Göran Henriks, Hans Ruthberg och Ulf Andersson har alla bekräftat att berättelserna är kongruenta med de utvecklingsambitioner de har haft. Göran Henriks har i ett speciellt samtal, som också redovisas, tillsammans med oss reflekterat över de utvecklings- och organiseringsaspekter som berättelserna illustrerar.

I fristående avsnitt utnyttjas därefter dessa tre berättelser och samtalet med Göran Henriks för att belysa vården som systemisk helhet. Ett avsnitt har arbetsmiljön som fokus och ett ger ett underlag för en breddad diskussion om en konstruktiv arbetsgivarpolitik.

Degerfors den 11 december 2003
SAMARBETSDYNAMIK AB

Monica Hane Bengt-Åke Wennberg

Innehållsförteckning

Det är svårt att upptäcka det man förbiser 1

Den trygga och nära vården - en berättelse från Kvinnokliniken vid Motala Lasarett 11

Den interdisciplinära kompetensen - en berättelse från Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping 29

Att genom samtal bekrafta patienten - en berättelse från Morö Backe vårdcentral i Skellefteå 51

Reflektioner över tre berättelser om god vård - Samtal med Göran Henriks Jölnköpings läns landsting 79

Fokusberättelserna i ett arbetsmiljöperspektiv 97

Ett arbetsgivarpolitiskt diskussionsunderlag 111

Bilaga 1 - Projektet så som det beskrevs för fokusgrupperna 135

Bilaga 2 - Fokusgrupper en metod lämpad för patientorientering 141

Bilaga 3 - En kort beskrivning av Samarbetsdynamik AB och Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg 149

Det är svårt att upptäcka det man förbiser

av Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

Frågan som ställdes till oss var: ”Är det möjligen något vi förbiser när vi i rollen som arbetsgivare pratar om hur vi skall komma till rätta med tillgänglighet, resurser och arbetsmiljö?”. I denna text beskrivs hur vi valt att angripa denna frågeställning.

Sjukskrivningarna fortsätter att oroa. Svenskarna lever allt längre men är sjukare än någonsin. Arbetsmiljön beskrivs som en trolig förklaring. Kostnaderna för sjukskrivningar ökar trots stora insatser att förbättra arbetsmiljöerna. Även på arbetsställen med ett klanderfritt systematiskt arbetsmiljöarbete fortsätter ohälsan att öka. Förtroendet både för vården och för arbetsmiljöarbetet är i fara. Brister i tillgänglighet och kvalitet diskuteras dagligen i media. Ekonomin kräver besparingar. Medarbetare inom vård och omsorg ser ut att drabbas hårt. Frågan som ställdes till detta projekt var: ”Är det möjligen något vi förbiser när vi i rollen som arbetsgivare pratar om hur vi skall komma till rätta med tillgänglighet, resurser och arbetsmiljö?”

Beprövade interventioner blir irrelevanta

Vården genomgår enligt många bedömare just nu ett dramatiskt paradigmskifte; lika dramatiskt som när räknestickan gjorde sitt intåg bland kalkylerarna (Alsterlind 2003; Henriks 2003). Relevanta aktivi-

teter för att upprätthålla en god kvalitet bygger nu på helt annorlunda utgångspunkter än tidigare verksamhetsutveckling. Om dessa nya förhållanden inte beaktas när man diskuterar vad som är relevanta interventioner i systemet som helhet kommer dessa interventioner att få helt oplanerade effekter. Den vanligaste effekten är resursslöseri därför att det inte blir någon effekt alls.

Den mest dramatiska effekten är att man i oförstånd raserar de förutsättningar, som de högpresterande enheterna byggt sin verksamhet på. Den farligaste effekten är att medborgare och medarbetare tappar förtroendet för personer som dom tycker för resonemang som inte håller.

Olika vägar till insikt

Förståelse kan öka genom att man får förhållanden och samband beskrivna för sig statistiskt. Ett sådant material kan visa att sambanden var betydligt mera komplexa än man tänkt sig. Statistiken kan också visa hur stor variation som finns mellan de enskilda fallen. Samband beskriver dock bara skeendet utifrån. Förståelsen genom statistik blir med nödvändighet ytlig.

Det faktum att man påvisat ett visst samband – till exempel att de som svarar att de är oroliga för omorganisationer har genomsnittligt fler tecken på ohälsa än de som inte säger att de oroar sig – ger trots säkra underlag inte tillräcklig vägledning om vad som är klokt att göra i ett enskilt fall. För detta måste man få en djupare insikt.

En alternativ väg till förståelse är att försöka sätta sig in i ett skeende. Att försöka se det inifrån. Tillåta sig, att på samma sätt som i ett litterärt drama, försöka se ett allmängiltigt skeendet genom ett par unika personers ögon. Genom deras berättelse kan man förstå de val, problem, dilemman etc. som dessa personer drabbas av och genom dem kan man förstå det generella och gemensamma; det som drabbar

oss alla. Genom att på detta sätt kunna se skeendet inifrån kan var och en ta ställning till om det är något som visat sig genom berättelsen som man tidigare förbisett. Något som – om man tar hänsyn till detta – kommer att leda till att ens egna interventioner och arbetsgivarpolitiska initiativ måste omprövas.

Det som tidigare föreföll klokt att göra för att påverka en utveckling i önskad riktning kan med en sådan insikt visa sig oklokt. Och tidigare hållbara resonemang kan smulas sönder. Det positiva är att man slipper bli förvirrad över att det blir som det blir när man gör som man gör. Genom ökad insikt brukar nya vägar bli synliga.

Tre representanter för framtidens sjukvård

I detta pilotprojekt valde vi förståelse genom berättelser. Tre enheter valdes ut. Kvinnokliniken i Motala, Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping och Morö Backe vårdcentral i Skellefteå.

De tre enheterna är valda därför att de är goda representanter för en utvecklingslinje, som initierade bedömare menar är framtidens sjukvård (Andersson 2003, Henriks 2003, Rutberg 2003). Men de är på inget sätt unika. Det finns ett stort antal enheter i olika landsting, som alla skulle kunna ha valts som intressanta exempel.

Den verksamhetsutveckling, som dessa tre enheter representerar, ligger enligt dessa bedömare helt i linje med det kvalitetsutvecklingsarbete, som nu rekommenderas av alla de institutioner som internationellt betraktas som världsledande. De tre enheterna ger oss här var sin ”inifrån-berättelse” där de beskriver varför de väljer att arbeta som de gör, hur de tacklar kravet på tillgänglighet och vilka resurser de bygger upp för att kunna erbjuda en god vård. De beskriver genom detta också vilka arbetsmiljörisker de kommit till rätta med och vilka nya de uppmärksammat. Detta är fakta. Så berättar man om sin verksamhet. i dessa tre enheter hösten 2003.

De tre berättelserna finns här i sin helhet.

Fokusgruppsmetodik

Metoden vi använt kallas fokusgruppsmetodik och finns närmare beskriven i Bilaga 1. I fokusgrupperna hjälptes man åt att beskriva det som är framträdande i den egna verksamheten jämfört med det ”normala”. I dessa berättelser återfinns också vi som varit fokusgruppsledare. Vi är dom som man berättat för. Men vi är också dom som i referaten försökt föreslå en formulering när orden inte upplevts tillräckliga.

I referaten ligger därför också våra erfarenheter av modernt organiseringstänkande, våra kunskaper om det aktuella arbetslivets hälsorisker och vår bild av vart vården är på väg. Berättelsen utvecklas genom samtalen och genom att referaten läses och kommenteras av alla dom som deltog i fokusgruppen. Den kritiska frågan till gruppen är inte om vi i texten återgett det som sades utan om vi fått med det som var mest relevant och om vi fångat det så som man egentligen menade. Referaten är därför i viss mening en gemensam produkt.

Principer som visar sig i berättelserna?

De tre berättelserna är alla exempel på en synnerligen konsekvent tillämpning av det som kallas patientfokusering. I enheternas resonemang och organisering har vi uppmärksammat minst sex principer som inte är självklara i alla verksamheter. I många aktuella resonemang hyllas snarare deras motsatser.

- Den första principen är att man i verksamheten tar i beaktande att alla människor är handlande sociala varelser – snarare än att behandla dem som ”föremål för behandling” eller ”personal som skall inspireras”.

- Den andra principen är att verksamheten beskrivs som alla de samverkande aktiviteter som momentant och löpande formar den – snarare än i termer av organisationsscheman, befattningar och ansvarsområden. Verksamheten formas och ”blir till” genom vad berörda människor i varje moment väljer att göra. Det är effekterna i systemet som helhet som räknas. Den strikta strukturen syftar till transparens och till att göra konstruktiva improvisationer möjliga och delaktigheten maximal..

- Den tredje principen är ambitionen att ständigt utveckla sitt kollektiva professionella omdömeskunnande så att allt fler förmår att göra välgrundade individuellt baserade avsteg från det som skulle vara genomsnittligt riktigt – snarare än att bara luta sig mot ”statistisk evidens”.

- Den fjärde principen är att delaktighet är ett resultat av själva arbetet – snarare än en ambition att medarbetare skall delta i beslut och förhandlingar.

- Den femte principen är att meningsfullhet och det goda arbetsklimatet uppstår genom det jämlika samarbetet runt patienten – snarare än som en följd av teamträning och ett visst ledarskap.

- Den sjätte principen är att omställningen mot patientfokus varit en följd av att man varit tvungen att anpassa verksamheten till förändringar i omvärlden – snarare än ett direktiv uppifrån. Det har handlat om förändringar i vårdens natur, som mindre kirurgi och ökad medicinering, enklare och snabbare behandlingar, mer egenvård etc. Det har handlat om förändringar i krav och förväntningar på vården, som större självständighet hos patienterna och fler patienter med psykosomatiska och sociala problem och det har handlat om förändringar i personalens förväntningar på den verksamhet de deltar i, på större handlingsutrymme och på effektivare användning av sin kunnighet.

Med fokus på verksamhetsutveckling

De tre berättelserna har lästs och kommenterats av utvecklingschef Göran Henriks, Qulturum i Jönköping, utvecklingschef Ulf Andersson och ytterligare medarbetare vid Memeologen i Skellefteå samt centrumchef Hans Rutberg, Centrum för verksamhetsutveckling i Linköping.

Deras kommentarer och reflektioner finns på olika sätt inarbetade i de kommenterande avsnitten. Kommentarerna har berört de bärande principerna för hur god vård antas uppstå och hur de resonemang som förs bland ledande verksamhetsutvecklare får mening och blir konkretiserade i de tre berättelserna.

Med fokus på arbetsmiljön

I avsnittet ”Fokusberättelserna i ett arbetsmiljöperspektiv” bearbetas det empiriska materialet ur arbetsmiljösynpunkt. Vi lånar metodiken från Arbetsmiljöverket. De tre berättelserna är helt jämförbara med det underlag som en arbetsmiljöinspektör införskaffar i en så kallad Fokusinspektion (Arbetsmiljöverket 2002) – med den skillnaden att de berättelser, som här presenteras, har övervägts och bearbetats väsentligt längre än vad som är möjligt inom ramen för en ordinär inspektion.

Deltagarna lämnar vid en inspektion – liksom i vårt fall – öppet ut sina namn och garanterar genom detta berättelsens relevans. Den medarbetare som tycker att det saknas aspekter i berättelsen står fri att komplettera materialet. Den som misstänker att materialet är ”förskönat” kan konfrontera de personer som deltagit.

Inspektörens uppdrag är att avgöra om arbetsmiljölagens krav på den inspekterade arbetssituation är uppfyllda. I lagtexten (AML 2003) står bara att teknik, arbetsorganisation och arbetslinnehåll

skall utformas så att arbetstagare inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall.

Inspektören kan ta stöd i olika aktuella föreskrifter, kan resonera med kolleger och experter men gör ändå till slut en helt egen och självständig bedömning utifrån det insamlade empiriska materialet. Denna bedömning kan överklagas. Dels med hänvisning till att underlaget var undermåligt. Dels med hänvisning till att bedömningen kan ifrågasättas.

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2003:4) preciseras kraven i Arbetsmiljölagen. Där betonas också att arbetsmiljöfrågorna är en helt integrerad del i verksamheten. Inspektören skall enligt denna föreskrift också bedöma om arbetsgivaren och de denne utser för att bevaka hälsorisker och arbeta hälsofrämjande har tillräckliga kunskaper både om de relevanta hälsoriskerna och om förhållanden som främjar en bra arbetsmiljö och en tillräcklig kompetens för att bedriva ett väl fungerande arbetsmiljöarbete.

Inspektörens uppgift är att ta ställning till om det finns hälsorisker men också om man i den verksamhet som inspekteras kommer att kunna hantera de hälsorisker som kan komma att dyka upp i förlängningen av den utveckling man kan observera. Har alla berörda tillräcklig kunskap om hur det aktuella systemet skapar belastning på enskilda medarbetare? Har alla tillräcklig kunskap om effekterna av olika interventioner?

Det är inte inspektörens uppgift att föreslå åtgärder. Det krävs betydligt mera sofistikerad kunskap om verksamhetens natur för att kunna utarbeta sådana förslag än vad en inspektör kan nå vid sina korta besök. En förutsättning för att bedöma riskerna och kompetensen är emellertid att inspektören kan avläsa efter vilka principer den verksamhet man inspekterar fungerar. De krav som var relevanta i en

klassisk produktionsorienterad verksamhet är i många fall inte längre adekvata att ställa. Vissa åtgärder, som förr minskade riskerna för ohälsa kommer – om de genomförs i en patientfokuserad verksamhet – till och med att få helt motsatt effekt.

Skillnaden mellan ”för mycket att göra” och frustration

Inspektören måste därför kunna skilja på ”för mycket att göra” och ”frustration”. Frustration uppstår när engagerade medarbetare känner sig hindrade att åstadkomma det de ser som fullt möjligt att åstadkomma. Då är det den professionella hedern som står på spel. Perioder av ”högvarv” kan man kompensera med en period av återhämtning. Frustrationen blir bara värre om någon tar över prioriteringen. Eller om man sjukskrivs. Särskilt om man sjukskrivs till hälften.

Frustration måste man komma till rätta med. Frustration botas med exakt samma åtgärder som kvalitetsbrister – det vill säga med en ökad professionell kompetens så att man kan lösa de verksamhetsproblem som hotar hedern utan att på sikt utarma de mänskliga resurserna (Arbetsmiljöverket 2002b).

Vi tror att alla enheter inom vården strävar mot att arbeta patientfokuserat. Några har kommit längre än andra. De som inte lyckas bygga upp den kompetens som då behövs kommer att bli sjuka. Det är varken sparbeting eller omorganisationer som man idag fruktar. Det är att de förändringar som är nödvändiga att genomföra skall genomföras utan att de som beslutar om dem förstår att just de ingrepp dessa föreslår kommer att kullkasta förutsättningarna för den patientfokusering alla vill åstadkomma. Och att man inte kan komma till tals med sina medaktörer i systemet om hur samma förändring skulle kunna åstadkommas utan dessa katastrofala följder. Vår bedömning är att sådan frustration leder till ohälsa.

Arbetsmiljöarbete och god verksamhetsutveckling är samma sak

I det moderna arbetslivet är alltså arbetsmiljöarbete och verksamhetsutveckling samma sak. Detta behöver man inte förhandla mera om. De enheter som vi besökt har valts ut därför att de lyckats åstadkomma god tillgänglighet genom att utnyttja befintliga resurser synnerligen väl. De principer de tillämpat för detta är samma principer som skapar en hälsofrämjande arbetsmiljö. Deras goda arbetsklimat kan man lätt höra i berättelsen.

Genom deras berättelser kan vi också – och trots att de bara är tre till antalet – betrakta sjukvården som systemisk helhet och genom dessa tre goda exempel förstå vilka hälsorisker som nu måste beaktas i övergången till en patientfokuserad vård. Vissa interventioner som förr var självklara och riktiga för att förbättra arbetsmiljön kanske nu visar sig motverka sitt eget syfte.

Patientorientering nyckeln till god vård, god arbetsmiljö och bättre resursanvändning

Fokusberättelserna illustrerar även på andra sätt en ”synvända” när det gäller sambanden mellan arbetsmiljö, tillgänglighet och rsurser. En god arbetsmiljö, god tillgänglighet och ett högt tillvaratagande av de mänskliga resurserna tycks hänga samman med det som i berättelserna kallas ”att sätta patienten i centrum”. Vi har kallat denna övergång, ”från produktionsorientering till patientorientering”.

Denna synvända bekräftades också i det samtal vi hade med Göran Henriks , utvecklingschef vid Jönköpings läns landsting. Samtalet visade att det övergripande utvecklingsarbete som Henriks genomför bygger på samma principer som illustrerats i de tre berättelserna.

I avsnittet ”Ett arbetsgivarpolitiskt diskussionsunderlag” belyser vi hur denna synvända förändrar de vanliga resonemangen om organisation, planering, rekrytering, kompetensutveckling och förtroendet för sjukvården.

Referenser

Alsterlind G (2003): Paradigmskiftet i vården – 2000-talets scenario. I Wennberg BÅ, Hane M (red) (2003): Genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning. Den teoretiska plattformen för ett pilotprojekt om kopplingen mellan arbetsmiljö, tillgänglighet och resurser. Degerfors: Samarbetsdynamik AB

Andersson Ulf (2003): Memeologen – Ett utvecklingscentrum inom Västerbottens läns landsting. Telefonintervju och brevväxling.

Arbetsmiljöverket (2002a): Fokusinspektion. En arbetsmetod för tillsyn av organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågor i ett arbetsliv i förändring. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket (2002b): Från frustration till total utmattning. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Henriks G. (2003): Qulturum vid Ryhovs sjukhus i Jönköping. Ett samtal om kopplingar mellan tillgänglighet, resursutnyttjande, arbetsmiljö och kvalitet i en landstingsverksamhet. Ett referat finns i Wennberg BÅ, Hane M (red) (2003): Genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.

Rutberg H (2003): Centrum för verksamhetsutveckling vid Landstinget i Östergötland. Telefonintervjuer och brevväxling

Den trygga och nära vården

av medarbetare* på Kvinnokliniken vid Motala lasarett
i samtal med Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

Berättelsen är baserad på ett enda samtal i en så kallad fokusgrupp. I gruppen deltog både verksamhetschefen vid klinken och centrumchefen för hela den enhet där kvinnokliniken ingår. Samtalet förbereddes genom en intervju med klinikens kvalitetsutvecklare och genom att läsa ett urval av klinikens rapporter och verksamhetsberättelser. Det slutgiltiga referatet kontrollerades vid ett uppföljande möte med huvuddelen av dem som formade fokusgruppen deltog. Berättelsen har utvecklats genom att referatet från samtalet lästs och korrigerats av deltagarna. Själva samtalet inleddes med en kort presentation av några teman vi fångats av i boken "Från kris till pris – med patienten i centrum", där klinikens utvecklingsarbete beskrivs.

Om kvinnokliniken

Motala lasarett är ett akutsjukhus med 240 vårdplatser. Kvinnokliniken (KK) är den minsta enheten och har 12 vårdplatser. Kliniken är organiserad utgående från två vårdkedjor; en enhet för kvinnor med gynekologisk sjukdom och en enhet för gravida kvinnor. Båda enheterna har integrerad öppen och sluten vård och tar emot akuta patienter dygnet runt. Kliniken har 80 medarbetare fördelade på 67 heltidstjänster.

Kvinnokliniken har en lång tradition. Redan 1926 invigdes barnbördshuset i Motala. Det dröjde emellertid ända till 1970 innan det

*) Deltagarnas namn anges i slutet av texten

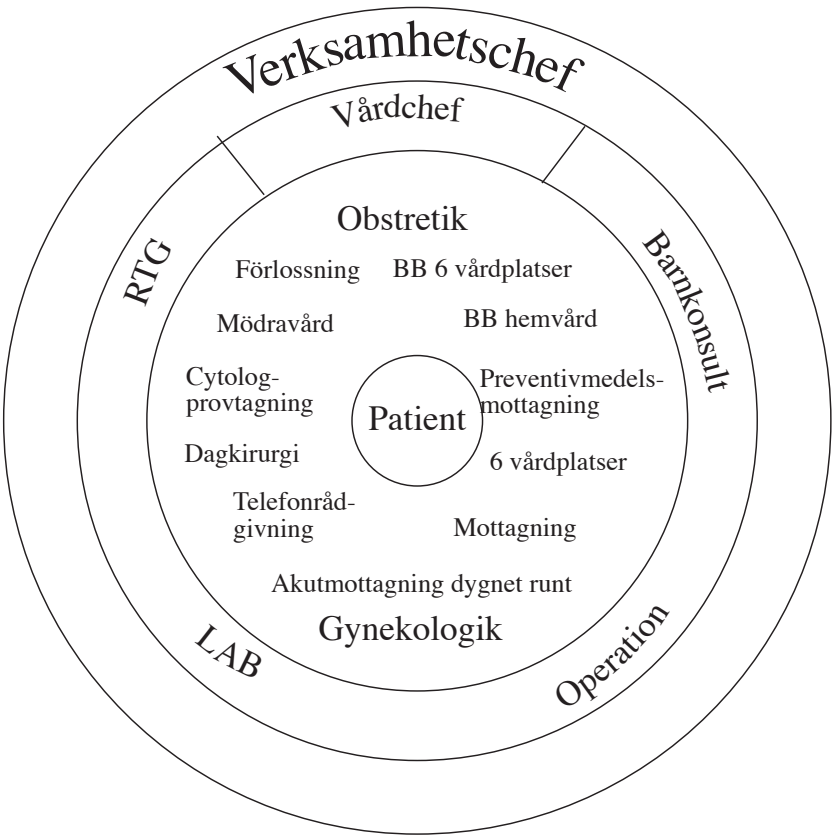
nuvarande lasarettet stod färdigt och kliniken kunde integreras i detta. 1949 hade Barnbördshuset 57 vårdplatser och vårdtiden för patienterna varierade mellan 10-20 dagar. När Barnbördshuset integrerades i lasarettet 1970 hade kliniken två vårdavdelningar med 32 vårdplatser vardera. 1983 införde dåvarande klinkchefen Carl-Axel Nilsson begreppet ”tidig hemgång från BB” i Sverige. Det innebar att om allt stod väl till med mor och barn och de valde att lämna BB inom 72 timmar kunde de få stöd av barnmorska i hemmet. Därefter har utvecklingen gått snabbt.

Nu kan man få gå hem redan efter 6 timmar. Alla som går hem inom 72 timmar får BB-hemvård. Den som vill får emellertid stanna på BB så länge man önskar. Detta är ett bra exempel på hur behandlings- och vårdarbete har ändrats under de senaste decennierna. Antalet vårdplatser har radikalt kunnat minskas. Arbetet har emellertid samtidigt ändrat karaktär. Den övervakning som tidigare kunnat ske på vårdavdelningen och den beredskap som krävs måste nu organiseras på annat sätt.

De flesta andra behandlingar har också ändrat karaktär. Kirurgiska ingrepp har blivit färre. Medicinering har ersatt kirurgi och de flesta ingrepp görs nu som dagkirurgi på mottagningen. Enkla provtagnings och undersökningsmetoder har utvecklats och har blivit lättare att utföra. De har därmed blivit vanligare och ökat i volym. Många moment i både undersökning och behandling kan därför nu utföras av annan personal än läkare.

Genom kvalitetsarbetet har det visat sig att många behandlingar kräver en ökad och mer djupgående samverkan mellan olika personalkategorier, och framför allt med patienten, om de skall ge bra resultat. Genom en fördjupad sådan samverkan har man kunnat utveckla helt nya, bättre och effektivare behandlingsprinciper. Läkarnas och övriga medarbetares arbete har därmed kunnat effektiviseras. Vad som förut varit svårt har blivit rutin och man har därmed kunnat ägna mer tid åt de mer komplexa fallen.

Kvinnokliniken vid Motala lasarett
Ledning och organisation



Genom de förskjutningar som skett från slutenvård till öppenvård har komplexiteten i mottagningsarbetet ökat och belastningen blivit större.

Man har därför arbetat intensivt med att förbättra tillgänglighet och flöden. Arbetet har inriktats på att åstadkomma en ökad uppmärksamhet hos läkare och andra medarbetare på de negativa effekterna för både arbetsmiljö och effektivitet av köer och tillgänglighetsbrister. Den förbättrade tillgängligheten har sedan åstadkommits genom en förbättrad samverkan mellan alla på kliniken.

En viktig förutsättning för denna samverkan är att man gemensamt följer upp, analyserar och försöker påverka faktorer som har betydelse för tillgängligheten. De förändringar vi här redogjort för, tillsammans med ständiga sparbeting, har således under den senaste tioårsperioden tvingat fram radikala förändringar i läkarnas och övriga medarbetares arbete.

Tecken på dessa förändringar fanns redan på 70-talet. Kliniken hade exempelvis sedan 1970 minskat vårdplatserna från 64 till 36 med bibehållen personalstyrka. Förändringen av vårdens karaktär medförde således redan då behov av en radikal omställning av arbetssättet eftersom den gamla organisationsformen medförde att kliniken ständigt var ”felbemannad”. Till detta kom besparingskrav och behov av strukturella förändringar i vården. Detta ledde till en känsla av ”hot” mot den egna positionen hos många i personalen.

Detta ledde 1989 till en mycket svår arbetssituation med långvariga konflikter och förtroendekriser både mellan olika personalkategorier och mellan ledning och personal. 1989 påbörjade Birgit Nilson och Barbara Almfeldt det förändrings- och förnyelsearbete som fortfarande pågår. Deras insatser ledde till att klinken 1997 tilldelades Kvalitetsutmärkelsen svensk Hälso- och Sjukvård (QUL). Vägen dit har Birgit och Barbara beskrivit i boken ” Från kris till pris”.

Förändringstrycket har inte minskat – snarare ökat. Man står även i dag inför nya stora besparingskrav och måste ta ställning till förslag om omstruktureringar, sammanslagningar och nedläggningar. Verksamhetsansvarigas inställning är att om dessa genomförs okänsligt så kan detta leda till att man förskingrar det kunskaps- och förtroendekapital som byggts upp. Därför arbetar man nu hårt inom kliniken för att finna alternativa lösningar som inte riskerar att medföra sådana vårdmässigt negativa konsekvenser.

Så här berättar man om sin verksamhet:

Vi fortsätter arbetet som vi börjat

Genom att vi ständigt befunnit oss under hot så tror vi att alla på klinken har insikt om att det är viktigt att kunna leva med ständiga förändringar. För vår del har det varit fyra faktorer som varit grundläggande för att kunna hantera denna situation

- vår patientcentrering
- vårt teamarbete – som omfattar hela kliniken
- vårt kvalitetstänkande som vi utvecklat genom bland annat utbildning i TQM
- allas delaktighet i arbetet (helheten) och vår gemensamma framtid.

När vi säger att patienten är i centrum så innebär detta att många fler än en enskild läkare engagerar sig i patienten. Poängen med det är att fler par ögon ser mer än ett par. Genom att utveckla samarbetet med patienten i många fler dimensioner, även i andra än den rent medicinska, så har vi alla fått nya insikter.

Vi har genom detta kunnat skapa bättre och mer effektiva behandlingar genom att de är mer anpassade till patientens förutsättningar och möjligheter. Det finns ett problem med denna arbetsform. Det finns exempelvis kolleger på andra sjukhus som tror att det är ett tecken på inkompetens att en läkare måste fråga en annan personalkategori om en patient.

Man har då missförstått poängen med att rådgöra med varandra och ta del av flera perspektiv. För oss är det därför tvärtom. Det är för oss ett tecken på kompetens att kunna integrera dessa olika perspektiv. Det är en brist att inte kunna det.

Vi lär oss ständigt av varandra. Genom att fler deltar i analyser och diskussioner om patienten och dennes problem så får man en bättre förståelse av helheten. Självklart samlas vi inte kring varje patient och alla är inte med på allt. Mycket är invant och går på rutin. Det följer samma linjer som är välkända och inarbetade i sjukvården i övrigt. Däremot ges vi alla möjlighet att deltaga i och analysera sådant som vi ännu inte förstår och sådant som är komplicerat och annorlunda. Teamarbetet har därmed en direkt kvalitetshöjande effekt på vården. Det ger förbättringar för patienten samtidigt som det skapar lärande och en ökad trygghet för oss alla.

Vi anser oss därmed ha funnit en ny väg för att utveckla vården som inte enbart är knuten till läkarens arbete. Medarbetarna har exempelvis hos oss fått välja olika ansvarsområden som de själva vill utveckla sig och verksamheten i. Dessa grupper tar egna initiativ och arbetar fram alternativ och nya arbetsformer för olika behandlingar. Vi har till exempel team för smärta, klimakteriebesvär, kontinens, fertilitetsfrågor och venerologi

Genom det vi lärt oss om kvalitetsarbete, och genom vårt deltagande i lärseminarier, har vi insett värdet av ett systematiskt utvärderingsarbete. Vi prövar oss fram i små och avgränsade steg. Vi analyserar olika tänkbara åtgärder och tar ställning till om vad som är rimligt. Genom att många kvalificerade personer deltar i dessa diskussioner är vi trygga i att försök som startas inte kan leda till negativa konsekvenser. Vi känner därmed att allt vi gör står på en god saklig grund.

Genom vårt systematiska och gemensamma arbetssätt har vi lärt känna vars och ens kompetens och styrkor. Detta gör vardagsarbetet lättare och ökar möjligheterna att bedöma om en ny idé är något att satsa på. Kvalitetsarbetet har också gjort oss nyfikna och öppna för omtänk. Vi arbetar ständigt med tanken att det finns sådant som kan förbättras. Vi fångar gärna in det nya och accepterar lätt nya idéer och förslag. Det spelar ingen roll varifrån idéerna kommer. De kan komma hemifrån eller från någon kurs. Vi provar och vi tillåts prova.

Vi utvärderar alltid allting. Alla är med och bedömer det nya. Fungerar det inte så får vi arbeta vidare i nya banor.

Gemensamma överläggningar och analyser gäller även när vi är tvungna att spara pengar. Vi är alla med och ”hyvlar”. De många analyserna och samtalen om verksamheten gör att alla har en god överblick av hela kliniken men förstås alldeles särskilt de egna områdena. De gemensamma analyserna gör att alla känner och kan ta ansvar för vårt gemensamma arbete.

Det är därvid förstås en fördel att det finns en kärna av medarbetare som varit med länge. Det har inte varit smärtfritt att komma fram till detta förtroende. Det har varit en lång resa. V i har gått igenom mycket tillsammans. Vi har, och har också haft, roligt tillsammans. Många är sedan länge personliga vänner. Vi är ett gott gäng.

Delaktighet är för oss något mer än att man får vara ”med och besluta”. Delaktigheten byggs upp genom de samtal som förs inom verksamheten och där vi alla kan göra oss hörda och ha inflytande på resonemangen. Grunden till delaktigheten läggs i de utvecklingssamtal som förs mellan Barbara, Ditte och varje medarbetare. Ledningen skriver exempelvis personliga brev till medarbetarna inför dessa samtal.

Vi anser det således mycket viktigt att vi vet vad som rör sig i varandras huvuden så att vi kan respektera vars och ens förhållanden och ambitioner. Genom samtalen känner vi oss trygga med att verksamheten också så gott det går anpassas till våra enskilda förutsättningar och möjligheter. Erfarenheten visar att de andra tar hänsyn till en. Därför vågar man också visa om man är orolig för något. Kunskapen om varandra minskar osäkerheten och därmed också kontrollbehovet.

Delaktighet innebär också ett ansvar, nämligen allas ansvar för att vi gör ett gott jobb. Vi har stor frihet att fatta egna beslut och göra egna bedömningar men vi får också stå för dem i våra gemensamma

diskussioner och analyser. Utvärderingar och ifrågasättande av det existerande är en del av vardagen.

Sådana diskussioner gör att vi ständigt utvecklar vår bedömningsförmåga. Detta medför i sin tur att vi med tiden kan ta allt större ansvar. I bedömningsförmågan ligger också att vi lär oss inse när andra vet bättre och när man själv måste ta hjälp för att man antagligen vet för litet. Delaktigheten stärker vår självbild på ett sätt som inte kan åstadkommas genom någon utbildning. Processen tar emellertid tid och vi måste låta den få ta den tid det tar.

Den tysta kunskapen som leder till ökad trygghet

Det är en stor fördel att veta vad de andra medarbetarna kan och var gränserna för den egna kunskapen går. Det är också en stor trygghet att vi arbetar så att ingen behöver känna sig utsatt. Många ögon är med och ser patienten och man har alltid tillgång till hjälp och handledning från andra.

Friheten och den goda kunskapen om varandra gör dessutom att det är möjligt att skapa realistiska överenskommelser. Realistiska överenskommelser behöver inte brytas. Med realistiska överenskommelser kan var och en ta ansvar för att allt fungerar. Man kan då också lita på att det som man kommit överens om också blir gjort.

Det är roligt att lära sig behärska många olika områden och få möjlighet att deltaga i olika projekt och utvecklingsaktiviteter. En sådan kunnighet skapar större självkänsla. En sådan vidgad kompetens ökar också tryggheten inför framtida förändringar. Inte så att man tror att man vid en framtida förändring kommer att få arbeta med just det man lärt sig. Arbetssättet på kliniken har istället medfört att man vet med sig att en förändring inte är så komplicerad. Man kommer också att kunna lära sig det nya.

Det är sant att sjukvården tillhör den typ av verksamheter där man inte får göra ”fel”. Det är viktigt att man kan lita på att det blir ”rätt”. Detta behöver emellertid inte ske efter auktoritära principer även om också vi bygger på auktoritet. Om någon utifrån ser på hur vi lagt upp arbetet kan detta misstolkas. Arbetssättet, rutinerna och det sätt vi delat upp arbetet kan för en utomstående verka riskfyllt, våghalsigt eller orealistiskt om man inte förstår att arbetssättet är förankrat i vår tysta kunskap. Det fungerar väl just för att denna finns.

Vi kan lita på varandra ty

- vi pratar runt patienten i team
- vi har sett varandra i arbete och hört varandra diskutera och analysera
- vi undviker missförstånd genom att ställa frågor till varandra och utveckla resonemang. Det är i dessa resonemang som klokheten visar sig och det är genom dessa som det är möjligt att ta den till sig.
- vi samlar ständigt fakta om vad vi gör och gjort. Vi frågar patienter, vi talar med kolleger, vi mäter och vi gör egna bedömningar
- vår delaktighet gör det möjligt för var och en att ta ställning till och avgöra om något är en klok eller oklok väg att gå. Vi behöver inte hålla ”fasaden” – något som annars är vanligt inom sjukvården.

Detta leder till en praktisk komplikation. En utomstående kan inte bara genom en yttre inspektion och genom att ytligt ta ställning till rutiner och arbetssätt förstå varför de fungerar. De bygger på en kunnighet och en kompetens som visar sig först när man samtalar med oss om verksamheten och hör hur vi resonerar.

Den osynliga kunskapen som förbättrar vårdkvaliteten

De ständiga försöken att skapa ett bättre flöde, samlas kring patienten, följa denne genom hela processen och integrera olika personalgruppers arbete har gett oss nya kunskaper om patienternas förhållanden och besvär. Detta har i sin tur öppnat upp möjligheter för alternativa behandlingar. De kunskaper som vi vunnit har främst att göra med patienternas egen inställning till, förutsättningar för och möjligheter att framgångsrik fullfölja en behandling men är förstås också nära kopplade till medicinska frågeställningar.

Behandlingar som tidigare rutinmässigt gjorts i form av ingrepp, exempelvis vid inkontinens, formuleras nu i samarbete med patienten och har visat sig ge mycket bättre resultat. Just denna utveckling har möjliggjorts genom det speciella kontinensteam som utvecklat rutiner i vilka man samtalar med patienten före läkarbesöket, förbereder detta och också följer upp patienten efteråt. Liknande erfarenheter finns inom nästan alla de övriga områdena.

Minskade vårdtider, färre kirurgiska ingrepp, mera dagkirurgi, fler medicinska behandlingar, mer uppföljning och bevakning vid vård i hemmet och större vikt på god rehabilitering och höjd livskvalitet har visat sig ställa större krav på vår gemensamma förståelse av patientens situation. I en individualiserad vård måste behandlingarna anpassas till patienten och inte tvärtom. Därmed får patientens eget agerande en allt större betydelse för dennes tillfrisknande. Diagnoser baserad på statistisk evidens måste kompletteras med andra kunskaper för att skapa mer precisa alternativ.

Vårt arbetssätt gör det möjligt att fånga upp dessa nya kunskaper. Vi har funnit att först när vi fångat dessa nya kunskaper har det blivit möjligt att utveckla sådana behandlingsalternativ som gör att patienten inte återkommer med nya besvär i en ständig rundgång Dessa kompletterande kunskaper skulle inte kunnat vinnas om vi varit organiserade på ett traditionellt sätt i stuprör och med skarpa professionella gränser.

Vår ansats att sätta patienten i centrum har också hjälpt oss i vårt interna integrerings och förändringsarbete. Vårt fokus på patienten, och inte i första hand på diagnosen, har gjort det möjligt att förverkliga den förändring av vårdarbetet inom kliniken som varit nödvändig. Denna integrering hade inte varit möjlig om vi utgått från och varit isolerade inom våra konventionella professionella yrkesgränser.

Vårt fokus på patienten har lärt oss att vår egen personliga kunskap alltid är begränsad. När det handlar om en enskild patient – och inte en diagnos av konventionellt snitt – rör det sig ju om frågor som inte har ett självklart facit. Vi möter problem som inte kan standardiseras och som inte har givna svar. Vi behöver varandras olika perspektiv för att få en klarare och mer precis bild. Denna insikt har gett oss nya möjligheter att i samarbete utveckla vårdarbetet och skapa den kvalitet, den tillgänglighet och den effektiva användning av resurser som vi i dag har.

En resursekonomisk verksamhet

Vårdverksamhet som sätter patienten i centrum skiljer sig från massproduktion genom att det aldrig finns en given balans mellan resurser och behov. Man kan visserligen snabba upp, effektivisera, rutinisera och åstadkomma en högre produktivitet i termer av fler genomförda besök, operationer etc. men de resurser som då frigörs engageras ständigt i nya, svåra och hittills olösta patientproblem.

En konsekvens av att sätta patienten i centrum är att vi i linje med modernt kvalitetstänkande har flyttat vårt fokus från att uppfylla enkla resultats- och produktivitetsmått till att åstadkomma en så god resursekonomi som möjligt.

Med detta menas att vi följer principen att använda alla resurser så väl vi kan. Varje insats skall leda till en kvalitet på vården som är relevant, som är till nytta för patienten och som ger denne förtroende

för verksamheten. Självklart kan en god resursekonomi leda till möjligheter att minska resursbehovet, exempelvis personalbehovet. Detta är emellertid sällan aktuellt. En god resursekonomi innebär istället att gränsen för det möjliga ständigt förflyttas och överskrids. Patienterna får således genom en bättre resursekonomi en bättre vård. Denna bättre vård kan inte alltid avläsas i förenklade resultatsmått.

När våra läkare bara hade 20 min per patient kunde vi med olika åtgärder avlasta dem så att de fick 30 min per patient. Detta innebar inte att de fick en minskad arbetsbelastning utan endast att de kunde ge de tyngre och svårare patienterna en bättre vård.

Här skiljer sig situationen från den vi mötte under perioden fram till 1989. Då medförde ”produktionstänkandet” att en minskad vårdtid ledde till att personalresurser kunde frigöras. De som inte hade några patienter att vårda hade ju då helt enkelt inget annat att göra eftersom de var ”låsta” inom sitt förutbestämda arbetsområde.

Man måste emellertid skilja mellan vårdarbete och finansiering. Problem med finansieringen har medfört att vi ständigt utsatts för olika ”sparkrav” som inte egentligen har samband med hur vi bedrivit verksamheten. Konkret innebär detta att vi måste genomföra konventionella rationaliseringsåtgärder utan att detta egentligen är motiverat av vårdarbetet som sådant. Vi måste klara våra åtaganden med mindre resurser.

Några av de vanligaste åtgärderna vi då har kunnat använda är

- att försöka flytta verksamhet från sluten till öppen vård
- att minska köer och de störningar och det merarbete dessa innebär
- att ta bort buffertar så att det uppstår ett ”bättre flyt”

- att flytta uppgifter från högkvalificerad och ”dyr” personal som exempelvis läkare till annan personal som exempelvis sjuksköterskor och barnmorskor

- att se till att kringuppgifter och förberedelsearbete effektiviseras så att alla kan utföra sitt arbete mer effektivt än tidigare

- att man minskar jourarbetet så att man kan ta fler patienter på ordinarie tid

Vi har försökt göra också dessa åtgärder så att de är kongruenta med vår tolkning av resursekonomi. De nya tillstånden upprätthålls således inte främst genom organisatoriska grepp. De skapas och upprätthålls genom att alla medverkar till att inrikta sitt arbete på vad som är mest relevant att göra och vad som skapar bäst kvalitet i varje situation. Att upprätthålla detta tillstånd kräver samordning och både engagemang, ansträngning och kunnighet av varje medarbetare.

Arbetet blir också mer intensivt. Det kräver större ansvarstagande och en förbättrad bedömningsförmåga såväl som större uppmärksamhet och kreativitet. Allt detta är en typ av psykologisk belastning som man oftast inte tänker på som en arbetsmiljörisk eftersom arbetet i sig är mer stimulerande. Ett sådant engagemang skulle kunna leda till ohälsa om engagemanget missbrukas eller inte får ett produktivt utlopp och leder till stress och frustration.

Det är därför viktigt för oss att skapa en sådan balans i arbetet så att man har möjlighet att bli avlastad. För att undvika frustration får man heller inte känna sig som en bricka i vårdproduktionen. Man skall kunna signalera när man upplever situationen övermäktig – exempelvis om man skulle tvingas hantera extraordinära privata problem. Den goda relationen och det stora förtroendet mellan Barbara, Ditte och medarbetarna tror vi spelar stor roll för att goda lösningar har kunnat etableras.

Det finns också risk att någon hamnar i ”honungsfällan” dvs. blir så engagerad i arbetet att denne inte märker utmattningssymptomen förrän det är för sent. Vi är därför också, genom ledningen, uppmärksamma på att enskilda medarbetares engagemang inte missbrukas och att arbetet fördelas någorlunda jämnt. Det kan ju inte undvikas att det oftast är några få som har möjlighet att ”ställa upp” – och också gör det – när det behövs.

Resursekonomi bygger också på en disciplinerad synkronisering. Det är viktigt att patienten kommer in när det är avtalat. Vi måste begränsa köer, överfulla väntrum och överbokningar som skapar stress och gör alla irriterade och uttröttade. Av samma skäl är det viktigt att man strävar efter att hålla den tid för olika aktiviteter som är planerat och att man genom ständig kommunikation samordnar sina insatser.

I vår filosofi ingår också att man inte skall behöva förbruka energi på onödig oro och onödiga obehag. Vi pratar därför mycket om stress. Vi följer moder Teresas råd att om man lär känna varandra väl så lär man sig också att tycka om varandra och därmed också lita på varandra. Arbete och privatliv är nära. Vi får också mycket energi från våra patienter genom att de ger oss stimulans och uppskattning. Det finns förstås alltid några som känner sig ensamma och har det tungt. Vi tror att det då är en trygghet att veta att det alltid är ok att komma hit eller att stanna hemma – vilket de än själva beslutar.

En viktig faktor för att undvika resursläckor är att vi i så stor utsträckning själva valt vad vi vill jobba med. Vi måste förstås respektera de scheman och andra rutiner som lagts upp men vi har inom dessa ramar stor frihet att lägga upp arbetet som vi själva vill. För att få full flexibilitet har vi prövat med ett ”tvättstugeschema”. Det visade sig emellertid för arbetskrävande och komplicerat att bygga upp.

Vi fann att vi istället kunde nå samma goda resultat om vi lade schemat centralt men med stor hänsyn till de personliga önskemål som

framställs och med konsultationer med de som berörs. Genom att alla tar ansvar och vill medverka till en bra lösning så har detta förfaringssätt visat sig vara bättre och gå fortare.

Också patienten måste uppleva miljön som rogivande, vacker och avspänd. Patienten skall känna sig välkommen och därmed också trygg. Vi tror att detta förhållningssätt bidrar till ett snabbare tillfrisknande hos patienten. Vi har satsat mycket på att göra vår miljö vacker, ljus, ombonad, genomtänkt och ”glad”. Vi har i detta arbete försökt sätta oss i patientens ställe och ”se vad de ser” när de sätter sig i väntrummen eller i undersökningsstolen. Varje väntrum är speciellt avpassat för den kategori patienter som kommer att sitta där.

Om framtiden

Mycket av samtalet har utmynnat i behovet av att känna trygghet och tillit. Detta gäller förstås både för personal och patienter. Ny personal måste ges möjlighet till handledning, hjälpas in i arbetet genom en bra introduktion. De måste stegvis få lära sig saker och måste känna att äldre kolleger är trovärdiga och säkra i sina bedömningar. De måste också få möjlighet att utvecklas på sina egna villkor. Detta kräver att man har en kärna av erfaren personal som kan fungera som mentorer och stöttepelare och som känner varandra. Samma sak är det förstås för patienterna.

Dagens patienter är kunnigare och mer självständiga än gårdagens. Det betyder att vi måste vara beredda att hjälpa dem genom vårdkedjan på samma sätt som vi introducerar våra nya medarbetare i deras arbete. Också för patienterna är det viktigt att de kan relatera till något nära, välkänt, trovärdigt och trygghetsskapande.

Uppbrott av uppbyggda relationer, väl inarbetade kontaktytor och den kunskap som man skaffat sig om en viss kontext rubbar denna trygghet. Det sociala kapital som finns förstörs och kan ta mycket

lång tid att bygga upp igen. Under ogynnsamma förhållanden kanske det aldrig mer uppstår.

Ett viktigt skäl till att vi ser just denna aspekt som viktig är att vi ständigt levt under hot av att bli splittrade, nedlagda, flyttade eller sammanslagna med andra enheter. Paradoxalt nog har således dessa yttre hot tvingat oss att uppskatta den konstruktiva tryggheten. Med konstruktiv trygghet menar vi den trygghet med varandra och i oss själva som har gjort det möjligt att förändras, utvecklas och ibland åstadkomma det omöjliga. Vårt arbetssätt är grundlagt i denna trygghet.

Vi har samtidigt funnit att vårt framgångsrika arbetssätt och den patientnytta och den effektivitet som vi anser oss ha åstadkommit upplevs hotande av andra. De tycker sig inte ha samma förutsättningar och arbetsförhållanden som vi. Vi har det bättre. De ser det därför inte som möjligt att arbeta som vi. Vi hör ofta uppfattningen att om vi hade det lika besvärligt som de så skulle vi också behöva tillgripa samma rutiner och lösningar. Ingen vet hur det egentligen förhåller sig – men just detta borde diskuteras mera.

Vi står nu inför nya stora besparingskrav och hot om olika strukturella åtgärder. Vi ifrågasätter inte att sjukvården av finansiella skäl behöver spara. Det vore emellertid opraktiskt om besparingarna genomförs på ett sådant sätt att de äventyrar resursekonomin. Då kommer även de begränsade resurser som faktiskt finns att användas ineffektivt.

Det vore därför värdefullt att i samband med dessa besparingar också diskutera frågan om resursekonomi, personalens behov av trygghet och hur förtroendet mellan patienter och vård skall kunna upprätthållas.

Deltagare i samtalet och medförfattare

Barbara Almfeldt, verksamhetschef
Ninnie Borendal, läkare
Margareta Carlsson, kvalitetssamordnare
Ann-Britt Larsson, sjuksköterska
Ditte Pehrsson Lindell, centrumchef

Den interdisciplinära kompetensen

av medarbetare* på Rehabiliteringsmedicinska kliniken vid Ryhovs sjukhus i Jönköping i samtal med Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

Berättelsen är baserad på ett enda samtal i en så kallad fokusgrupp. Samtalet förbereddes genom en intervju med några av dem som formade fokusgruppen och det slutgiltiga referatet kontrollerades vid ett uppföljande möte med samma grupp. Berättelsen har utvecklats genom att referatet från samtalet lästs och korrigerats av deltagarna. Det har avslutningsvis också lästs och kommenterats av verksamhetschefen. Själva samtalet inleddes med en kort presentation av vad Monica Hane läst ut ur dokumentationen från förmötet med relevans för begreppen tillgänglighet, arbetsmiljö och resursutnyttjande.

Om rehabiliteringsmedicinska kliniken

Rehabiliteringsmedicinska kliniken genomför kvalificerad rehabilitering baserad på så kallade interdisciplinära insatser. Med interdisciplinära insatser menar man åtgärder som bygger på ett mycket tätt och sammanvävt samarbete mellan olika professioner där insatserna, vilka som än genomför dem, präglas av en gemensam analys av patientens resurser och behov av stöd.

Detta innebär att åtgärderna bestäms utifrån integrerade medicinska, psykologiska och sociala kunskaper. De kan därför effektivt riktas mot att den sjuke och skadade kan återvinna bästa möjliga funktionsförmåga, få förutsättningar för ett normalt liv och utifrån denna situation själv skapa sig ett så rikt liv som möjligt..

*) Deltagarnas namn anges i slutet av texten

Kliniken har ett länsövergripande ansvar och erbjuder rehabilitering för patienter som inte uppfattas kunna få adekvat rehabilitering genom andra vårdinstanser. Kliniken har 38 rehabiliteringsplatser som kan varieras mellan inneliggande rehabilitering och dagrehabilitering, allt efter patientens omvårdnadsbehov. Dagpatienter bor hemma. För dagpatienter med lång resväg finns möjlighet att bo på patienthotell. Dessutom bedriver kliniken en omfattande poliklinisk verksamhet.

De patienter som kommer ifråga är sådana med

- Förvärvade hjärnskador såsom till exempel stroke, subarachnoidalblödning, tumörer
- Patienter med långvarig men icke-malign smärta (rörelseorganens sjukdomar)
- Spinalskaderehabilitering
- Multipla trauman och övrig neurologisk rehabilitering

Kliniken erbjuder i huvuddelen av fallen konsultbedömning senast en dag efter remiss. Eventuell intagning och därmed sammanhängande rehabiliteringsbehov bedöms därefter av ett interdisciplinärt team. Intagning på kliniken sker efter kriteriet att patienten skall ha behov av den speciella integrerade vård som kliniken erbjuder, riskera varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död och inte ha möjlighet att få adekvat hjälp genom andra vårdinsatser.

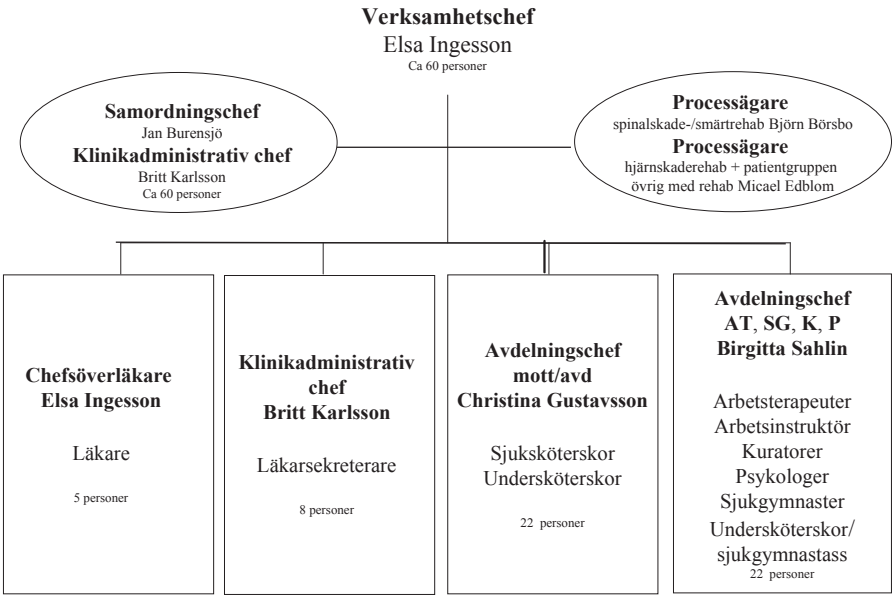
Kliniken har sedan flera år genomfört en mängd utvecklingsinsatser inom kvalitetsområdet. Man har också arbetat hårt för att forma en lärande organisation. Man har utvecklat så kallade styrkort för verksamheten och man har på senare tid deltagit i ”Bra mottagning” för att åstadkomma ”avancerad tillgänglighet”. Verksamhetsfrågor aktuella vid årsskiftet 2001-2002 finns dokumenterade i en redogörelse från en ”utvecklingsdialog” med sjukvårdsledningen 02-01-28. Man

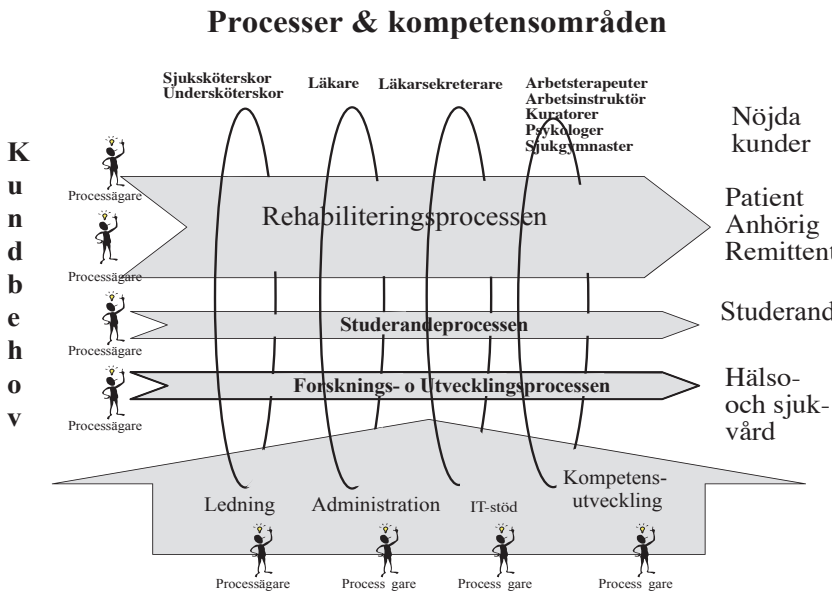
har därefter genomfört ett antal administrativa projekt och ett projekt för att integrera nya medarbetare i verksamheten.

Det huvudsakliga utvecklingsarbetet under det senaste året har skett inom projektet 7-dygnsrehabilitering. Projektet har initierats av att rehabiliteringsmedicinska kliniken fått sjukhusledningens uppdrag att återuppta den sjudygnsrehabilitering som avvecklades i mitten av 1990-talet som en följd av stora sparprogram. För att genomföra detta har ca 8 nya årsarbetare anställts. Projektet har utvärderats av en oberoende utvärderare 03-06-05.

På kliniken arbetar 5 läkare, 7 arbetsterapeuter, 7 sjukgymnaster, 12 sjuksköterskor, 18 undersköterskor, 7 sekreterare, 2 kuratorer, 2 psykologer, 1 logoped och 1 ortopedingenjör. Så gott som alla är klinikanslutna.

Rehabiliteringsmedicinska klinikens organisation





Så här berättar man om sin verksamhet:

Om interdisciplinärt och multidisciplinärt samarbete

Alla människor lider av någon typ av funktionsnedsättning eller brist. Ingen är perfekt. I allmänhet spelar dessa brister inte någon roll. Vi kan hantera livet ändå. Ett skäl till detta är att vi som människor har en stor redundans – reservkapacitet – som gör att vi kan etablera strategier som ger oss ett gott, eller i varje fall tillfredsställande, liv trots enstaka funktionsnedsättningar och brister.

Vi har resurser som kompenserar för våra eventuella svagheter. Vi kan vara nyfikna, envisa, kunniga etc. Vi kan har viktiga erfarenheter, som vi kan använda oss av. De flesta av oss kan också dra nytta av resurser i omvärlden som exempelvis ett gott hem, anhöriga och vänner, prestige, lojalitetsförhållanden, en rimligt god ekonomi etc.

För de patienter som kommer till oss har denna balans allvarligt rubbats. De lider inte av något snabbt övergående som exempelvis en

förkylning. De kan ofta inte efter tillfrisknandet återgå till sin tidigare livsföring. Vi, de själva, och deras anhöriga måste i stället acceptera att funktionsstörningen under lång tid kommer att påverka hela deras livssituation.

Detta är viktigt att påpeka om man vill förstå vår verksamhet. Vi skiljer oss från den vård och rehabilitering som lägger upp arbetet efter principen att man skall återställa något - det som blivit skadat - till det ”normala”. I denna kan man utgå från att patienten med tiden kan träna upp funktionsförmågan och återgå till det liv man haft. Vårdgivarens ansvar slutar normalt där. Så är det inte för våra patienter. Vad de drabbats av är alltför allvarligt för att det skall vara möjligt att tänka sig en sådan strategi. De behöver hjälp och stöd i sin rehabiliteringsprocess under relativt lång tid.

Vi har redan från början bedömt att våra patienter kräver en interdisciplinär insats. För övriga patienter är andra vårdformer än de vår klinik erbjuder tillräckliga. Även i dessa vårdformer är det förstås avgörande att de som drabbas får rätt behandling tidigt. Felhandlingar och fördröjningar medför onödigt lidande och försvårar omställningen. I dessa ambitioner skiljer sig inte vår klinik från andra vårdformer. Skillnaden ligger snarare i patientens situation.

Livskrisen för en ”vanlig” patient är inte värre än att vad som behöver göras kan inriktas på enskilda aspekter av problematiken. Läkaren kan göra sitt, sjusköterskan sitt, sjukgymnasten sitt, arbetsterapeuten sitt och kuratorn sitt. Varje insats kan göras av olika professioner var för sig utifrån vars och ens egen självständiga bedömning. Det är detta förfarande som vi kallar vi kallar multidisciplinärt.

Bakom detta ligger antagandet att patienten och dennes anhöriga själva, och utifrån sin egen basala kunskap och erfarenhet, kan åstadkomma den nödvändiga integreringen av de olika rehabiliteringsinsatserna. Även om dessa erbjuds från olika håll och med olika utgångspunkter så är det fullt möjligt för patienten och dennes om-

värld att själva bidra till den omställning som krävs för att patienten skall kunna skapa sig ett tillfredsställande liv. Även i ett multidisciplinärt samarbete ser förstås varje profession till patientens bästa. Här skiljer vi oss inte åt. Skillnaden är att i ett multidisciplinärt samarbete behöver man inte engagera sig så djupt i patientens egen fortlöpande rehabiliteringsprocess som vi behöver göra.

Skälet till detta är egentligen självklart. För våra patienter är problemen så stora att man inte kan räkna med att det i patientens omvärld finns tillräckliga kunskaper och erfarenheter av vad det handlar om. De kan inte på egen hand forma ett rikt liv för patienten. Både anhöriga och patient måste ges ytterligare insikter och stöd på en mängd olika områden för att rehabiliteringen skall fungera. Vad vi gör blir en pedagogisk insats lika mycket som en medicinsk.

Det är därför som det interdisciplinära samarbetet blir så viktigt. Det interdisciplinära arbetet skall bilda en ”helhet” genom vilken patienten känner sig trygg med att allt vad som görs samverkar och är koordinerat. Den hjälp och de förslag som ges av en person – eller inom ett område – får inte strida mot eller motverka förslag och åtgärder inom ett annat. Då skulle patienten bli förvirrad och viktig energi gå förlorad

I ett interdisciplinärt samarbete kan man därför inte utgå enbart från egna isolerade bedömningar av ”hur det är”. Alla bedömningar och ställningstaganden måste utgå från en gemensam och tillsammans framdiskuterad bild av patientens rehabiliteringsprocess. Eftersom ingen patient är den andra lik blir varje bedömning specifik. Varje professions bedömningar påverkas av vad de andra professionerna ”ser” hos just den patient man för tillfället engagerar sig i[1]

---

[1] C West Churchman använder bilden av de tio blinda männen som skulle beskriva en elefant för att illustrera vad vi tror att man på kliniken uppfattar som skillnaden mellan multidisciplinärt och interdisciplinärt. De tio blinda männens enda möjlighet att ta reda på hur elefanten såg ut var att använda sina händer. En kände på elefantens snabel och hävdade bestämt att elefanten

Den interdisciplinära rehabiliteringsprocessen - en serie av improvisationer

Vi ser alltid patientens problem, svårigheter och funktionsnedsättningar i relation till dennes egen motivation, resurser och möjligheter. Detta har konsekvenser för diagnostik och bedömningar. Patientens resurser blir uppenbara för oss först i och genom de aktiviteter vi gör tillsammans. Till skillnad från konventionell diagnostik av problem och sjukdomar kräver vår ansats

- att vi samverkar med patienten under en längre tid,
- att patienten aktivt deltar i att formulera sina egna mål och ambitioner och
- att även dennes anhöriga medverkar.

De anhöriga har stor betydelse. Dessa känner till patientens tidigare vanor. De känner dennes normala sätt att agera. De är därför till stor nytta när det gäller att avgöra vad som kan vara en följd av skadan och vad som är en del av patientens normala beteenderepertoar. De kan också ge anvisningar om hur vi skall förstå patientens ambitioner, strävanden och olika försök att skapa sig livskvalitet.

Vid intagningen bedömer teamet patienten. Efter en tid arbetar vi i teamet tillsammans med patient och ibland även anhöriga fram en

---

närmast kan liknas vid något smalt och långt. Elefanten var ganska lik en orm. En annan omfamnade ett av elefantens ben. Han var lika säker på sin sak när han jämförde elefantens form vid ett träd. Också de andra blinda beskriver sin del av elefanten och menar att just deras erfarenhet ger den sanna bilden av elefanten. Berättelsen är hämtad från Jan Bärmark – Forskning om forskning eller konsten att beskriva en elefant. Om man inte tvingas att ”tala sig samman” är risken stor att varje profession utgår från sin bild av rehabilitering sprocessen. Ett interdisciplinärt samarbete ger en rikare och mer realistisk bild även om inte heller den någonsin kan vara helt fullständig.

rehabiliteringsplan. Denna förs in i journalen och en kopia lämnas till patienten. Allteftersom tiden går får både vi och patienten mer information och erfarenhet av och om varandra. Då måste rehabiliteringsarbetet också omriktas och revideras. Vi genomför därför återkommande träffar med patient och anhöriga för att uppdatera rehabiliteringsplanen.

Rehabiliteringsplanen är ett ramverk. Den beskriver skadans art, resurser, problem, mål och typen av åtgärder. Rehabiliteringsplanen är en plattform för att göra det möjligt för berörd personal att ta unika initiativ och skapa kreativa lösningar som alla drar åt samma håll. Arbetet med och runt planen engagerar alla i teamet runt patientens rehabilitering. Detta gör att patienten alltid möter personer som är väl införstådda med vad som gäller. Patienten ställs inte inför situationen att behöva berätta sin historia om och om igen. Vårt arbetssätt skapar trygghet, koncentration och konsekvens.

Vi anser att den bästa miljön för rehabilitering normalt är i hemmet. I hemmiljön kan man bygga aktiviteterna på sådant patienten känner väl igen och behärskar. Där finns det som patienten stimuleras av. Där är det också relevant att bygga upp nya livs- och funktionsmönster. I hemmiljön är det lätt att finna aktiviteter som tränar upp funktionsförmågan samtidigt som de känns rimliga och meningsfulla för patienten.

För våra patienter är det emellertid inte möjligt att utnyttja hemmet på detta sätt. Problemet för dem är att de inte i hemmet kan få den rehabilitering och den omvårdnad som de behöver. Vi måste därför åta oss att skapa en rehabiliteringsmiljö som i dessa fall är ett så bra alternativ som möjligt.

Målet är att patienterna skall kunna skrivas ut till eget boende så fort detta är möjligt. Tiden på kliniken skall därför vara en intensivinsats. Detta betyder att alla tänkbara situationer och möjligheter till utveckling och träning bör utnyttjas. Allt vad patienten gör ser

vi som en möjlighet till rehabilitering. För att åstadkomma lämpliga situationer för rehabilitering använder vi oss av olika aktiviteter, som är så vardagsnära som möjligt. I och genom detta samspel kan man upptäcka patientens motivation och intresse.

Tanken kan illustreras med några exempel. Det finns ett träningskök där patienterna kan vara med i arbetet med tillagning och servering av mat och i efterarbetet. Vid lunchserveringen deltar alltid en arbetsterapeut eller en sjukgymnast, för att patienten ska kunna träna även i matsituationen. Andra aktiviteter är trädgårdsgrupp, utflykter, sittgymnastik, nätboll, trägrupp med mera. I dessa aktiviteter kan patienterna delta efter rekommendation från personalen.

Samspelet med patienten måste vara äkta och ömsesidigt. Det kan inte förplaneras, kontrolleras eller styras. Det ”blir till” i stunden. En rehabiliteringsprocess av den typ vi genomför kräver därför ständig improvisation. Först då kan man åstadkomma den kombination av för patienten meningsfulla aktiviteter och goda rehabiliteringsmöjligheter som vi önskar.

Improvisation skall inte ses som något tillfälligt och spontant. Improvisation är en del av arbetet och kräver både stor övning och genomgripande professionell kunskap. Improviserandet kräver också en grundläggande och stabil struktur för att patient och team-medlemmar skall kunna delta i vad som görs.

Improvisation kräver också disciplin och hänsyn till andra. Alla kan inte spela solo samtidigt. En god improvisation behöver ett kunnigt ”komp” - dvs. ett samstämt team - för att improvisationen skall göra sig själv rättvisa. Här ligger enligt vår mening hemligheten i varför ett interdisciplinärt samarbete skapar en framgångsrik rehabilitering.

Patientens delaktighet viktig

Vi anser således att det är det direkta samspelet med patienten i olika aktiviteter och våra möjligheter att bistå patienten att skapa sig en bra livskvalitet som är nyckeln till en god rehabiliteringsprocess. För patientens motivation och självkänsla är det viktigt att denne kan känna sig trygg. Patienten måste få förtroende för att det som görs faktiskt fungerar och leder till att man får framgång i sin rehabilitering.

Patienten måste därför ses som en viktig medlem i teamet. Patienten måste uppleva klimatet som öppet och inbjudande och inte behöva vara rädd att misslyckas eller göra bort sig. Förhållandet mellan oss och patienten måste således vara detsamma som det vi måste ha mot varandra i teamet. Självklart är detta klimat också värdefullt för oss. Det brukar i olika skrifter beskrivas som något önskvärt och som ett tecken på en god arbetsmiljö.

Problemet med denna tanke är att vårt arbete med patienten kräver ett sådant klimat. Att fungera så väl i ett team att detta tillstånd alltid kan upprätthållas är mycket svårt. Tillståndet uppstår inte av sig självt bara man bryr sig om och tar hänsyn till varandra. Det tillstånd som måste upprätthållas kräver istället ständig uppmärksamhet och kontinuerlig utveckling. Det är därför arbetsamt – även om det är stimulerande – för de som måste engagera sig i det.

Eftersom klimatet påverkar patientens situation är det frustrerande och problematiskt när man misslyckas med att åstadkomma det. Svårigheterna skapas därför inte främst genom bristande personkemi utan genom arbetsmässiga friktioner. Att övervinna dessa kräver övning och erfarenhet.

För en del är just denna aspekt av arbetet svår att lära sig. Arbetssättet passar därför inte alla. Ny personal är förstås alltid en tillgång då de tillför ny kunskap och kan komma med nya idéer och synpunkter. De kan emellertid också vara en stor belastning eftersom de för att

medverka effektivt måste utveckla en förståelse för vårt interdisciplinära samarbete. Vår erfarenhet är att detta tar lång tid – oftast minst ett år. När vi nu har måst rekrytera personal för att skapa 7-dygnsvården har denna fråga blivit alltmer aktuell.

Hur vi utvecklar vårt samarbete

Det är således viktigt att vi kan upprätthålla ett klimat där vi känner förtroende för varandra, förstår vad den andre gör och litar på varandra. Vi har försökt att utveckla detta klimat genom att låta personalen rotera mellan teamen. Det var inte lyckat. Nu underhåller vi klimatet genom ständiga gemensamma analyser och samtal i blandade grupper med och om patienten där både nya och mer erfarna medarbetare deltar. Vi lägger mycket tid på att lyssna på varandra så att vi förstår hur de andra i det aktuella teamet tänker.

Vi tror att framgången delvis är en följd av att vi skapat ett gemensamt språk som överskrider professionsgränserna. Vi försöker också samtala så att allt vad vi säger är begripligt för patient och anhöriga. Vi gör mycket för att detta språk skall kunna utvecklas. Vi har exempelvis utvecklingsdagar för att samtala med varandra om hur vi arbetar. Kvalitetsarbetet ger oss många tillfällen att gemensamt lösa problem och följa upp verksamheten. Vi samlas dessutom kring olika former av teman - en typ av internutbildning - där vi lär av varandra och utvecklar en samsyn kring patientrelaterade frågor och olika arbetsmodeller. Vi ser det därvid som angeläget att så många som möjligt är med i diskussionerna.

Eftersom vi, som tidigare nämnts, har haft anledning att anställa flera nya medarbetare under det senaste året har vi nu dessutom utarbetat ett ”häftigt” introduktionsprogram. I detta introduktionsprogram får man som ny gå bredvid alla de andra, delta i olika möten och få systematisk handledning. Vår struktur skiljer sig från en mer

styrande struktur. Strukturen kan därför uppfattas förvirrande när man är ny till dess man förstått hur man kan använda den för att få utlopp för sin ansvarskänsla och kreativitet.[2]

Arbetet präglas av ansvarstagande, kreativitet och lärande

Ovanstående rubrik kan synas vara honnörsord som man säger om all verksamhet. Hos oss är de emellertid verklighet. Kreativiteten är ibland så stor att den nästan måste hejdas. Genom den ständiga kontakten med andra discipliner lär man sig se patienten ur en mängd olika perspektiv. Detta ger en fullständigare och klarare bild av rehabiliteringsförloppet än man skulle kunna räkna ut själv. Det är denna bredare bild som skapar underlag för annorlunda och ofta helt nya lösningar i förhållande till de som man använt förut. Varje patient tillför dessutom något eget eftersom vi kopplar aktiviteterna till sådant som patienten kan uppfatta som del av sin livsuppgift.

Genom allas deltagande i vårdarbetet och genom möten i det interdisciplinära teamet, där patienten också medverkar, så bryts det ”detaljseende” som man ofta drabbas av i vården. Var och en av oss får en bättre helhetsbild av hur patienten fungerar och hur hela rehabiliteringsprocessen framskrider. Detta skapar en stor trygghet eftersom man som personal lättare förstår vad man kan bidra med och dessutom lättare blir förstådd av de andra när man gör vad man gör. Detta medför i sin tur ett öppet klimat som är av stort värde i de analyser som måste göras för att överbrygga de professionella motsättningar som självklart finns.

---

[2] Ett konventionellt schema beskriver innehåll – vad som skall göras och vem som skall göra vad med vem – och har ofta ett underförstått gemensamt mål. Vi har också ett schema. Detta är emellertid bara en ram för att man själv skall kunna välja vad man ser som angeläget att deltaga i och bidra med. Aktiviteter i exempelvis en trädgårdsgrupp har sin grund i varje enskild patients rehabiliteringsplan och formas av deltagarna själva utifrån deras egna ambitioner och intressen.

En viktig faktor för att förbättra öppenheten har varit att vi arbetar vägg i vägg. Vi kan därför lätt mötas över gränserna och diskutera arbetet i kafferummet eller i korridoren. Det skulle inte fungerat lika bra om vi varit utspridda. En annan detalj är att så gott som alla är anställda på kliniken. Vi kallas inte in efter behov.

En annan viktig faktor är den frihet att utnyttja vår kompetens, som vi känner. Denna frihet skulle inte kunna finnas, och skulle inte kunna utvecklas, om inte arbetet hölls samman av en god struktur. Det är denna struktur som gör det möjligt att mötas och samtala om de frågor som behöver samtalas om och som gör att man kan lita på att andra finns tillgängliga när det behövs och gör det som måste göras. En stor del av arbetet med att utforma och synliggöra denna struktur både administrativt och arbetsmässigt vilar förstås på ledningen.

Samspelet mellan medarbetare och ledning bygger på ett ömsesidigt förtroende. Ledningen har förtroende för att medarbetarna tar ansvar och bidrar till det arbete man åtagit sig att göra och medarbetarna litar på att ledningen skapar de övergripande förutsättningar och strukturer som är nödvändiga för en god verksamhet. Ett viktigt hjälpmedel för det interdisciplinära samarbetet är därvid goda administrativa rutiner och den datorstödda planeringen. Hela journalen finns på data och innehåller också rehabiliteringsplanen. Underlagen är öppna för alla medlemmar i teamet och kan användas i deras arbete.

Det vi kallar Rehabiliteringsplanen är en speciell anteckning som görs med patienten närvarande och läggs in i datorn. Redan vid inskrivningen av patienten tar vi upp vissa sökord – som resurser, problem, mål – som även återfinns i rehabiliteringsplanen. De olika åtgärder som genomförs registreras löpande. Framstegen i rehabiliteringen kan därför följas av alla.

Vi har tidigare nämnt att patienten är med i alla samtal och bedömningar och andra aktiviteter. Detta är en viktig del i lärandet. Inför dessa samtal försöker vi skapa mätvärden och andra data, som il-

lustrerar hur vi gemensamt närmar oss målet. I våra gemensamma diskussioner om vad som kan ha lett till vad görs analyser med olika infallsvinklar. Detta breda perspektiv ger en fördjupad och förbättrad kunskap till oss alla om rehabiliteringsprocessens natur och gör det möjligt för oss att ständigt förbättra och effektivisera processen. Vi arbetar efter principen att allt vi gör skall vara en träningssituation för patienten och en lärsituation för oss.

Några språkliga dubbeltydigheter

I ett interdisciplinärt teamarbete får begreppen ”plan” och ”mål” en något annorlunda betydelse än vad man kanske normalt lägger i dem. Denna fråga måste därför belysas ytterligare.

Vi ser inte en ”plan” som ett dokument med på förhand fastställda åtgärder som skall följa i en bestämd sekvens. Vår plan är snarare en struktur för vårt arbete tillsammans med patienten. Inom ramen för planen har både vi och patienten möjlighet att improvisera aktiviteter och åtgärder. Denna syn på planering är viktig om vi skall kunna vara i takt med patientens egen motivation och beredskap att medverka. Planen skall ge frihet att välja vilka aktiviteter man själv vill engagera sig i och ser som nödvändiga. Vill man exempelvis skapa möjligheter att träna balans kan man välja en skogspromenad istället för en mer konventionell träningsaktivitet. Vill man träna muskelfunktioner kan man tillsammans med patienten polera bilen eller laga en potatisgratäng.

Vår typ av plan är evolutionär. Den är inte rigid och fast. Den förändras allteftersom vi får erfarenheter av patienten och lär oss hur olika åtgärder faller ut. Behovet av en evolutionär plan är en följd av att det alltid är patientens egna behov och förutsättningar som är i centrum för planen och som fungerar som referenspunkt för åtgärder och insatser.

”Mål” brukar konventionellt tolkas som en plats dit man skall komma eller något man uppnått och sedan inte behöver tänka på mer. I vår värld är mål snarare ett tillstånd som aktivt måste kunna upprätthållas. När vi sätter som mål att 90% konsultbedömningarna skall ske senast en dag efter remissregistrering, så är detta ett tillstånd som inte uppstår av sig självt med rätt rutiner och organisation. Det är ett tillstånd som måste upprätthållas och som därför ständigt kräver allas engagemang för att vara stabilt.

Slappnar man av kan man lätt falla tillbaka till tillståndet som det var innan. Med tiden övar man förstås in ett beteende som fungerar relativt automatiskt men detta tar tid. Det krävs i allmänhet en ständig koncentration och ett fortlöpande engagemang i att upprätthålla tillståndet. För våra patienter är det likadant. Vi sätter tillsammans med dem upp funktionsrelaterade mål — som att man exempelvis skall kunna gå upp för trappan själv. När vi sätter målen är det patientens egna önskningar som styr. Vi kan ibland se att målen är orealistiska men det är något som vi får ta hand om i ett senare skede.

Tillgänglighet som en förtroendefråga

Patienter som kommer till oss är sådana som behöver en samlad och kvalificerad insats för att snabbt återfå möjligheten att återskapa ett värdigt liv. Om man inte kommer under behandling tillräckligt fort kan detta leda till att man utvecklar olämpliga men vanemässiga beteende- och tankemönster som kan försvåra rehabilitering i ett senare skede. Snabbhet och intensitet är således viktigt för en god rehabilitering. Vi menar att detta är en insikt som alltmer börjar vinna insteg hos allmänheten, hos patientens anhöriga och hos andra vårdgivare. Det skulle därför allvarligt rubba förtroendet för vår verksamhet om man i omvärlden började misstänka att denna typ av patienter inte kom under så snabb och kvalificerad behandling och rehabilitering som det bara är möjligt.

Det är inte bara allmänhetens förtroende för tillgänglighet som är viktig. Vårdgivare som behandlar patienter, som i nästa steg behöver rehabilitering, måste därför också kunna känna förtroende för att vi tillräckligt snabbt kan ta hand om deras patienter. Ett av våra förbättringsområden inom projektet ”avancerad tillgänglighet” var därför att minska väntetiden från remissankomst till påbörjad rehabiliteringsåtgärd.

Samma förtroenderesonemang kan föras när det gäller vår egen utskrivning och överrapportering till fortsatt omvårdnad och i kommunen och primärvården. Det är således viktigt för det professionella förtroendet för oss att vi kan tillse att rehabiliteringsinsatserna och omvårdnaden snabbt och kontinuerligt kommer att fortsätta i den riktning vi påbörjat. Här finns det mycket arbete kvar att göra.

Från 5-dygns till 7-dygnsrehabilitering

Rehabiliteringsbehovet hos de patienter vi tar in bedöms av ett interdisciplinärt team. Ett stort antal patienter erbjuds delta i så kallade dagrehab vid kliniken. Urvalet av patienter som läggs in bestäms av att vi anser att dessa patienter behöver 24-timmars rehabilitering under hela veckan. Det finns många skäl till att patienter behöver kvalificerad rehabilitering även över helgerna. Det kan exempelvis röra sig om rent medicinsk omvårdnad. Det kan också handla om att vissa patienter är mycket känsliga för att man bryter kontinuiteten i rehabiliteringsarbetet.

Att det finns sådana behov betyder inte att alla våra patienter alltid måste vara på kliniken. De måste ha permission och få möjligheter att vara hemma eller på andra ställen. Vilka möjligheter som finns varierar från patient till patient. Vissa patienter kan vara hemma en kort tid på söndagen men inte över både en lördag och en söndag. Många blir snabbt uttröttade och behöver lämplig vila och återhämtning mellan olika aktiviteter osv. Det kan också vara påfrestande för

patienten att byta miljö. Byte av miljö och personal gör många patienter förvirrade och försämrar rehabiliteringen.

En viktig faktor för att förstå betydelsen av kontinuerlig rehabilitering är att de patienter vi rehabiliterar ofta har handikapp och problem som inte ”syns”. Det kan röra sig om trötthet, smärtor, koncentrationsproblem, bristande minnesfunktioner, perceptionsstörningar etc. För dessa patienter är det arbetsamt att förklara för en ny omgivning varför de inte fungerar ”normalt”. Besök i hemmet kan ingå i rehabiliteringsprocessen men måste då planeras noga för att passa behandlingsstrukturen och patientens egen förmåga och engagemang. De kan inte få styras av när olika veckodagar infaller. Helgarbetet är därför viktigt även om det rör sig om få patienter. Det kan under vissa helger vara många och lätta patienter men det kan under andra också vara några få och tunga

Att bryta verksamheten över helger skapade därför stora arbetsmässiga problem som försvårade arbetet för personalen och minskade möjligheterna att bedriva en effektiv rehabilitering. Fredagar och måndagar måste under 5-dygnsvården användas för transportplanering och flyttning av patienter till institutioner där de inte kände sig hemma, där man inte kände till dem och där det inte fanns uppbyggda rutiner för att ta hand om dem.

Om vårt helgarbete

En av de viktigaste resurserna för god rehabilitering är därför som vi ser det – ”kontinuitet”. Om man effektivt skall använda både patientens egna resurser och ta vara på personalens insatser så får processen inte i onödan störas av avbrott baserade på formella och administrativa ofullkomligheter. Förutsättningen för att bedriva en bra och effektiv rehabilitering är således att både vi och patienten redan från början vet att vi kan erbjuda en kontinuerlig kontakt med patienten. Utan en 7-dygnsrehabilitering skulle vi således inte kunna

utveckla vårt rehabiliteringskunnande. Vi hade då saknat möjligheter att greppa över hela den 24-timmarsprocess som vi menar att en rehabilitering är – särskilt för de patienter som kommer till oss. Som klinik hade vi stannat i utvecklingen.

Detta leder till att också helgerna måste användas produktivt. Vi har som tidigare nämnts satsat mycket på ett integrerat samarbete i teamen. Vi har därför under projekttiden bestämt att förutom sjuksköterska och undersköterska skall antingen sjukgymnast eller arbetsterapeut vara inne och arbeta på helgerna. Genom att aktivt och integrerat deltaga även i klinikens arbete under helgerna kan sjukgymnaster och arbetsterapeuter direkt observera sådant som de anser att man skulle kunna förändra eller utveckla vidare.

Rehabilitering är ofta att byta livsstil

Rehabilitering, så som vi bedriver den, skiljer sig på många sätt radikalt från den klassiska vårdens paradigm. Där handlar det om att behandlingen skall kunna återställa patienten så att denne kan återgå till det ”normala” liv man tidigare levt. Sett i detta perspektiv har den klassiska vården haft stora framgångar. Medelvårdtiden har med nya behandlingsmetoder drastiskt kunnat minskas. Sjukdomar och funktionsstörningar som tidigare inte kunnat behandlas har kunnat åtgärdas.

Detta skapar naturligtvis en allt större förväntan om att man, när man blir sjuk, fort skall kunna bli bra igen och återgå till sitt tidigare liv efter en behandling. En sådan förväntan är olämplig och orealistisk för de patienter som kommer till oss och den verksamhet vi bedriver. Många av våra patienter kan av själva skadan – eller av sitt tidigare liv – fått problem och handikapp som inte går att kompensera på annat sätt än att de lär sig en ny livsstil. De måste finna strategier som minskar betydelsen av den funktionsnedsättning man till sist kan behöva leva med.

Vi skiljer härvid på funktionsnedsättning och handikapp. En funktionsnedsättning formar ett handikapp först när det är något i vardagen som patienten upplever att denne inte kan göra. I början upplever patienten därför stora handikapp. Under rehabiliteringsprocessen blir dessa allt mindre. Känslan av att vara handikappad kommer förhoppningsvis att försvinna när man format nya strategier och utvecklat nya resurser för att kompensera funktionsnedsättningen.

Just därför att det handlar om andra processer än bara återgång till det ”normala” ligger vi utanför den konventionella diskussionen om ”effektivitet” i sjukvården. Där handlar det om snabba flöden och effektivare och mer verksamma behandlingsmetoder. Därför blir de svårigheter vi brottas med en slags ”restpost” i statistiken om vi mäts med samma måttstock. Samtidigt menar vi att denna typ av svårigheter – som skiljer sig från vanliga sjukdomar – blir allt mer vanliga i samhället. Belastningen på vårdapparaten verkar enligt vår uppfattning flytta från konventionell vård till den typ av rehabilitering som vi bedriver. Här skulle krävas andra typer av mätsystem och kostnadsanalyser.

Detta blir särskilt påtagligt vid vår överrapportering till kommuner och primärvård. Vi har funnit att man där mycket ofta saknar förmåga att fortsätta de rehabiliteringsplaner vi påbörjat. Det verkar inte som man i dessa verksamheter inser rehabiliteringsprocessen speciella karaktär. Deras insatser är inriktade på snabba och effektiva åtgärder för att bota relativt enkla åkommor. Man är inte van vid, eller inställd på, att handskas med de långsiktiga och komplexa problem som finns i den typ av rehabiliteringsprocesser som vi arbetar med.

Framtidens kunskapsområde

Vi tror att den typ av rehabiliteringskunskap som vi bygger upp genom vårt interdisciplinära teamarbete kommer att visa sig nödvändig för att möta kraven på god vård i framtiden. Vår erfarenhet är att om man sätter patienten – och inte diagnosen – i centrum så växer det fram nya kunskaper. Man får reda på patienternas förutsättningar och möjligheter. Man får då också bättre grepp på de problem patienterna anser sig möta, när de försöker hantera de situationer de hamnar i genom olika funktionsnedsättningar.

Detta är en viktig kunskap. För patienten är funktionsnedsättningen en ovan situation. För många kan det i början tyckas hopplöst att ”komma igen”. En naturlig tanke är då – först skall jag bli ”frisk” sedan skall jag träna det nya. Vår erfarenhet är annorlunda. Ju snabbare man kan skapa en hög livskvalitet trots funktionsnedsättningen desto lättare är det också att senare återfå den funktionsförmåga som är möjlig.

Den kunskap vi vunnit genom teamarbetet omsätter vi därför i vad som kan kallas ”kliniska berättelser”. Vi kan utifrån vår professionella bedömning av patientens situation och resurser ge en rimlig och trovärdig beskrivning av ”så här kan det bli för Dig”. Vi kan därmed bygga upp patientens självförtroende såväl som dennes förtroende för oss. Dessa berättelser skulle inte vara möjliga utan vårt samarbete med varandra och med våra patienter.

Vi har en mängd studiebesök här – bland annat från olika vårdutbildningar, från primärvården och från kolleger i andra landsting och andra länder. Deltagarna är entusiastiska för och intresserade av vad vi gör. Samtidigt hör vi att varken de patientorienterade kunskaper som vi bygger upp eller principerna för det interdisciplinära teamarbetet är särskilt väl förstådda i den miljö de kommer ifrån. Där verkar man till exempel betona vikten av att hålla fast vid de professionella gränsdragningarna medan vi snarare strävar efter det motsatta.

Vi menar att de insikter det här handlar om måste vinnas genom samtal om och med autentiska patienter i en interdisciplinär miljö. Dessa samtal måste dessutom knytas till den typ av kliniska berättelser som vi talat om för att göra det möjligt för en ovan person att tänka sig in i de framtida möjligheter och val, som patienten ställs inför. Sådana kunskaper kan inte förmedlas som abstrakta principer och i ”tomme”.

Vi tror därför att den typ av askultation och direkt engagemang i vårt interdisciplinära teamarbete, som vi använder i vår introduktionsutbildning, är en möjlig väg för att också i stor skala göra det möjligt för flera att vinna den kunskap som behövs.

Ett sätt för oss att utveckla oss själva och vårt eget samarbete är att engagera oss i olika typer av utbildnings- och informationsprogram både hos oss själva och hos andra. En konkret tillämpning av denna tanke är vårt engagemang i en klinik i St. Petersburg där vi i samarbete med Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter försöker bygga upp ett effektivt rehabiliteringsarbete baserat på vår kunskap.

En annan erfarenhet vi vunnit är att vårt arbetssätt inte passar alla. Vi tror emellertid inte att detta i första hand beror på arbetsbelastningen utan snarare på en slags ovana vid arbetssättet. Vi skulle också kunna uttrycka det så att vissa personer inte tycks klara av att hantera de problem som man ställs inför genom att vi arbetar som vi gör. Vad detta beror på och hur man från deras håll ser på denna fråga återstår att utforska.

Deltagare i samtalet och medförfattare

Jan Burensjö, sjukskötare, samordningschef
Micael Edblom, överläkare, projektledare
Britt Karlsson, klinikadministrativ chef
Helen Näversten, undersköterska
Carina Peterson, kurator och bitr. avdelningschef
Birgitta Sahlin, sjukgymnast, avdelningschef
Helén Tellfjord Spörk, sjuksköterska, bitr. avd. chef
Elisabet Toorell, arbetsterapeut

Dessutom har verksamhetschefen Elsa Ingesson läst och bekräftat att texten är helt i överensstämmelse med hennes uppfattning om verksamheten och vad hon som chef velat medverka till att åstadkomma.

Att genom samtal bekrafta patienten

av medarbetare* vid Morö Backe Vårdcentral i Skellefteå i samtal med Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

Fokusgrupperna på Morö Backe vårdcentral skiljde sig från de övriga två enheterna så till vida att så gott som samtliga medarbetare deltog. Detta speglar enhetens syn på medarbetarskap. Därför genomfördes fem separata fokusgrupper med olika deltagare. Deltagarna kom till mötet utifrån vad arbetssituationen medgav och inte utifrån några speciella grupperingar i arbetet. Den enda sammanhållna gruppen var ledningsgruppen. I grundmaterialet finns kommenterade referat från respektive grupp. Dessa har här sammanfogats till en löpande text. Mötet förbereddes genom att vi läste en artikel om enhetens arbetet med kognitiva samtal i Dagens Medicin och genom att ta del av en serie OH-bilder om principerna för det utvecklingsarbete som genomförts tillsammans med landstingets utvecklingsenhet Memeologen.

Om Morö Backe vårdcentral

Morö Backe vårdcentral är en av fyra vårdcentraler inom Skellefteå tätort. Enheten betjänar drygt 10 000 invånare och två kommunala servicehus. Stadsdelen Morö Backe byggdes upp under 70 talet och består huvudsakligen av friliggande villor och några hyreshus. Området ligger cirka 5 kilometer från centrum. Befolkningen är främst medelålders, i arbetsför ålder och med hemmavarande barn. Området innehåller alltså många barn och relativt få gamla. Andelen äldre är mindre c:a 5%. De flesta som uppnår pensionsålder säljer sin villa och flyttar till ett boende i andra delar av tätorten och nya medelålders familjer kommer i stället.

*) Deltagarnas namn anges i slutet av texten

Vårdcentralen startade 1989. Tidigare hade området erbjudits sjukvård genom ett antal privatpraktiserande läkare som servade området med hjälp av en så kallad läkarbil. Centralen var redan från början organiserad efter delvis annorlunda principer för att skapa maximal flexibilitet i verksamheten och kontinuitet i kontakterna och uppfattades som en enhet i verkamhetsutvecklingens frontlinje. I vårdcentralens organisation ingick till exempel enbart distriktsköterskor i sjuksköterskegruppen och ingen specialisering som mottagningssköterska tillämpades. Centralen införde också tidigt ett datoriserat journalhanteringssystem som väl passade de egna rutinerna.

Enheten hade när husläkarreformen genomfördes 1994 c:a 24 fasta tjänster. I samband med denna reform, där ekonomin reglerades genom hur många som valde att lista sig vid centralen, reducerades antalet anställda till c:a 16. Antalet anställda har därefter sakta byggts på i takt med att ekonomin förbättrats genom ökad listning och områdesändringar.

I dagsläget finns:

8 distriktssköterskor
2 undersköterskor som omväxlande deltar i disktikssköterskornas arbete, sköter laboratoriet och exempelvis assisterar läkarna vid operationer
5 läkartjänster varav en är helt sjukskriven och en vakant (penninguttrymme för 4.5 tjänst).
2 ST-läkare under utbildning som delvis finansieras av centralen
2 sjukgymnaster, för tillfället förstärkta med en halvtid
3 sekreterare, för tillfället förstärkta med ytterligare 75%
1 kliniksamordnare
Dessutom finns vid centralen

1 tjänst som kurator, som delas med en annan vårdcentral
tillgång till 1/2 tjänst som arbetsterapeut, vilken organisatoriskt tillhör den centrala rehabiliteringsenheten vid lasarettet

tillgång till en dietist som delas av alla 13 vårdcentralerna inom Skellefteå sjukvård.

Vårdcentralen drivs sedan nov 2001 i form av intraprenad och skall enligt överenskommelsen mellan centralen och hälso- och sjukvårdsnämnden genom samarbete med primärkommunen och med sjukvården tillgodose befolkningens totalbehov av prevention, diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering.

Överenskommelsen utgår från den av landstingsfullmäktige antagna visionen att ”Västerbotten skall år 2020 ha världens bästa hälsa och friskaste befolkning”. I överenskommelsen uttalas ambitionen att utveckla en verksamhet som ger hög prioritet åt förebyggande insatser samt tillhandahåller en god vård utifrån ett helhetsperspektiv på individen. Syftet med överenskommelsen är vidare att nå en verksamhet som gör att befolkningen känner trygghet i tillgången på sjukvård även efter kontorstid och tillfredsställelse med bemötande och omhändertagande.

Intraprenad innebär att centralen får en fast specificerad ersättning som bestäms utifrån hur många som är aktivt och passivt listade vid centralen och i vilken ålder dessa är. Den relativt låga medelåldern innebär en lägre total ersättning än en motsvarande central i ett område med många gamla. Centralen får dessutom en fast ersättning för spirometriundersökning av rökare och en ersättning för de hälsoundersökningar som genomförs när man fyller jämna tiotal år. Centralen tillhör även som intraprenad landstingets förvaltning och har att ta hänsyn till den arbetsrättsliga lagstiftningen för offentliga sektorn och omfattas av de generella beslut om t.ex anställningsstopp som gäller för resten av landstinget.

I intraprenaden ligger dock att centralen har vissa möjligheter att disponera sitt eventuella ekonomiska överskott på ett sätt som beslutas av centralens lokala ledning. Dessutom finns en viss frihet att tillfälligt ersätta vikariat och vakanta tjänster, som inte får någon

sökande, med personer har en annan kompetens än tjänsten – personer som bedöms kunna innebära en förstärkning i just den situation verksamheten befinner sig.

I kostnadsbudgeten ingår också läkemedelsförskrivningen till alla centralens patienter, även då dessa mediciner skrivs ut av andra vårdgivare. Utgifterna för läkemedel är därför en kostnad som centralen bara kan påverka till cirka 50%. Dessutom finns en stor osäkerhet kring alla de utgifter som sammanhänger med att allt mer kvalificerad vård bedrivs i hemmet. Inte heller dessa kostnader kan förutses särskilt väl och kan heller inte påverkas genom centralens initiativ.

Verksamheten följs upp av ledningen för Skellefteå sjukvård genom flera årliga redovisningar. I en sådan delrapport sammanfattar chefen sin analys och bedömning av verksamheten.

I bedömningen berörs

- tillgängligheten både vad avser telefontillgänglighet och bokningsbara läkartider (patientperspektivet)
- hur verksamhetsutvecklingen fortlöper gentemot planer (processperspektivet)
- arbetsbelastningen för centralens medarbetare och möjligheter till avlastning och återhämtning (medarbetarperspektivet)

I samband med dessa uppföljningar redovisas (patientperspektivet)

- mätningar över faktiska väntetider,
- andelen patienter som får komma den dag de önskar
- metoder som används för att på olika sätt få information om

hur nöjd patienten är med den vård denne erbjudits

- hur olika patientgrupper följs och tas om hand
- antal och art av avvikelserapporter som förekommit

I uppföljningen efterfrågas också (process- och ägarperspektivet)

- information om hur man försäkrar sin medicinska och etiska utveckling,
- hur produktionen utvecklats i termer av ett antal för hela primärvården gemensamma nyckeltal samt hur väl man följer den ekonomiska budgeten.

Medarbetarperspektivet redovisas med hjälp av

- Personalstatistik och vakanser
- Sjukfrånvaro samt strategier för arbetsanpassning och rehabilitering
- Systematik i diskussionerna om arbetsmiljön
- Typer av åtgärder för att avlasta dom som fått för stor arbetsbörda
- Kurser och konferenser för utveckling av ledarskap och medarbetarskap.
- Resultatet från en landstingsgemensam medarbetarenkät.

Utöver detta följer ledningen för sjukvården upp vissa prioriterade insatser genom

- Vissa specificerade hälsoresultat i termer av livskvalitet
- Antal individer som erbjudits rökavvänjning och hur många som faktiskt slutat röka
- Andelen nyblivna föräldrar som deltar i föräldrautbildning
- Antalet barn och ungdomar som söker för psykiska besvär
- Samverkan mellan vårdcentralen och olika frivilligorganisationer

Trenden i utvecklingen går mot att allt fler patienter kan omhändertas av en utbildad distriktssköterska med stöd av vårdprogram. Dessutom finns ett antal specialmottagningar som behandlar astma och allergi, diabetes respektive inkontinens. Fyra av distriktssköterskorna har dessutom barnhälsovård som en del i sitt arbete. Distriktsköterskornas övriga och allmänna verksamhet är indelad i geografiska delområden.

Familjeläkarna försöker att så långt möjligt ta emot de patienter som finner det viktigt att få besöka just ”sin läkare”. Behovet av läkartider att erbjuda de patienter som behöver akuta besök organiseras genom att var och en av de i dagsläget fem läkarna har ”akutjour” var sin dag i veckan. Allt flera av de klassiska diagnosgrupperna (akuta infektionssjukdomar, astma, blodtryck etc.) tas alltså om hand av distriktssköterskorna med stöd av vårdprogram. Detta innebär att den patientgrupp som behandlas av läkarna kommer att omfatta allt större andel av patienter med komplexa och diffusa symtom. Patienter med olika typer av psykosomatiska symtom med psykosocial bakgrund är vanliga i de åldersgrupper som centralen betjänar och ser dessutom ut att öka.

Centralen har för några år sedan övergått till en för hela landstinget gemensamt journalhanteringssystem. Fördelarna med att kunna ha tillgång även till andra enheters anteckningar är uppenbara men systemet uppfattas vara synnerligen illa anpassat till en vårdcentrals behov. Det uppfattas vara lätt att av misstag ändra bokningar utan att detta upptäcks och det är nästan omöjligt att rekonstruera ursprungsbokningen som den var när man upptäcker misstaget.

Verksamhetsutveckling har i olika former pågått sedan centralen startade 1989. Många medarbetare har funnits i verksamheten ända sedan dess. Ett tidigt initiativ var det för verksamheten specialdesignade datoriserade journalhanteringssystemet som nu ersatts av ett generellt och för landstinget gemensamt system. Ett nästa steg var att utbilda egna handledare i TQM, vilka sedan introducerade arbetssättet till alla i verksamheten. 1999 – 2001 medverkade centralen i projektet ”Ideal Modell” där man också utbildade egna handledare och deltog i projektets månatliga lärande seminarier.

Det interna utvecklingsarbetet utgår fortfarande från de centralt formulerade ledorden Tillgänglighet, Tillförlitlighet, Interaktion och Vitalitet och präglas av Demings principsteg – Planera, Gör, Studera, Agera. Vid tre årliga stormöten (kvalitetsuppföljningseftermiddagar) diskuterar alla medarbetare hur dessa ledord kan brytas ner till konkreta aktuella problemområden inom verksamheten och vilka arbetsgrupper som förefaller mest relevanta att formera. Exempel på teman som varit aktuella för dessa grupper är

- Ekonomi i Balans; översyn av förskrivning av inkontinenshjälpmedel; översyn av läkemedelsförbrukning

- Kurspolicy för både vårdcentralsgemensamma som obligatoriska kategorivisa kurser

- Lokalöversyn för att samla verksamheter som har mycket gemensamt

- Patientinformation i monter vid entrén
- Dokumentationsmallar avseende kroniska sjukdomar
- Samordning mellan FK och Vårdcentral för att minimera sjukskrivningstider

Varje medarbetare väljer själv vilken utvecklingsgrupp man vill tillhöra. Det är också fullt möjligt att samtidigt medverka i flera grupper. En grupp kan också be någon att medverka i deras grupp – kanske tillfälligt – därför att gruppen behöver tillgång till en specifik kompetens eller erfarenhet. Var och en avsätter 1 timme per vecka för att delta i detta interna utvecklingsarbete. Alla medarbetare deltar i stormötets diskussioner och alla medarbetare kan fritt och oberoende av yrke välja att medverka i en viss grupp.

Varje vårdcentral inom Skellefteå sjukvård har fått välja att specialisera sig inom ett visst för primärvården relevant område. Morö Backe har då valt att specialisera sig mot patienter med psykosomatiska sjukdomar. Detta har bland annat medfört att alla medarbetare oberoende av yrkesgrupp har utbildat sig i att föra så kallade ”kognitiva samtal”.

Kognitiva samtal innebär att man är synnerligen observant på att under samtalet ta reda på och försöka besvara patientens alla frågor – det vill säga också de outtalade frågor som också kan ha fått patienten att söka sig till vårdcentralen. Genom detta arbetssätt erbjuds patienten ett så gott bedömningsunderlag som möjligt för att själv kunna avgöra vad som kanske skulle kunna vara mera konstruktiva initiativ än att upprepade gånger igen och förgäves söka vårdcentralen.

En mycket platt organisation kännetecknar verksamheten. Tre personer – kliniksamordnaren, verksamhetschefen och chefsjuksköterskan – utgör den medicinska och administrativa ledningen. I övrigt deltar alla i verksamhetsutveckling och i alla verksamhetsgemensamma utbildningar.

Samtalen genomfördes i fem olika grupper. Dokumentationen från samtalen har bearbetats av respektive grupp och sedan redigerats samman i nedanstående text som godkänts av deltagarna.

Primärvården får hand om de stora samhällsfrågorna

Vi märker att oron i samhället ökar. Detta skulle kunna förklara det ökade trycket på primärvården. Genom tidningar och andra media upplyses vi om alla risker. Vi har samtidigt allt mera sällan någon erfaren person i vår närhet som vi kan fråga.

Vi får också ett allt intensivare arbetsliv. Människor upplever inte att de har tid att sjukskriva sig eller ta hand om sjuka barn. De har krav på att få komma hit snabbt och kräver t.ex. att få penicillin direkt. Vissa tycker att är sjukvårdens uppgift att hålla dom friska. Egenvården har glömts bort.

Kanske utvecklar vi ett samhälle där allt färre trivs. I detta läge är det befängt att tro att vi löser problemet genom att göra det krångligare för läkaren att utfärda ett sjukintyg. Möjligen har vi inom vården också förstärkt denna trend. Vi tog tidigare på oss ett mycket stort ansvar för patientens tillfrisknande. Möjligen var det lättare att åstadkomma ”nöjda patienter” med den gamla strategin. Nu måste patienten själv förstå och ta tag i sin egen problematik.

Vi använder oss av kognitiva samtal. Tekniken för de kognitiva samtalen har gett oss ett redskap att ställa de svåra frågorna. ”Vad är du mest orolig för?” Detta ger patienten kraft. Det innebär också att patienternas skällande på sjukvården kan ändra riktning när man förstår att vi tar dom på allvar. Vi är medvetna om att det kan innebära en tung insikt för en patient när denne kan se vidden av sina problem men också en verklig lättnad när denne förstår hur allt hänger samman.

Tillgänglighet kan inte bara ses som ett köteoretiskt problem

Vi strävar efter att bygga verksamheten så att patienterna skall ha förtroende för att de vekligen får det de behöver när de behöver det. Det skall alltid vara meningsfullt att besöka oss och inte ett alternativ i brist på andra mer relevanta initiativ från patienten. Vi försöker visa att vi är intresserade av patientens som en hel människa – inte bara som en ”symtombärare”.

Detta innebär att vi sparar resurser. Vårt arbetssätt inriktas på att vi skall bli överens med patienten om en rimlig förklaring till de symtom som denne söker oss för. Samtalet om – som exempel – upplevelsen av de hårda hjärtslagen leder via patientens egna funderingar till att både vi och patienten är ganska övertygade om att dessa inte beror på någon fel i hjärtat utan hänger samman med den stressiga situationen på jobbet.

Vår professionella roll är att genom olika prover utesluta de allvarligaste alternativen till patientens symtom. Detta innebär emellertid inte att vi bara kan avfärda dem. Vi måste medverka ända tills patienten själv också kan tro på mera rimliga alternativ och hitta åtgärder i linje med dessa. Genom detta arbetssätt undviker vi att patienter som vi egentligen inte kan hjälpa återkommer. Patienten blir genom besöken hos oss bättre på att själv analysera sina symtom och koppla sina förväntningar till relevanta åtgärder.

Det stora problemet är vår telefonframkomlighet.

Många ringer och har uppfattningen att man så fort man är det minsta sjuk måste komma till vårdcentralen. När de som ringer inte får svar ringer de igen. Och framkomligheten förvärras spiralformat. Det viktiga borde ju vara att få komma snabbt de gånger detta är viktigt. Vi kan inte vara en helt öppen kanal. Vi försöker nu att ha

en ständigt öppen telefonsvarare och möjlighet att kontakta oss via epost.. En svårighet med dessa kanaler är att det lätt utvecklas ett krav på personlig ”chat”-service med sin läkare, vilket tiden absolut inte medger.

Vi försöker skapa trygghet för patienten genom att erbjuda ett värdigt bemötande och ett gott samtal och genom att patienterna prioriteras på ett sätt som de kan ha förtroende för. Vårt måtto är att öka precisionen i vår bedömning av vilka patienter som kan ha nytta av vår kompetens och vilken nivå av omhändertagande som är den rätta för var och en. Genom en precisare sortering både orkar och kan vi ge dem som behöver oss en bättre vård. Vi ser att ”mång-sökarna” kommer mera sällan och vi ser att de är mindre oroliga.

Våra insatser ändrar inriktning

Våra insatser går alltmera mot att föra samtal. Vi försöker stilla oro – även den medicinskt sett helt obefogade oron. Vi förklarar varför vi gör som vi gör. Vi arbetar med information för att ta kål på olika felaktiga uppfattningar. Inte minst på uppfattningen hur fort man kan rehabiliteras.

Det finns en ton i samhällets syn på vården som försvårar för många patienter. Det låter som om alla krämpor skulle kunna fixas ” fort och lätt”, men tyvärr så går detta inte alltid. Många behöver därför hjälp och stöd att förklara för sin omgivning hur en funktionsnedsättning kan yttra sig. Man kan faktiskt se ut att vara fullt frisk utan att egentligen vara det.

Vi har funnit att det sällan är enkelt för en patient att avgöra vad som är orsak och vad som är verkan. Vissa patienter kan därför bli bättre bara genom att förstå sammanhangen och att deras onda kanske bättre skulle beskrivas som ”ont i livet”. För många patienter är exempelvis smärta ett språk med vilket de kommunicerar med sin omvärld. Vi lär

ut ett annat språk som gör det möjligt för dem att prata om ”ont i livet”. Vissa människor avstår också från att se att de faktiskt till stor del formar sitt liv. Nästan lika handikappande är att den överdrivna tron hos andra att man själv råder över allt som händer.

Många patienter tror att dom är ensamma om sitt problem. Dessa kan ha stor nytta av att träffa andra patienter i grupp. Vi försöker fånga dessa patienter tidigt och hjälpa dem att förstå att allt inte är deras fel, att det för andra kan vara betydligt värre och att det finns hjälp att få om det skulle bli outhärdligt. Detta är också en form av kunskapsförmedling. Vi erbjuder professionell hjälp att *reda upp* det man kan påverka och reda ut vad som orsakat vad.

Vi översätter vårt kunnande till patientens värld. Vi erbjuder ett tillfälle att ställa frågor till någon vars omdöme man litar på. Med erfarenhet kan man också ”lukta sig till” vilka frågor man skall formulera för att man tillsammans med patienten skall få syn på en tidigare dold problematik. Med erfarenhet kan man också lära sig att redan vid den första kontakten i telefon höra allvaret i det patienten egentligen vill fråga om.

Vi försöker vara goda konsulter till dom som har ”ont i livet”.

De psykosomatiska patienterna kännetecknas av en mycket komplexa problematik. Det som hamnar hos oss i primärvården är ofta svåra samhällsproblem som förvandlats till ett vårdproblem. Vi kan då känna att vi blir den buffert som tillåter andra aktörer att låta bli att göra sitt. Vi håller skutan flytande.

Många av våra patienter är oproblematiska i meningen att det är självklart både för dom och oss hur de skall omhändertas. Det finns adekvata vårdprogram för alla de stora diag-nosgrupperna. Här blir insatserna per patient allt effektivare och kraven på vårdgivaren allt mindre. De patienter som vi måste lägga mycket tid och arbete på är

de som våra danska vänner säger ”har ont i livet”. Det är också de, som om vi inte lyckas, kommer att återkomma ofta utan att få annat än tillfällig tröst. Kanske bidrar vi till detta genom att inte kunna erbjuda dem ett adekvat ”nästa steg”. De fastnar i en loop hos oss.

De ” långvariga” patienterna kräver ett helt annat arbetssätt. Vi måste kunna uppmärksamma alla de extra problem i livet som huvuddiagnosen innebär. Här frustreras vi exempelvis av att vi har svårt att få gehör för nödvändigheten av att direkt och omedelbart samla alla berörda till ett rehab-möte.

I andra fall kan det handla om att få förståelse för de mycket långsamma läkningsprocesserna och att patienten och dennes omgivning måste låta dessa ta sin tid. Mycket i vårt arbetssätt har utvecklats för att kunna bemöta också dessa patientgrupper – men långt ifrån alla förstår poängerna.

Vi utvecklar verksamheten mot allt precisare insatser

Vi använder mycket tid för att lyssna bättre efter patientens egna funderingar. Genom att de känner tillit till att vi verkligen är intresserade av dom så kommer de snabbare att berätta öppnare – och vi får direkt ett bättre underlag för att avgöra vilken åtgärd som vi tror är mest relevant. Patienten görs till partner och förstår därför också rimligheten i de val vi gör. Patienten ges därmed möjlighet att själv ta ett större ansvar för sitt tillfrisknande.

Självfallet finns det patienter som – av olika skäl– inte kan komma överens med oss om den förklaring vi finner mest trolig. Dessa har då behov av mera sjukvård. De måste då remitteras till specialister av olika slag. Vi försöker i alla fall att så ett frö att patientens egna analys kan vara fel.

En utveckling från att ”bli fixad” till att ”kunna ta egen ställning”

Vi har försökt utveckla våra rutiner så att inte alla måste träffa en läkare innan andra yrkeskategorier kan komma in. Det är hos oss möjligt för en patient att komma direkt till en sjukgymnast. Dessa försöker också att bryta den konventionella bilden av att ”man skall bli behandlad”; undviker att förstärka bilden att man ”går på massage” och utvecklar i stället bilden av att det är man själv som tränar upp sig.

Vi försöker att i hela vårt förhållningssätt se patienten som en partner. Vi skapar en allians med patienten. Genom att behandla honom/henne som partner så tror vi att vi kan bryta lite av den attityd som många intar mot vårdgivare.

Detta är dock en svår balansgång. Det är lätt att bli uppfattad som någon som bara avvisar patienten och som abdikerar från sitt professionella ansvar.

Vi försöker vara uppmärksamma på vad vi egentligen signalerar genom olika upplägg och rutiner. Önskemålen att alla föräldrar skall komma hit för att väga och mäta sina barn – för att ge alla ett naturligt tillfälle att lätt ställa också sina jobbiga frågor – kan samtidigt signalera att vi inte tror att mamman är kapabel att ta hand om sitt barn.

Vi försöker utveckla alternativ där våra patienter kan få den hjälp de behöver

Ett problem för oss i primärvården är bristen på relevanta behandlingsformer för många av våra patientgrupper. Många patienter hamnar mellan stolar. Vi remitterar många till psykiatriska enheter men en hel del blir ej hjälpta av samtalskontakt och återkommer. Och vi har inget att erbjuda utöver det vi redan gjort.

Ett sätt att bryta denna rundgång för smärtpatienterna är ett projekt ”Bild och rörelse” där patienter under två terminer erbjuds delta i en ny sorts verksamhet. Projektet finansieras gemensamt av FK och Landstinget men det finns inga garantier för att det skall permanentas. I övrigt finns mycket få alternativ att erbjuda våra patienter hjälp utöver det vi själva kan ge.

Rätt instans när vi inte kommer längre.

Vi strävar efter att patienten själv skall bli allt kunnigare att avgöra vad som är rätt instans och vad som är rätt frågeställningar till oss på vårdcentralen. Mycket av vår frustration har därvid handlat om att ha någonstans att hänvisa de patienter som vi inte kan hjälpa.

Det pågående projektet ” Bild och rörelse” har fungerat som en bra avlastning. De kan ta väl hand om de patienter som behöver deras typ av aktiviteter. Vi har också börjat tipsa patienter med långvarig smärta om att det finns ”Värkstäder” – ställen där man kan lära sig hantera tillvaron trots smärtan. Olika typer av patientföreningar kan också erbjuda möjligheter för våra patienter att få det de inte kan få hos oss.

För patienter med stark ångest kan det vara svårt att hitta lämpliga alternativ. Några kan få tillgång till adekvat psykoterapi men de flesta med den typ av ångest vi möter kan inte erbjudas någon tillräckligt ambitiös hjälp. De som kan få hjälp genom psykiatrin har som regel mycket allvarligare och gravare symtom än vad som handikappar våra patienter.

Vi arbetar i team. I detta ingår också FK. Det är skönt att inte stå ensam med ett problem och det är tryggt för patienten att det finns flera och olika personer som hjälps åt att hjälpa denne. Vi lägger ett puzzel med våra olika professionella perspektiv och inser att det handlar om patientens hela liv.

För de patienter som av olika skäl och starka psykologiska försvar håller fast vid en sjukdom som vi inte kan konstatera krävs helt andra arbetsmodeller och typer av interventioner. Där behövs samverkan med andra aktörer i samhället – vilka inte alltid är så lätta att finna.

Resonemang som försvårar för oss att göra ett bra jobb

Det finns resonemang som stödjer det destruktiva som vi vill bryta mot. Det finns ”prat” om tillgänglighet som man som professionell person inte kan ställa upp på. Vi vet förstås också att många patienter inte orkar ta tag i sitt liv så som man borde – och dessa kan vi inte lämna i sticket. Men det finns strömningar i vården som cementerar traditionen att ”man har rätt att bli fixad”.

Det finns resonemang som rättfärdigar att ”vi som medborgare betalar för att doktorn skall ställa upp på våra villkor”. ”Vi har betalt för att slippa bry oss”. I dessa resonemang ser man inte kravet att den allians som behövs mellan vård och patient också måste ta hänsyn till de professionellas heder och etik.

Om dessa resonemang får stå oemotsagda är det svårt att hävda behovet av ”mera egenvård”. Den oro som driver patienten till akutmottagningen mitt i natten kräver ett bemötande som är medicinskt meningsfullt utan att befästa patientens känsla av att vara ”offer för omständigheter”.

Primärvården får därmed en folkbildande roll. Vi skall göra människor trygga i sin egen bedömning; de skall veta att de kan bedöma vad som är relevant att göra och när man kan vänta med att söka vård. Den förälder som till exempel känner igen syntomen vid falsk krupp sparar stora summor åt samhället och undviker all den uppslitande stress hos alla i familjen som de till synes alarmerade symtomen annars väcker.

Vårt utvecklingsarbete kännetecknas av förtroende

Den stora andelen patienter med psykosomatisk problematik innebär annorlunda förutsättningar för oss i primärvården jämfört med andra vårdgivare. Vi kan aldrig säga att ” du är inte mitt bord”. Vi finns i randen av varje organspecialitet och de problem vi skall hantera kommer inte alltid fram vid första besöket.

Tidigare hade vi ingen strategi att ta tag i dessa mera komplexa frågor. Det blir då mycket frustrerande för oss när patienter kommer tillbaka gång på gång utan att vi egentligen kan erbjuda särskilt mycket. Vi har genomfört ett internt utvecklingsarbete där vi gemensamt analyserade alla de patienter som besökt oss mer än 6 gånger. Genom att de samtidigt kan gå hos flera olika av oss är det nämligen inte alltid att vi upptäcker att de är ”stor-konsumenter”. Vår ambition är att ingen patient skall komma hit förgäves.

Vi blir genom vår satsning på kognitiva samtal allt bättre på att uppmärksamma psykosociala förhållanden. Genom att vi bättre förstår hela problematiken kan vi också ägna oss åt det som är själva kärnan i denna. Både vi och patienten vet sedan vad det egentligen handlar om. Vi har alla gått en gemensam utbildning. Genom övning blir vi med tiden allt bättre. Vi behöver genom denna kunskap inte hålla kvar patienterna för att vi är osäkra på diagnosen.

Vårt arbetsklimat kännetecknas av att vi tycker om varandra. Vi har ett grundmurat förtroende för varandra som uttrycks genom att vi kan formulera förenliga mål, att alla ställer upp för varandra och att vi ges tillfällen att visa att vi faktiskt behärskar vårt område.

En timme per vecka utgör grunden för kontinuerligt förändringsarbete

Var och en medarbetare väljer själv viket tema man vill arbeta med för att förbättra verksamheten. Vissa teman måste vi ständigt arbeta med – till exempel hur vi kan öka tillgängligheten på telefon. Andra teman – som till exempel att utforma en enkät till vissa patientgrupper – avslutas när arbetet är klart. Naturligtvis blir det så att dom som deltar oftast också är dom som berörs mest.

Det faktum att alla medarbetare deltar i de ”brain-stormar om aktuella utvecklingsbehov”, som genomförs varje år, är också en del i vårt arbetsmiljöarbete. Genom att alla deltar ökar vi-känslan och gemenskapen. Goda lösningar arbetas fram i gruppen och alla berörda är med under hela arbetet. Varje förslag har under resans gång noga pratats igenom med alla inblandade och har därför också formas med hänsyn till hur de berörda skulle vilja ha det. Ett förslag är alltså i princip redan introducerat och tillämpas i full skala när det formellt beslutas.

Genom att ledningen flera gånger per år ordnar möten där alla projekt följs upp och utfallet dokumenteras bearbetar man även de olika gemensamma utvecklingsbehoven. Timmen för utvecklingsarbete är gemensamt lagd i schemat och alla är närvarande.

Jämfört med arbetet i projektet ”Ideal Modellen” mäter vi inte särskilt mycket längre – och möjligen skulle vi ha nytta av att bättre än idag kunna följa hur det går för våra patienter. Vi försöker vara observanta men vi skulle kunna veta mer om vår vård.

Läkare och sjukgymnaster har även tillgång till gemensam handledning för vissa tunga patientärenden. Detta är synnerligen viktigt för att inte riskera att stå helt ensam när man kör fast. Handledningsgruppen träffas 1,5 timme varannan vecka.

Vi ökar tillgängligheten genom kognitiva samtal

Vår vårdcentral valde alltså psykosomatik som sitt intresseområde. Detta är en stor patientgrupp vid vår vårdcentral. Genom sådana så kallade kognitiva samtal kan vi minska andelen patienter som återkommer ofta till centralen men som egentligen inte har någon nytta av att komma hit för nya besök. Vi försöker ta reda på vad patienten verkligen vill ha reda på och försöker reda ut dessa frågor.

Genom samtalen försöker vi få patienten att ta ett större ansvar för sin egen situation och försöka hitta andra alternativ än att bara söka sig till vårdcentralen. Alla medarbetare har gått den grundläggande utbildningen och alla medarbetare har nytta av att förstå poängen med dessa samtal. Långt ifrån alla patienter har behov av att träffa just en läkare. Våra olika vårdprogram för t e x ÖLI/UVI har därför avlastat läkargruppen högst väsentligt.

Antalet läkartider räcker inte till alla de patienter som skulle vilja ha en tid. Behovet är omättligt. Ett stort ansvar ligger på de distriktsköterskor som nu tar emot patienterna per telefon och där gör bedömningen om patienten omgående skall erbjudas någon av de tider som finns eller om vederbörande kan avvakta hur symtomen utvecklar sig.

Ibland kan distriktssköterskan välja att be patienten komma till mottagningen för att genom ett personligt samtal bättre och säkrare kunna ta ställning till vad som är en rimlig och adekvat insats.
Allt fler av ”dom vanliga patienterna” behandlas enbart av en distriktssköterska eller sjukgymnast. Ett allt större mått av helt egen bedömning i patientarbetet – och detta gäller egentligen samtliga yrkeskategorier – kräver dock att man i ökad omfattning kan få tillgång till kompetenta bollplank.

Nöjda patienter är eftersträvansvärt men självfallet inte ett tillräckligt mått på verksamhetens kvalitet. Denna måste också uppfylla de professionellas krav på vad som är en långsiktigt godtagbar vård.
I många fall krockar dessa kvalitetskriterier. Många patienter vill

till exempel nästan omedelbart ha antibiotika för att så snabbt som möjligt kunna återgå till jobbet – medan den medicinska kunskapen säger att man bör vara varsam med förskrivningen för att minska risken att utveckla resistenta bakteriestammar.

Vårt arbetsklimat kännetecknas av att alla har samma värde.

Vårt arbetsklimat kännetecknas av att det aldrig är något ”tjafs”. Friktioner som kan uppstå tas direkt upp på något av de många personalmöten vi har. Varannan vecka träffas alla på enheten på arbetstid men efter att centralen stängt. Här finns inga ”gnetar” och alla har samma värde oberoende av vilket yrke man har.

Detta visar sig bland annat genom att alla deltar i all verksamhetsutveckling. Eftersom alla har insyn i alla andras arbete behöver ingen tro att några bara rullar tummarna. Vi försöker att välja bort det minst viktiga och lägga vår energi på det som verkligen är viktigt.

Nyckeln till framgång är att vi utgår från patentens egna farhågor och egen bild av botandet. Vår uppgift blir att visa på tänkbara och realistiska alternativ. Vi utforskar gemensamt alternativen med patienten och erbjuder våra argument för vad det i alla fall inte kan vara. Därmed minskar vi kraven på irrelevanta undersökningar. De flesta oroar sig för att de kanske ändå har cancer – även om detta sällan uttalas i första kontakten.

Många av våra patienter har särskilda svårigheter genom att problemen inte är så allmänt kända och synliga i samhällets ögon. Exempelvis fibromyalgipatienter kontra reumatiker, de sistnämnda kan visserligen ha ont och ha funktionsnedsättningar som innebär grava handikapp. Men de har det på andra sätt lättare. Deras handikapp ifrågasätts inte. De vet själva vad det är för fel.

En kultur som betonar att ta vara på vår samlade kompetens

Vårdcentralen startade 1989. Flera av oss har varit med ända sedan dess. Få slutar annat än om de går i pension. Ända sedan starten har vi utvecklat en alldeles särskild kultur där allas kunnande skall tas till vara. Man får inreda sitt eget rum efter sin egen smak. Man kan prata med alla om allt. Man känner att man får utvecklas och man får visa vem man är.

Behöver jag avlastning så kan jag räkna med att de andra försöker hjälpa till. Det finns inga revirgränser, den som kan och finns till hands försöker hjälpa till. Vi försöker ordna så att det också är möjligt att hjälpa till rent kunskapsmässigt genom olika typer av överrapporteringar. Det visas stor respekt för allas yrkeskunnande.

Inget är omöjligt. Vi tillåts pröva vad som funkar och vi kan alltid backa om det skulle visa sig att det inte var en så bra idé – för att sedan ta ett steg i en helt annan riktning.

Vår flexibilitet bygger på att vi alla kan göra egna självständiga bedömningar. Detta kräver kunskap, trygghet och ett ledarskap som har tillit till medarbetarnas omdöme, samt tillåter att man försöker och ges möjlighet att synliggöra sin kompetens.

Detta sker bland annat i de resonemang vi alla för i samband med våra olika möten i utvecklingsgrupper, i samband med utbildningar, i yrkesgruppsträffar och vid personalmöten. Arbetet i våra utvecklingsgrupper är därför ett sätt att upprätthålla denna tillit.

Våra olika möten är viktiga också på annat sätt. I de diskussioner som förs där växer olika lösningar fram. Därför har våra möten en hög prioritet för oss alla.

Vi är duktiga på att lägga pussel med varandras kunskaper.

Fyra ögon ser mer än två. Genom vårt gemensamma fokus på det som de kognitiva samtalen utvisar om patientens totala situation kan vi alla lära oss se olika sidor och alla kan vi fiska också i dessa vatten. Vi vet därmed mer och kan prata med patienten om relevanta saker. Patienten vet så småningom också bättre vad det handlar om och kan själv bedöma relevansen att söka hit igen för samma problematik. Vi försöker stärka upp vårt seende också genom att använda olika enkäter till patienten. Detta ger ytterligare information och medför att vi kan uppmärksamma många fler aspekter.

En vag känsla hos någon ” att här står inte rätt till” kan få tydligare konturer genom någon annans observationer. Om exempelvis någon patient är bokad för ett långt samtal om 40 minuter, för något som ser ut som en bagatell, fattar vi att någon har anat ugglor i mossen.

Bedömningsförmågan måste hållas a-jour.

Vår bedömningsförmåga måste hållas aktuell och ”på topp”. Vi har därför regelbundna handledningsmöten för läkare och sjukgymnaster. Möjligen skulle även andra yrkesgrupper ha behov av motsvarande möten. Där tvingas man sätta ord på och dela sina observationer med andra som också förstår, tvingas reflektera över varför det blev som det blev – och framför allt varför det inte blev som jag trodde att det skulle bli. Genom dessa möten blir mönstren i patientens problematik tydligare. Det är avlastande att inse att också andra duktiga kolleger sliter med samma typ av bekymmer. Genom handledningen blir vi tryggare i våra egna bedömningar.

En kultur som möjliggör flexibla arbetsvillkor

De flesta drabbas åtminstone någon gång under livet av att man inte orkar 100%. Det kan vara en skada som gör att man inte kan utföra

alla de uppgifter som rollen normalt kräver. Det kan vara en önskan att faktiskt också hinna med annat – till exempel vara mormor på deltid. Till exempel så träffas distriktssköterskornas arbetslag schemalagt 2 gånger per vecka för att löpande organisera sig efter vad som då visat sig önskvärt att hinna med.

Genom att man tittar på den uppkomna situationen gemensamt dyker det ofta upp helt oväntade lösningar på olika resursproblem. Genom att alla finns där samtidigt kan således många helt unika så kallade ”vinna-vinna” lösningar beslutas direkt och utan allmänna principdiskussioner om vad som är rättvist. Genom att organisera arbetet ”evolutionärt” på detta sätt får man med tiden också en väldig erfarenhetsbank och lär sig vad som är möjliga lösningar i olika situationer.

Tänk om det är så att vår stora vårdapparat egentligen lämnar dessa frågor ”ogjorda” och att detta är skälet till att vi upplever att det är en enda rundgång. Vi skulle behöva en diskussion om hur vi skall hitta lösningar så att vi alla kan vara den vi är. Att man vågar berätta det man vet. Att man törs göra det man vet att man kan. Att man får vara med i gemenskapen trots att man inte kan arbeta 100%. Att det blir tillåtet att vara olika.

Vi försöker utveckla ”mysfaktor-budskapet”

Vi har utvecklat ett arbetssätt som bygger på kognitiva samtal – det vill säga att vi genom samtalet skall förstå vilka frågor som patienten ställer sig och behöver få besvarade. Detta arbetssätt kräver att patienten känner sig trygg och avslappnad och vågar fråga. Därför blir utseendet på våra lokaler synnerligen viktigt.

Man måste kunna känna sig hemma hos oss. Vi funderar mycket över vilken bild som möter patienten. ”Vad skulle jag tycka om jag hamnade här?” Samtidigt som lokalerna förstås också måste fungera för oss.

Om man är trygg mår man mindre illa. Vi vill genom utseendet i våra lokaler förmedla budskap som:

- Välkommen hit
- Känn er som hemma
- Vi vill gärna se er här
- Vi som arbetar här är personer
- Vi samspelar med varandra
- Vi är inte delar av den sterila sjukvården
- Här är alla lika mycket värda
- Vi finns här i det lokala samhället – ”vi och Konsum”

Vi arbetar mycket med färger och gardiner. Vi försöker hitta tavlor som patienten känner sig hemma med. Vi tror att en radio ger en lugnande atmosfär. Vissa av oss måste ha skyddsrockar men vi har privata kläder under – allt för att betona att också vi är personer och inte bara en roll.

Vi har också arbetat mycket för att få våra lokaler funktionella för oss alla. Skåp och lådor måste ligga rationellt. Springet skall bli minimalt.

Vi är kända för att alltid hålla ordning på vår ekonomi så alla förändringar måste få plats inom vår aktuella budget. Ibland väljer vi att kombinera personalmöten med att vi själva målar om ett rum.

Hur bidrar en klok ledning i en verksamhet som vår?

I vår verksamhet ser vi det som viktigt att alla medarbetare deltar också i utvecklingsarbetet. För att detta skall bli praktiskt möjligt krävs en omfattande struktur med många tillfällen att delta. Det måste skapas många tillfällen som fordrar diskussioner och utforskande samtal. Men utan allt för många låsningar och tvång. Man måste själv välja på vilket sätt man vill medverka. Och det får inte finnas krav på åtaganden som inte löpande kan omförhandlas om verkligheten visar sig vara annorlunda än man tidigare antog. Att hela tiden hålla denna struktur aktuell och levande är en av ledningsgruppens viktigaste uppgifter.

Vårt interna utvecklingsarbete har rötter i de TQM-tekniker som vi först inledde med. TQM innehöll en mycket strikt metodologi. Övergången till ”Ideal Modell” innebar att en del måsten löstes upp. Det blev lättare att prova och lättare att utvärdera. Det är obligatoriskt att ägna tid åt vårt utvecklingsarbete men vi väljer själva inom vilket område vi vill fördjupa oss. Våra interna regler har vuxit fram ur vår egen historia.

Vi har chefer som tillåter oss att försöka och vi har tilltro till vår förmåga att klara det. Vi vill alla vara friare – både i arbetet och privat. Ingen här säger någonsin ” inte nu igen”. Nytänkande har blivit en självklarhet, vilket innebär att vi har ett bra förhandlingsklimat.

Många av oss förlorar ibland tron på vår egen förmåga att göra kloka bedömningar. Detta visar sig också i arbetet. En god ledning arbetar med oss på samma sätt som vi försöker bemöta våra patienter. Den svåraste patientgruppen är de ”geist-lösa” som bara klarar sig så länge det finns en starkt styrning. Möjligen skulle detta kunna överföras till tankar om en adekvat arbetsmiljöbevakning. Genom den totala friheten hos oss att välja på vilket sätt man vill medverka i utvecklingsarbetet kan vi alla tidigt se när någon av oss är på väg att ”tappa sugen”.

Det kommer ibland påbud uppifrån som bygger på tanken att ”någon ger personalen uppgifter”. Vi skulle hellre säga att vi formar vår verksamhet. Detta är en himmelsvid skillnad. Vi trodde att vi inom ramen för intraprenaden genom att spara skulle kunna få ett visst handlingsutrymme, men så verkar det inte kunna bli.

En administration som möjliggör flexibilitet

För att öka antalet möjliga lösningar väljer vi också att expandera vårt kunnande genom att försöka rotera mellan olika uppgifter. De undersköterskor som arbetar på labb arbetar också på mottagningen med varierande distriktssköterskejobb, till exempel med förberedelser för olika intyg. Sekreterare kan hjälpa till att hålla de barn som är rädda för vita rockar och sprutor. Distriktssköterskor kan fixa de mest akuta proverna om de ordinarie på laboratoriet just då arbetar med annat eller är lediga.

För att kunna arbeta med dessa flexibla och effektiva lösningar krävs en administration som stödjer ” tillfällighetsarbetare”. Bland annat har vi en magnettavla väl synlig i receptionen där markeringar görs av vårdgivare som till exempel distriktssköterska, arbetsterapeut när de är inne på centralen eller när de är ute på hembesök. Denna tavla använder sig både personal och patienterna utav för att se om den de söker finns inne på centralen.

Vi försöker också att utnyttja de resurser som finns i form av obesatta tjänster. Andra personer med andra yrken än den tomma tjänsten kan vara tillgängliga och ha möjlighet att avlasta andra – som i sin tur kan avlasta andra – som i sin tur osv.

I några utvecklingsgrupper har det arbetats fram behandlingsplaner/manualer för vissa patientgrupper, exempelvis blodtryckspatienter. Detta för att omhändertagandet ska bli så optimalt som möjligt.

Ett samhälle i kris?

I primärvården möter vi de riktigt stora samhällsproblem. Vi vet att vi gör ett bra jobb och erbjuder god vård. Vi känner oss uppskattade. Vi kan kombinera ett bra patientarbete med egen yrkesstolthet.Vi har förbättrat tillgängligheten genom att inte alla patienter måste gå via en läkare. Vissa patienter går direkt till distriktssköterska eller sjukgymnast.Vissa patientgrupper har vi måhända skämt bort. De har vant sig vid att få komma hit vad det än gäller. Behovet av sjukvård blir då oändligt.

Tänk om det är så att vår stora vårdapparat egentligen lämnar dessa frågor ”ogjorda” och att detta är skälet till att vi upplever att det är en enda rundgång. Vi skulle behöva en diskussion om hur vi skall hitta lösningar så att vi alla kan vara den vi är. Att man vågar berätta det man vet. Att man törs göra det man vet att man kan. Att man får vara med i gemenskapen trots att man inte kan arbeta 100%. Att det blir tillåtet att vara olika.

Deltagare i samtalen och medförfattare

Grupp 1
Eva Hurtig, sekreterare
Eva Forssell, distriktssköterska
Catarina Hedlund, familjeläkare
Susanne Lindqvist, familjeläkare
Ing-Mari Rinsén, sjukgymnast
Pär, Wikström, ST-läkare

Grupp 2
Gunnar Engberg, familjeläkare och verksamhetschef
Vivan From-Sandström, kliniksamordnare
Carola Herlin, chefsjuksköterska

Grupp 3
Marianne Andersson, sekreterare
Eva Bergman, undersköterska
Monica Flink, distriktssköterska

Grupp 4
Siv Andersson, undersköterska
Eva Degerman, kurator
Annika Larsson, ST-läkare
Åsa Lundkvist, distrikssköterska

Grupp 5
Katarina Forsberg, sjukgymnast
Wiveka Stenlund, sekreterare
Gun Ström, distriktssköterska
Carola Svensson, sekreterare

Reflektioner över tre berättelser om god vård

Ett samtal mellan Göran Henriks. Qulturum, Jönköpings läns landsting och Bengt-Åke Wennberg och Monica Hane, Samarbetsdynamik AB den 10 november 2003

Göran Henriks är utvecklingschef i Jönköpings läns landsting och chef för Qulturum i Jönköping. Göran Henriks är en av de drivande krafterna för att introducera ett systematiskt förbättringsarbete av internationell standard i svensk sjukvård. Detta arbete har sedan närmare tjugo år tillbaka genomförts kontinuerligt och obrutet inom landstinget. De procedurer som arbetats fram bygger således på lång erfarenhet om vårdens funktionssätt och vilka vägar som finns när det gäller att nå en god vårdkvalitet.

Samtalet är en del i projektet och syftar till att säkra att berättelserna uppfattas som goda och representativa exempel för framtidens vård. Syftet var också att fånga upp några av de resonemang som berörda utvecklingsansvariga med utgångspunkt från berättelserna ser som relevanta i framtidens vårdsystem.

Om berättelserna

De olika berättelserna och de resonemang som förs i dessa stämmer ur flera perspektiv överens med de principer på vilka vi byggt utvecklingsarbetet i Jönköpings läns landsting. Utifrån min erfarenhet kan därför de tre enheternas berättelser betraktas som ett bra ”resultat” av ett gediget utvecklingsarbete om man med resultat menar att de demonstrerar en kunskap om de viktigaste principerna i detta.

Som ledare av verksamhetsutvecklingen i Jönköpings läns landsting vill jag emellertid markera utvecklingsarbetets dubbla karaktär. Det består såväl av yttre insatser i form av olika lärseminarier och utbildningssatsningar som ett omfattande inre arbete av ansvarig ledning

och personal själva. Det ena kompletterar det andra. Detta ger berättelserna också uttryck för även om fokus i dessa självklart riktas mot de egna insatserna. Mitt intresse riktar sig å andra sidan främst mot vilka yttre insatser som kan tänkas möjliggöra en sådan utveckling. Min fråga är således vad som kännetecknar en högeffektiv utvecklingsprocess och hur vi utifrån kan stödja en sådan.

Så som dessa enheter har berättat om sina verksamheter skulle vi vilja att många vårdgivare i Jönköpings läns landsting skulle kunna berätta om sina. I detta avseende är berättelserna ett bra bidrag till vårt kvalitetsarbete. Vårt kvalitetsarbete utgår från vad som kan anses vara ett gott resultat – snarare än att vi utifrån specificerar vad som konkret skall göras. Vad som uppfattas som ett gott resultat av det vi kallar ”kliniska processer” arbetas fram i samarbete mellan vårdgivare och experter – vanligen med stöd av olika specialistföreningar.

Om man accepterar samma princip inom samverkansområdet så är det tydligt att berättelserna kan uppfattas som en kvalitetsnorm för god verksamhetsutveckling. Att man i en verksamhet visar en sådan kunnighet att man berättar så om sin verksamhet är vad all god verksamhetsutveckling skall leda till. Berättelserna ger oss således en utomordentlig möjlighet att utarbeta kriterier för god samverkan. Vi skulle därför med denna typ av berättelser kunna fastställa om olika förändrings- och utvecklingsinsatser gett de resultat man önskar. Vi kan därmed också fastställa vad som är ett högpresterande utvecklingsarbete och vad som inte är det.

Detta gäller också för olika organisatoriska förändringsinsatser. Genom berättelser av detta slag får vi en konkret möjlighet att följa upp vilken kollektiv kunnighet som utvecklats. Vi kan också genom sådana berättelser få en inblick i hur det blivit som det blivit. Man skulle med en sådan uppföljning inte vara hänvisad till allmänt ”tyckande” eller ideologiska principer i diskussionen om organisationsfrågor. Jag är övertygad om att en sådan användning av berättelser skulle bespara oss många onödiga och frustrerande diskussioner om ”vad som

vore bra". Vi skulle också kunna undvika att tvingas anpassa oss till överdrivna sparmål och missvisande organisationsprinciper.

Från produktionssystem till lärande system

Att tala om att sätta fokus på våra tjänsters värde och på patientens utveckling mot "hälsa" i motsats till att sätta produktionen i fokus är inte bara en lek med ord. Förflyttningen av fokus återspeglar en djupare förståelse för hur sociala system fungerar och hur de kan förändras. Denna kunskap är inte ny. Idéerna stammar från Human Relations skolorna som växte fram på 70-talet och presenterades för oss på 80-talet av bland annat professor Per-Erik Ellström vid Linköpings universitet.

Hela vårt utvecklingsarbete har därefter baserats på denna förståelse. Samtidigt måste sägas att resonemangen i det "större systemet" i allmänhet bygger på en föråldrad systemsyn. Förflyttningen från att tillämpa massproduktionsprinciper till att använda sig av ett systemiskt tänkande med fokus på vårdens värde för patienten har således gått långsamt. Därför är det inte självklart att alla "ser" vad som finns att "se" i dessa berättelser.

Sjukvårdens kris

Ett skäl till att den systemsyn vi tillämpar i vårt utvecklingsarbete fått så dåligt genomslag i landet kan vara att utvärderingar och andra forskningsinsatser ensidigt koncentrerat sig på att "forska på" och på "forskning av". Som utgångspunkt för dessa utvärderingar använder man sig antingen av koncept direkt hämtade från näringsliv eller amerikansk management – med mycket förenklade resonemang –eller lösningar enbart formade efter politiska ambitioner.

De kunskaper man får fram genom sådana uppföljningar och forskningsinsatser blir alltför oprecisa för att förstå ett lärande systems karaktär.

Utan goda kunskaper om utvecklingsprocessens karaktär blir det också svårt att förstå hur sjukvårdens system kan förändras. Den konventionella forskningen behöver därför kompletteras med data från ”forskning med” – alltså det gemensamma utforskande som berättelserna är ett exempel på. En bristande förmåga att flytta fokus från massproduktionstänkandet till ett utvecklingsperspektiv med fokus på ”lärandet” kan vara den förklaring till sjukvårdens kris som vi letar efter. För att komma ur denna kris bör man då förstås – precis så som man för fram i berättelserna – se patienten som en viktig partner i ett lärsystem.

En annan förklaring till krisen kan vara att viktiga beslut fattas på ett alltför stort avstånd från den aktuella vården. Det kan hända att de som medverkar i dessa beslut förlorat kontakten med de multipla ”behov” patienterna numera har och de psykosomatiska besvär som nu dominerar. Vi som arbetar med utvecklingsfrågor upplever också att medborgarnas behov av vård starkt förändrats som en följd av att samhället har förändrats och vården numera erbjuder många nya möjligheter som inte fanns förr.

Resonemang som bygger på tidigare ideologiska ståndpunkter och en sporadisk medborgarkontakt är otillräckliga för att åstadkomma den förändring som behövs för att skapa en organisering som leder till fortsatt högpresterande system.

Ett problem är att många av dessa resonemang blir ”självrefererande” om de inte konfronteras med vårdens realiteter och de erfarenheter som växer fram i kontakterna med autentiska patienter. Resonemangen förs som om de realiteter som presenteras i rapportens berättelser inte fanns. Därför kan vi som arbetar med utvecklingsfrågor ofta vara förundrade över många av de snabba åtgärder som vidtas.

Det finns naturligtvis argument och resonemang som stödjer dessa men vi ser inte hur de är kopplade till verksamhetens aktuella problem. Detta skapar en osäkerhet hos oss. Vi ”läser in” ambitioner som kanske inte finns där. En ökad ”transparens”, dvs. en bättre argumentation varför man väljer att göra som man gör skulle antagligen kunna råda bot på detta problem.

Den syn på lärande system som demonstreras i berättelserna är av oss väl prövad i praktiken. Den är också accepterad av forskningen. Bristande förmåga att på övergripande nivåer använda sig av detta synsätt leder till att många verksamheter i sjukvården upplever att man saknar ”metod” i förändringsarbetet. Med brist på metod menar jag inte att man inte arbetar metodiskt. Med metod menar jag istället att man använder kända förfaringssätt som kan förstås av både de som vill åstadkomma förändringen, de som skall genomföra den och de som berörs av den. Det är förstås omöjligt att utveckla sådana metoder utan att ha en bra bild av hur systemen fungerar och vilket resultat som man tänker sig att de skall åstadkomma.

Kraven på förändring kan komma från andra källor än vårdsystemet självt

Vi som arbetar med verksamhetsutveckling är medvetna om att personer och grupper som förväntas ta ett övergripande ansvar för systemet kan se hot som egentligen inte har att göra med vårdsystemet i sig. Det kan exempelvis handla om samhällets totala ekonomi, en önskan om att stoppa vissa oönskade utvecklingstendenser eller försök att upprätthålla vissa viktiga ideologiska principer.

Vi förstår att sådana hot måste mötas. Det är emellertid frustrerande om sådana hot – som egentligen inte har med vårdarbetet att göra – medför att man osystematiskt ingriper i vårdsystemet. Förändringar är nödvändiga men de bör utgå från en mer genomtänkt helhetssyn och bygga på vissa grundläggande principer som vi gemensamt kan

komma överens om. Jag tror att de berättelser som här presenteras kan vara en viktig väg till att komma fram till goda principer och metoder för den förändring av vården som är nödvändig..

Jag kan heller inte underlåta att påpeka att sjukvården – som omfattar 10% av vår totala ekonomi – leds av personer som inte har tillgång till djupare akademisk kunskap om de komplicerade managementfrågor som uppstår när man skall hantera det vi kallar ”lärande och patientfokuserade system”. Alltför litet forskning om praktikens frågor finns också att tillgå på svenska. Först i år har ett mastersprogram med denna inriktning startats i Växjö.

Detta betyder förstås inte att dagens beslutsfattare och politiska befattningshavare är okunniga och saknar kompetens. Det förklarar emellertid att deras åtgärder av många – trots att de var för sig kan vara kloka och välbetänkta – uppfattas mångtydiga och ofta motsägelsefulla. Ett ökat kunnande om multiprofessionella organisationsledningskrav skulle sannolikt bidra till en ökad kongruens i resonemangen och en större acceptans för de intentioner som ligger bakom de förändringsförslag som presenteras.

Berättelserna illustrerar flera av våra egna utvecklingsprinciper

När jag läser berättelserna kan jag till min glädje återfinna några av de principer som vi arbetat efter i Jönköpings läns landsting. Jag kan även tänka mig att andra utvecklingsansvariga känner igen sina.

- **I ett lärande system är det viktigt att var och en äger sin egen uppföljning.**
  Berättelserna visar att man har förstått nödvändigheten av detta. Man har uppenbarligen ordnat verksamheten så att man har möjlighet att överblicka hela den del av processen som man har ansvar för.

- **I ett lärande system räknas alla som ansvariga**
  Av berättelserna framgår tydligt att man förstått betydelsen av att ordna förhållandena så att det blir möjligt att gemensamt se hur olika insatser påverkar den totala verksamheten och patientens förhållanden. I detta ligger också att man arbetar för att göra alla betrodda att bidra till verksamheten efter egen förmåga.

- **I ett lärande system måste man ge återkoppling till steget innan, berätta hur det gick och efterhöra vad nästa steg förväntar sig.**
  Man uttrycker i berättelserna oro både för vad som händer patienten efter den egna behandlingen och för behovet av kontakt med tidigare steg i processen. Dessa enheter visar därmed ett värdefullt helhetstänkande kring patienten. Deras oro visar att denna typ av kvalitet måste utvecklas i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

- **I ett lärande system måste man gilla att sprida sina kunskaper och sina utvecklingsresultat**
  Det faktum att man så entusiastiskt deltagit i projektet och engagerat sig i att berättelserna skall vara kongruenta med så som man resonerar inom enheten visar att man till fullo stödjer denna princip.

Skillnader mellan det lilla och det stora systemet

I berättelserna möter vi verksamheter där man framgångsrikt lyckats avgränsa och knyta ihop det ”lilla” sociala systemet. Frågan är då på vilket sätt erfarenheterna av detta begränsade avsnitt av sjukvårdssystemet kan vara av värde för att hantera frågor i det större. Skillnaden är förstås att man i det lilla systemet har fördel av närheten till och bekantskapen med varandra på ett sätt som inte kan åstadkommas i det större systemet.

Erfarenheten är att ju större antal aktörer, ju komplexare system och ju mer ont om tid man får (intensivare patientkontakt) desto större sannolikhet är det att man tvingas in i arbetssätt som inte är kongruenta med de som utvecklats i det lilla systemet. Detta tycks inte vara en följd av attityder eller förhållningssätt utan helt enkelt en fråga om vilken arbetsmängd som krävs för att upprätthålla ett stort antal kontakter.

Detta gör att ingrepp i det större systemets funktion med nödvändighet skiljer sig från en del utvecklingsprinciper i det lilla. Hur de två skall kombineras och hur man skall undvika att åtgärder i det större systemet motverkar den goda vård som kan åstadkommas genom de arbetssätt som redovisats i de här återgivna berättelserna är naturligtvis den kritiska frågan. Det finns många spännande hypoteser om detta i komplexa lärande systems teori och praktik som vi borde ta vara på.

Fem sanningar om organisering

Som en illustration till detta vill jag här föra fram fem ”sanningar” när det gäller organisering. Jag menar att dessa kan fungera som ledfyrar både för stora som små system. Därför borde det vara möjligt att utifrån de här redovisade berättelserna utveckla goda organisationsprinciper också för det större systemet. De fem sanningar jag jag tänker på är

- All organisering måste utgå från relationen vårdgivare och patient
- All organisering har som ändamål att mötet vårdgivare och patient skall optimeras och bli så effektivt som möjligt
- All organisering skall genomföras så att transparens är möjlig.

- All organisering skall bejaka lusten hos personalen att ge patienten vad denne behöver

- All organisering skall syfta till skapandet av högpresterande kliniska processer

All organisering utgår från relationen vårdgivare och patient.

Denna sanning är allmängiltig. Vår erfarenhet visar emellertid – vilket också framgår av berättelserna – att det inte är samma relation mellan vårdgivare och patient nu som det var förr. Vården har förändrats, tekniken har förbättrats, medicineringen har blivit effektivare, kunskapsnivån har höjts och samhället har förändrats.

Berättelserna visar att medarbetarna på det tre enheterna är väl medvetna om detta. De har förstått att de därför i viss mening måste bryta mot den konventionella uppfattningen av vad som är rätt vård. Berättelserna anger således en riktning i vilken vården behöver utvecklas för att uppfattas som en bra vård. Det är inkongruensen mellan vad som uppfattas som bra vård i det lilla systemet och de kriterier man för tillfället använder i det stora som nu måste uppmärksammas.

Jag vågar påstå att de är de många och olika verksamhetsutvecklings- och utbildningsinsatser i vilka man betraktar vården som ett lärande system som vidgat synen på denna relation. Utvecklingsaktiviteterna har bejakat strukturer som gjort det möjligt att få de erfarenheter av de goda patientkontakter som behövs. Genom att lära sig systematiska uppföljningsrutiner har de enheter som deltagit i olika utvecklingsprogram dessutom fått möjligheter att dokumentera sina erfarenheter av hur en god patientkontakt kan gestalta sig. Jag är därför övertygad om att enheter som deltagit i våra lärseminarier genom

deltagandet fått en helt ny bild av relationen vårdgivare och patient. Det är förstås denna nya och djupare bild som skall ligga till grund för en framtida organisering.

All organisering har som ändamål att mötet vårdgivare och patient skall optimeras och bli så effektivt som möjligt.

Organisation skall göra att man gemensamt kan göra mer än om var och en arbetade separat och utan kontakt med de andra. Om man därför utgår från att den viktiga faktorn i vården är mötet mellan vårdgivare och patient så blir det naturligt att forma organisationen runt denna relation. Så har det sannolikt alltid varit. Därmed har nya organisationsstrukturer växt fram och gamla bytts ut. Vilka stödfunktioner och annat som skall skapas för att göra detta möte ännu bättre beror förstås på vad man vet om detta möte och dess värde för patienten.

Vår erfarenhet – som stämmer med berättelserna – är att värdet av detta möte i dagens sjukvård kan utvecklas. En viktig organisatorisk princip för att öka värdet är att följa patienten genom hela behandlingsarbetet och att skapa goda och realistiska överenskommelser med denne. Detta kräver i sin tur att man på en mängd områden vidgar den diagnosbaserade synen och lägger fokus på patienten som en självständig och autonom aktör som har anledning att vara delaktig i sin egen behandling.

Sjukvårdens organisering har i stort bestämts av att man sett mötet med patienten som en följd av isolerade kontakter där patienten varit föremål för behandling. Vad som skulle hända under mötet dikterades av diagnosen. Med diagnosen följde ”den rätta” behandlingen och vårdformen. Med en sådan utgångspunkt är det både relevant och önskvärt att arbeta med standardiserade direktiv till vårdgivarna. Genom att alla liknande diagnoser behandlades lika skulle vården kunna förenklas.

Berättelserna visar att man i dessa verksamheter ser detta som en begränsande princip när det gäller att effektivisera mötet mellan vårdgivare och patient. Följer man denna slaviskt riskerar många patienter att inte få de insatser de egentligen behöver. Berättelserna indikerar således att organiseringen numera behöver genomföras så att flera andra aktörer i systemet – gärna i ett interdisciplinärt samarbete – tillsammans kan åstadkomma ett kontinuerligt och långsiktigt samarbete med patienten. Lösningen ligger inte i att diktera hur specifika behandlingar skall utföras.

Detta kräver en bättre teamorganisering och ökad handlingsfrihet nära patienten. Betydelsen av formella gränsdragningar minskar. Konsten blir att kombinera en önskan om en standardisering för god kvalitet, med en individualisering riktad mot patientens unika förhållanden och med patientens eget perspektiv på sin sjukdom. Att frångå ensidiga direktiv är således inte detsamma som att verksamheten därmed blir ostrukturerad och okontrollerad där var och en kan göra som man vill. Berättelserna visar istället att det finns fullt rimliga och acceptabla vägar att åstadkomma denna integrering av olika kunskapsområden.

Berättelserna ger goda exempel på hur en positiv social kontroll kan fungera och hur den kan upprätthållas trots förekomsten av en mycket stor frihet och ett stort handlingsutrymme för den enskilde individen. Det är sannolikt att många av de principer som dessa tre enheter berättar om som skulle kunna utvecklas så att de fungerar väl även i det stora systemet.

All organisering skall genomföras så att transparens blir möjlig

Rutiners och organisationsschemors viktigaste funktion är att skapa transparens – genomsiktlighet. De är den karta alla behöver för att veta vem som skall göra vad och vem som har ansvar för vad. Berättelserna visar emellertid tydligt att man växt ifrån den gamla typen av organisationsschemor och rutinbeskrivningar.

Andra arbetssätt och den nya relationen till patienten har tvingat fram helt andra sätt att skapa transparens. Man tycks använda fyra olika principer för detta

- goda informationssystem i vilka man dokumenterar och beskriver vad man gör och som är öppna för alla,
- fasta och välordnade mötesstrukturer och scheman som gör det möjligt att lita på att man träffar dem man vill och skall träffa när man behöver det
- en mer precis och öppen kommunikation samt
- att noga mäta och följa varandras resultat.

Samtliga dessa principer borde vara möjliga att implementera också i det större systemet

All organisering skall bejaka lusten att ge patienten vad denne behöver när denne behöver det.

Ingen verksamhet kan fungera om de personer som ingår i den inte har lust eller vilja att engagera sig i den på ett sätt som leder till ett gott resultat. Därför är litteratur och forskning om arbetsorganisation och arbetspsykologi fyllda av resonemang om hur man genom olika åtgärder skapar motivation och engagemang. Problemet som måste lösas är att tillse att den organisering som görs bejakar – och inte strider mot – de inre drivkrafter som finns hos systemets aktörer.

Berättelserna visar att denna fråga är mer komplicerad än att bara ta hänsyn till löner och förmåner eller att erbjuda goda arbetsvillkor. Berättelserna visar att utgångspunkten för motivationen snarare är av ideologisk och ideell natur än enbart pekuniär. Det betyder inte att lönen är ointressant. Det betyder bara att andra faktorer också är viktiga. I de aktuella verksamheterna ser man sitt bidrag till en

ökad tillgänglighet i termer av att patienten måste få ett förtroende för systemet som helhet. Det handlar inte främst om väntetider. Det handlar mer om att aktivt inkludera patienten som resurs i sin egen behandling samt att göra allt som är möjligt för sin denne.

Även om en viss behandling kan uppfattas som ganska mekanisk – exempelvis när det gäller enkla ingrepp – så ser man alltid behandlingen som en följd av ett psykologiskt kontrakt med patienten. Patienten skall som ett resultat av behandlingen uppfatta att denne fått den behandling denne behöver utifrån de resurser som funnits. Man skall inte söka vård förgäves.

Tar man fasta på dessa nya utgångspunkter för vad som betraktas som god vård så måste organiseringen också bejaka detta faktum. Den måste då också formas så att dessa ambitioner kan få ett konstruktivt utlopp och inte hindras. Berättelserna visar därför hur en verksamhet kan organiseras för att kombinera optimal resursanvändning med en god arbetsmiljö.

Organiseringsformer som man uppfattar inte leder till ett ökat förtroende från och ökad trygghet för patienten kan därför sannolikt inte upprätthållas på sikt utan omfattade arbetsmiljöproblem. Arbetsförhållanden som bryter mot denna princip leder till frustration som växer och som i sin tur leder till ohälsa. Det spelar då ingen roll om man erbjuder högre lön, bättre förmåner och mera friskvård.

All organisering skall syfta till skapandet av högpresterande kliniska processer

En stor risk med alla organiseringsresonemang är att de blir ”internlogiska”. Detta är inte så konstigt. Organisering skall inte bara leda till en god verksamhet. Att ingå i en organisation uppfyller också en mängd andra mänskliga behov. Organisationen möjliggör dessutom att man kan förverkliga en mängd individuella ambitioner som inte

skulle kunna uppfyllas om man inte var del i ett kollektiv. Organisationen har också en för individen viktig social kontrollfunktion. Den kan begränsa destruktiva impulser som annars skulle vara till skada både för individen själv och dennes omvärld.

Därför krävs mängder av anpassningar om man har ambitionen att förändra det sätt som sociala system organiserat sig. Det faktum att organisationen har en social bas brukar synas i en naturlig ”tröghet mot förändring”. Detta innebär att förändringar sällan kan dikteras fram uppifrån och utifrån. De måste i allmänhet tas i små steg och med delaktighet av de som berörs om man inte skall skapa stora arbetsmiljöproblem.

I alla förändringsprocesser finns risken att den stora mängden av olika sociala hänsynstaganden gör att man tappar bort betydelsen av att verksamheten gör vad den skall göra. Det är lätt att förlora sitt fokus på verksamheten när olika aktörer söker tillfredsställa en mängd andra behov och olika egenintressen. För att konstruktivt kunna genomföra olika förändringsprocesser och undvika en sådan utveckling har vi inom Jönköpings läns landsting definierat vad vi kallar kliniska vårdprocesser och försökt formulera kriterier och målnivåer för de resultat sådana processer skall leda till.

Vi ser det således som en viktig systemgemensam uppgift att förstå vad som gör att vissa processer är högpresterande och andra inte. Om man inte förstår och kan förmedla detta i aktuella förändringsprocesser så är det svårt att balansera den stora mängd andra krav och behov som alltid måste uppfyllas. Berättelserna vittnar om att man på de aktuella enheterna haft en mycket stark fokus just på att skapa högpresterande kliniska processer.

Den stora mängden alternativa behandlingsformer och variationen i patienternas behov gör att data måste belysa flera perspektiv samtidigt. De måste, med hänsyn till att det krävs en systematisk och individuell uppföljning av varje ärende, vara enkelt mät- eller ob-

serverbara för de som arbetar närmast patienten. Så har man också löst kvalitetsproblemet i de verksamheter som berättat. Detta är helt i överensstämmelse med vårt eget arbetssätt och synnerligen önskvärt om man skall kunna utveckla ett gott kvalitetsarbete.

Vårt landsting har exempelvis utifrån liknande arbetssätt som redovisas i berättelserna och i samarbete med specialistföreningar kunnat utarbeta målvärden och riktlinjer för vad ”varje behandling” på ett visst område minst skall leda till. Normeringen inriktas därvid på resultatet snarare än på utförandet. Finns goda sådana kliniska normer kan sedan varje behandling följas upp av de som utför den med avseende på om man uppnått ett önskvärt resultat eller inte.

Genom en sådan uppföljningsaktivitet och genom jämförelser med andra enheter uppstår ett lärande och kompetensen utvecklas. Det framgår av berättelserna att man gjort exakt som vi rekommenderar – även i de fall några externa kliniska normer inte varit tillgängliga. När normer saknats har man istället utvecklat egna interna normer för vad som är ett önskvärt resultat i relation till patientens behov.

Vi har inom Jönköpings läns landsting med utgångspunkt från ovanstående princip lyckats utveckla internationellt sett högkvalitativa kliniska processer när det gäller hjärtsjukvård, barnastma, influensa, vaccinationer och varanbehandling. Vi menar att det just är förekomsten av sådana kliniska normer och effektiva egna och lokala uppföljningssystem som i framtiden kan garantera att det stora systemet i alla sina enheter kan prestera en högkvalitativ vård som dessutom är varierad och individanpassad.

En annan betydelsefull faktor för högkvalitativ vård är att man vidmakthåller och utvecklar en effektiv infrastruktur där patienternas behov kan upptäckas och fångas upp på ett enkelt sätt. Ett bra exempel på detta är astma och allergiproblem där vi i Sverige internationellt ligger i framkant just genom att man sedan länge varit medveten om problemet på många håll i samhället.

Vad krävs för att återställa sjukvårdens legitimitet?

I början av 1990-talet publicerade SNS en studie av Bengt Jönsson vid Handelshögskolan i Stockholm som var framsprungen ur det ideologiska rum som skapats av socialdemokraternas framtidsgrupp med Kjell–Olof Feldt och Odd Engström som inspiratörer. Studierna genomfördes i en tid då kostnadsläget dramatiskt förändrades och då en del landsting tvingades att ändra budgeten varje kvartal. I studierna konstaterade man att kostnadskrisen gjorde att sjukvården stod inför en legitimitetskris. När tillflödet av pengar sinade riskerade man att inte bli trovärdig inför dem man var till för.

I studierna fördes fram tre lösningar. En lösning var ett reformerat landstingssystem. Ett andra alternativ var en marknadslösning. Ett tredje alternativ var att bygga ut ett försäkringssystem. Författarnas avsikt var att erbjuda ett underlag från vilket det var möjligt att ta ett samlat politiskt grepp på frågan och motverka en kommande kris.

I vårt landsting såg vi i samband med dessa diskussioner våra invånare – som betalade landstingskatt – som systemets intressenter och ***inte*** som dess ”kunder”. Detta synsätt medförde att vi strävade mot att ordna verksamheten så att befolkningen gemensamt får ett så bra utbyte av sina betalade medel som möjligt snarare än att de skulle ges intrycket att de var för sig ”köper vård”.

Vi har genom detta beslut kommit att se vårdsystemet som något som alla har ett gemensamt intresse av – en allmänning. Vi har därför menat att det är viktigt att man upprätthåller förtroendet för systemet som sådant och alla har ansvar för att bidra till att stärka och bevara det. Man skall som medborgare inte bara vara villig att betala för de tjänster man själv får utan dessutom verka för att systemet som helhet blir värdefullt och viktigt också för alla andra.

Den legitimitetskris som SNS-rapporterna förutsåg som en följd av kostnadskrisen har fortfarande inte lösts. Den har snarare förvärrats. Ett problem är att befolkningen numera har allt svårare att se vad

man är intressent i och vad man gemensamt betalar för. Ett skäl till detta är att vi fått en utveckling där vården spridits till olika typer av blandlösningar.

Vi står nu inför en helt ny utveckling med framväxandet av separata sjukhus som kanske finansieras av patientföreningar och läkemedelsföretag. Prioriteringsdiskussioner och kostnadspress leder också till uppkomsten av mer eller mindre kommersiella försäkringslösningar. Patienter och andra intressenter bildar egna politiska organisationer för att ordna sin egen vård. Obalans i konsumtionen av vård mellan exempelvis norrlandslänen och Stockholm är ett aktuellt exempel på när den gemensamma nyttan står mot egennyttan. Min poäng är att när förtroendet för värdet av ett gemensamt vårdsystem rubbas så bryter också den solidariska finansieringen samman.

En något paradoxal insikt är att förekomsten av köer verkar understödja denna splittring och motivera att man söker tillfredsställa egennyttan på bekostnad av den gemensamma nyttan. När man diskuterar olika särlösningar är det således inte vårdens kvalitet som används som argument. I argumentationen använder man sig istället av det faktum att det förekommer köer. Det finns således risk att det blir resonemangen om köer som formar vår framtida sjukvård snarare än kraven på en ännu bättre vård.

Vår kunskapsutveckling och vår förståelse för tillgänglighet visar att vi kan motverka ovanstående scenario. Resurser finns i systemet om vi kan få bort flaskhalsar och svaga ”länkningar” mellan enheter. Mötet med patienten kan avsevärt förbättras så att det oftare leder framåt mot en bättre hälsa och livskvalitet.

Det är självklart så att utan tillgänglighet kan mötet mellan vårdgivare och patient inte komma till stånd. Men det faktum att man får en tid i sjukvården är inte den viktigaste grunden för förtroende. Förtroende uppstår av den goda vården som illustreras av berättelserna och där patientens trygghet utvecklas.

Om vi kan få bort våra köer då kommer den nuvarande politiska argumentationen att behöva förändras. Om det vore möjligt att släppa ködiskussionerna skulle det bli mer uppenbart hur vårdsystemet i sin helhet kan förändras för att vara av värde för medborgarna. Berättelserna ger många exempel på hur man i en framtid – där fokus inte kommer att läggas på köerna utan på vårdkvaliteten – kan hantera legitimitetsproblematiken. Låt mig ta ett litet exempel från materialet.

Morö Backe vårdcentral har tidigt insett betydelsen av att se samspelet med patienten som en typ av kvalificerad handledning. Samspelet skall inte bara bota sjukdom utan också vara ett stöd för patienten i dennes livssituation. Man förstod att distriktsköterskan var ett genialt påfund för att åstadkomma just detta. En viktig princip i arbetet på vårdcentralen blev därför att sköterskorna tog hand om viss mottagning. Genom detta stärktes tilliten till systemet och patientens trygghet i situationen. Liknande exempel går att finna i alla de andra berättelserna utifrån andra professioner.

Det är således inte svårt att upptäcka att berättelserna innehåller en mängd information och synpunkter som är värda att tas till vara för att hantera ”det stora systemet”. Exakt hur detta skall kunna ske och vilka arbetsformer som då kan komma att växa fram är inte lätt att säga. Behovet av en klargörande diskussion om sjukvårdens möjligheter och förutsättningar är emellertid stort. Det vore därför värdefullt om detta material kunde ligga till grund för en sådan diskussion.

Fokusberättelserna i ett arbetsmiljöperspektiv

av Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

De enheter som vi besökt har valts ut därför att de lyckats åstadkomma god tillgänglighet genom att utnyttja befintliga resurser synnerligen väl. De principer de tillämpat för detta är samma principer som skapar en hälsofrämjande arbetsmiljö. Deras goda arbetsklimat kan man lätt höra i berättelsen. Genom deras berättelser kan vi också – och trots att de bara är tre till antalet – betrakta sjukvården som systemisk helhet och genom dessa tre goda exempel förstå vilka hälsorisker som kan finnas i vården och som nu måste beaktas i övergången till en patientfokuserad vård. Det visar sig att interventioner som förr var självklara och riktiga nu motverkar sitt eget syfte. I detta avsnitt börjar vi denna genomlysning av materialet.

De tre enheternas sätt att organisera arbetet utgår från att allt arbete måste stödja samarbetet mellan vårdgivarna och den unika patienten. Man tar hänsyn till att patientens eget agerande alltid har en avgörande betydelse för resultatet. Ingen sjukvård kan bedrivas om man inte har åstadkommit en allians med den enskilde patienten. Bristande kunskap om hur överenskommelsen utvecklas över tiden gör alla interventioner osäkra.

Om patientens egen uppfattning om sin sjukdom och de sociala förutsättningar att medverka i behandlingen inte beaktas i samarbetet kommer vårdgivarnas insatser inte att få avsedd effekt. Detta är väl känt sedan länge både inom medicin och pedagogik (se till exempel Fallsberg 1991; 1994) och så resonerar man inom de tre enheterna. I

de tre patientorienterade verksamheter, som berättat, har man lyckats utforma sina rutiner så att också patientens egen föreställningsvärld och drivkrafter blir synliga.

Relationen mellan teamets medlemmar formas utifrån motsvarande syfte. Aktiviteter och möten läggs upp för att samtidigt kunna lösa aktuella verksamhetsproblem och erbjuda möjligheter för alla medarbetare att göra sitt professionella kunnande synligt. Det blir automatiskt så att alla blir sedda och hörda. Inte bara av chefen utan av alla sina medarbetare. Det skapas automatiskt också trygghet. Ingen behöver oroa sig för att någon medarbetare skall göra interventioner som andra inte är förberedda på eller kan tolka.

Genom att vars och ens professionella ambitioner blir synliga kan alla som vill ta hänsyn till detta i sitt arbete. Samarbete innebär att var och en inom sitt handlingsutrymme väljer att handla så att man också stödjer den process som andra strävar att utveckla. Det blir möjligt att arbeta efter devisen att ”det är hela systemets resultat som räknas”. För att utnyttja patientorienteringens potential krävs att man vidgat sitt professionella kunnande så att man kan variera sitt eget handlande i samspelet både med patienten och med teamet i övrigt beroende på hur dessa har det och ser på sin situation.

Där man lyckats med detta är verksamheten både effektiv och hälsofrämjande. Men det finns förstås svårigheter på vägen dit som måste uppmärksammas för att undvika frustration och psykisk utmattning.

Vid Morö Backe vårdcentral betonar man de kognitiva samtalens betydelse. Inga patienter skall komma förgäves. Genom en kollektiv skicklighet att snabbt avgöra vilka patienter som kan behandlas adekvat som ett ”standardproblem” och vilka som kräver ett betydligt längre samtal har ”mång-sökarna” försvunnit. Samtalet med läkaren är inte avslutat förrän både patienten och vårdgivaren är överens om att man funnit en trovärdig förklaring till patientens hela problematik, är överens om vad den aktuella primärvården kan erbjuda och inte kan erbjuda och har hittat

en för patienten mer relevanta strategi än att förgäves återkomma till vårdcentralen med samma frågor. Genom att på detta sätt öka patientens egen bedömningsförmåga minskar "rundgången" och tillgängligheten ökar för de andra patienter som verkligen har nytta av primärvårdens resurser.

Denna effektiva och hållbara lösning på tillgängligheten bygger på vissa förutsättningar. Inte i form av mer tid eller flera medarbetare. Man fokuserar sitt organiserande på att åstadkomma maximalt med de resurser som finns tillgängliga inom ramen för sin intraprenad. Är det svårigheter att rekrytera en viss yrkeskategori försöker man omfördela arbetet så att alla som kan avlastar den grupp som är "kort". Man väljer en för tillfället realistisk rekryteringspolicy och försöker rekrytera duktiga människor inom de kompetensområden som går att hitta på orten.

Skulle man få mer resurser skulle man förstås kunna åstadkomma mer. Fast inte på kort sikt. På kort sikt innebär förstärkningen att produktiviteten kommer att sjunka dramatiskt även om de enskilda medarbetare som kommer till är maximalt skickliga och erfarna.

Oförståelse i resten av systemet för den kollektiva kompetensens natur.

Patientorienteringens effektivitet bygger på den kollektiva kompetensen. Den måste byggas upp på plats. Den raseras när kollektivet förändras även om de som kommer till är synnerligen väl utbildade och erfarna. Detta är väl studerat och dokumenterat (Hansson 1998). Det löser inte problemet att nya medarbetare väljs ut med omsorg och att man beaktar väl att deras personlighet skall passa in" i gänget".

Detta vet man i de patientfokuserade verksamheterna. Oron ligger i att man inte skall orka kompensera för det ganska långa produktivitetsbortfall man vet kommer i samband med alla förändringar. Både vid hopslagningar och vid neddragningar. Oron förstärks när man inte får gehör och förståelse i det övriga systemet för de åtgärder som behövs för att klara detta.

Förtroendet hos patienterna för att man gör goda professionella bedömningar kan vara i fara, om man i det stora systemet ”gör reklam för” de omedelbara positiva effekterna av en förändring som genomförs. Av lojalitet till sina patienter – men också av lojalitet med sin erfarenhet av god verksamhet – kommer man att ”lyfta sig i håret”.

Det är ingen större fara med att lyfta sig i håret om det bara uppmärksammas av andra att det är det man gör. Och att dessa är beredda och skulle kunna rycka in om det skulle bli för mycket. Det man blir sjuk av är kränkningen i att bli orättmätigt kritiserad för bristande tillgänglighet och lägre produktivitet. Det är vår bedömning.

Interdisciplinära team gör alla delaktiga och synliga – men också synade

Vid Rehabiliteringsmedicinska kliniken ingår som en självklarhet också patienten och patientens anhöriga i teamet som arbetar runt rehabiliteringsprocessen. Patienten och dennes anhöriga är viktiga informationskällor. Det som ett okänt öga skulle kunna tolka som en effekt av den aktuella hjärnskadan kan anhöriga veta är ett sedan länge uppmärksammat särdrag hos patienten. Deras specialkunnande är i högsta grad relevant både för att övriga i teamet skall kunna bedöma vad som i det unika fallet skulle kunna vara den mest effektiva interventionen men också för att kunna avläsa relevanta framsteg.

Förlust i kalendertid på grund av väntan på utlåtanden och utredningar minskar möjligheten för varje patient att återerövra det liv denne ser som önskvärt. Kliniken utvecklar därför alla sina rutiner så att varje remiss skall besvaras inom ett dygn. Därmed undviker man att patienter ”blir hängande i luften ”utan möjlighet för någon att ta något nästa steg. Tillgängligheten beskrivs därför som mycket god även om bara en liten bråkdel av fallen blir aktuella för intensiv rehabilitering på Rehabiliteringsmedicinska kliniken. Bara de patienter som inte bedöms få adekvat hjälp genom de ordinarie rehabilteringsaktörerna kommer i fråga.

För att erbjuda en intensiv rehabilitering måste många specialister arbeta med patienten samtidigt. I ett så kallat multidisciplinärt team arbetar man parallellt med inte gemensamt. Teamet innehåller medarbetare med olika kompetenser men man delar upp arbetet i "mitt och ditt" och fördelar ansvaret. I det interdisciplinära teamet arbetar alla samtidigt runt patienten. Den mycket tydliga struktur och disciplin som finns syftar inte till att klargöra gränser utan till att göra den effektivaste improvisationen möjlig.

Dokumentationen är omfattande men inte i första hand avsedd för den årliga revisionen. Den är snarare ett aktivt verktyg för alla inblandade att löpande kunna avläsa hur processen utvecklar sig. Genom detta har alla ett underlag för att våga fånga tillfällen i flykten och kunna genomföra den kreativa möjlighet som kanske just öppnat sig. Var och en måste kunna ta ansvar för att man genom sitt agerande inte saboterar för andra att bidra med sitt kunnande. Transparensen är ett måste. Var och en måste också vara beredd att argumentera för det utrymme i processen som denne behöver för att medverka med sitt unika kunnande.

Den professionella skickligheten ligger i att uppfatta vad som skulle kunna ha mening för just den aktuella patienten och att kunna ordna detta unika även om det handlar om att ta patientens hund till avdelningen, träna rörelser i samband med att man vaxar sin bil osv. Alla försöker undvika att göra människor till stereotyper och som representant för en viss grupp där alla skall behandlas enligt ett visst program som beslutas oberoende av personen. Det som kan formuleras som statistiskt visad evidens blir bara en utgångspunkt för teamets bedömning. Yrkesstoltheten ligger i avstegen från det mekaniska.

Också arbetsmiljöfrågor ändrar karaktär när människorna i arbetslivet tar hänsyn till att de är autonoma, handlande professionella aktörer. Medarbetare väljer att göra det de anser lämpligt inom de ramar som finns. I många fall är handlingsutrymmet mycket litet men det finns alltid ett visst utrymme för val. Man kan välja att göra som man alltid har gjort. Eller man kan välja att följa de direktiv som utfärdats. Eller man kan välja att göra avsteg från rutinen därför att situationen visade att detta skulle vara effektivare i det aktuella fallet.

Därför kan alla också bli ställda till svars för sina val. Autonomin innebär ansvar för sina val och ett ansvarstagande förutsätter autonomi. Medarbetare kan tycka att detta är obehagligt. I den gamla organisationsteorin eftersträvade man oberoende mellan anställda på samma nivå. Det var tabu att ha synpunkter på arbetskamraternas prestationer. Endast ”basar” hade legitimitet att påtala att man som anställd valde ett olämpligt arbetssätt.

I den patientfokuserade verksamheten måste alla ha insyn i hur andra deltar i verksamheten och har inte bara rätt utan också skyldighet att påtala när systemet inte fungerar optimalt. Det kan vara obehagligt att bli ”synad” på detta sätt och det är för många ovant och obehagligt att behöva ifrågasätta.

Man får stå till svars för sina bedömningar. Man blir synad på sina antaganden. Det krävs att man känner sig stabil i sitt yrkeskunnande för att detta inte skall upplevas stressande.

Alla trivs därför inte automatiskt i en patientorienterad verksamhet. De som försöker bemästra beroendet i kollektivet och kraven på insyn genom att bygga murar och revir saboterar hela den interdiscilinära teamtankens potential. De brukar därför antingen snabbt sluta eller – om detta inte är en möjlig väg – bli ställda utanför gemenskapen. Konflikter med denna underliggande problematik kan därför komma att bli vanliga.

Inga allvarliga konflikter är önskvärda. De som hävdar att de är kreativitetens moder pratar troligen bara om situationer där vänner uppmärksammar olika sidor av samma sak. De allvarliga konflikterna skadar identiteten hos alla pater. De största existentiella hoten är de konflikter där man inte själv förstår hur de uppstår och hålls vid liv. Om dessa nya krav på medarbetare att kunna göra sig hörda och förstådda inte uppmärksammas kommer många att känna sig marginaliserade och tappa ”geisten”. Det är vår bedömning.

När det arbete man gjort visar sig ha varit meningslöst

I det produktionsorienterade samtalet – till skillnad från det patientfokuserade – pratar man som om organisationen skall erbjuda produkter/tjänster ut på ”marknaden”. Patientorientering får inte förväxlas med det som kallas ”servicemanagement”. Även vård och tjänsteverksamheter är fortfarande ofta uppbyggda strikt produktionsorienterat. (Alsterlind, Miller 2000). Någon räknar ut vad marknaden behöver och är villig att betala för. Sedan bygger man upp verksamheten så att den är så väl ordnad som möjligt för att kunna leverera dessa produkter och tjänster.

Det finns en organisationsplan som reglerar arbetsdelningen och ansvarsgränserna både vertikalt och horisontellt. Arbetsbeskrivningar och flödesscheman utvisar vad som skall utföras och i vilken ordning. De olika befattningarna bemannas med för uppgiften tillräckligt kompetenta individer. Tjänsten erbjuds till marknaden och de kunder/ klienter/patienter som finner tjänsten attraktiv utnyttjar den. De andra får söka sig vidare till andra tjänstegivare som erbjuder något som passar dem bättre. Att man strävar efter att tillfredsställa kunden/patienten behöver inte betyda att man är patientorienterad. Även i en produktionsorienterad verksamhet kan man höra att man är mycket mån om kunden och strävar efter att kunden skall få det kunden vill ha.

Om man emellertid söker tillfredställa kunders/patienters mer precisa krav och integrera dem i deras egen behandling tvingas man arbeta med allt mer differentierade kundsegment. I förlängningen på denna individualiseringsprocess övergår verksamheten från att producera en rad olika men på förhand definierade produkter/tjänster till att ge varje kund/patient något för varje kund helt unikt och ”skräddarsytt”. Då visar det sig att det gamla produktionstänkandets principer inte längre är ändamålsenliga. Framgången med den produktionsbaserade verksamheten har ju just byggt på att man kunnat ha stordrift där avvikelser från statistiska medelvärden jämnat ut sig eller ansetts försumbara. Dessutom är den beroende av att efterfrå-

gan kunnat hållas stabil. Effektiviteten i den horisontella specialiseringen har förutsatt att det funnits tillräckliga reserver och vikarier att sätta in. När dessa förutsättningar inte längre finns måste man byta utgångspunkt.

I den produktionsfokuserade verksamheten förväntas den som får ett arbete utföra det denne belönas för. Ledningen styr verksamheten genom mer eller mindre sofistikerade belöningssystem. Åtagandet från det anställde är att göra det man uppmanas att göra. Att ta ansvar innebär att inte experimentera på egen hand. Om det visar sig att produkten inte går att sälja eller att man inte får balans mellan intäkter och kostnader så drabbar detta alla anställde genom att arbetet försvinner. Men det existentiella hotet – det mänskliga traumat att ha tänkt fel, att inte vara kapabel, att ha misslyckats, att ha förslösat sin tid och sitt kapital – drabbar bara ett fåtal i översta ledningen.

I en patientfokuserad verksamhet är alla berörda på samma psykologiska sätt även om man opererar i den lilla lokala skalan. Där är alla ansvariga för sina val. Den positiva sidan är uppenbar. Alla är delaktiga och medansvariga. Och förstås också alltid medskyldiga. Arbetet ger en möjlighet att utveckla sina talanger i den riktning man önskar, utvecklas från att vara en ”passiv utförare av det andra bestämt” till att bli den människa man har möjlighet att bli.

Det engagemang i verksamheten som på detta sätt uppmuntras gör emellertid också människan mera sårbar. Att upptäcka att det arbete man lagt ner varit förgäves orsakar sorg. Att upptäcka att man lurats av falska förespeglingar sårar både självförtroendet och den framtida tilliten till medaktörer och system. Patientorienteringens framgång är helt beroende av detta så kallade sociala kapital och ovarsamhet med personers känslor blir därför både en allvarlig arbetsmiljöfråga och ett verksamhetsproblem.

Den som löpande känner att man använder sitt liv i en verksamhet som inte leder någonstans – till exempel därför att senare led i ked-

jan inte förmår ta vid – omöjliggör hälsofrämjande relationer. Den som då inte förmår göra sig kall och oberörd blir sjuk. Det är vår bedömning.

När effektiviteten måste offras för att systemet utvecklas mot större otrygghet

Kvinnokliniken i Motala har kunnat rationalisera sin verksamhet utan kvalitetsförluster genom att på olika sätt skaffa sig en större och säkrare kännedom om varje patient.. I den tid då varje förlöst mamma stannade på sjukhuset i minst 10 dagar fanns gott om tid att skaffa sig underlag för vad som var adekvata interventioner och nödvändiga försiktighetsåtgärder. Det var lätt att efter 10 dagar avgöra vilka mammor som behövde följas upp och vilka som kunde lämnas utan risk för komplikationer.

Redan i början av 80-talet infördes "tidig hemgång". Den som vill kan få gå hem redan sex timmar efter förlossningen om allt ser normalt ut. Detta uppskattas av patienterna och sparar självfallet vårdkostnader. Den osynliga kostnaden är emellertid uppbyggnaden av den kollektiva kompetens som medför att vårdgivaren redan efter sex timar är kapabel att avgöra om det verkligen är tillrådligt att en viss patient går hem. Ansvaret vid en felbedömning är fortfarande lika tungt.

Samma principer tillämpas också i den gynekologiska verksamheten. Den stora kollektiva kompetensen uppstår på grund av att många i teamet träffat patienten redan innan operationen. Dels i arbetet att på olika sätt förbereda patienten för sitt ställningstagande inför olika förslag och alternativ. Dels i samband med patientens tidigare kontakter med kliniken.

Den kontinuitet som krävs för denna djupare kännedom om patienten vilar inte på någon enskild person utan just på att många har möjlighet att lära känna patienten. Den säkra bedömningen av vad man kan förvänta sig av samarbetet med patienten i den fortsatta behandlingen har till exempel gjort det möjligt att bara i undantagsfall boka tid för återbesök. De allra flesta patienter uppmanas att själva ringa upp vid behov.

Nu skall verksamheten i hela länet slås samman till en stor och länsövergripande enhet. Det kommer inte längre att vara möjligt att ha den nära kontakt med en patient som det lilla systemet utnyttjade. Osäkerheten kommer att öka. För att kompensera för detta måste man med all sannolikhet ånyo införa obligatoriska återbesök för alla patienter. För att den ansvarige läkaren skall kunna känna sig trygg i sin bedömning och värna om sin professionella heder.

Varje verksamhet ordnar sig på sitt sätt för att uppnå god tillgänglighet och rimlig kvalitet, hålla sig inom sina tillgångar både vad avser pengar och kompetens, kunna rekrytera de medarbetare man behöver osv. Den patientorienterade verksamheten fungerar inte automatiskt och av sig själv.

Den förutsätter att den nödvändiga kompetensen kan hållas intakt och att det finns kända kriterier för vad som i varje läge är en konstruktiv arbetsform. De medverkande i verksamheten måste kunna samtala om när den utvecklas i en ogynnsam riktning. När de argument som anförs för en förändring i systemet uppfattas som okunniga – eller i annat fall som tecken på att det finns en ”dold dagordning” – uppstår förvirring.

Det är varken besparingskravet eller omorganisationen i sig som är det hälsovådliga. Besparingskraven upplevs många gånger vara fullt motiverade. Det är lätt att vara efterklok. Det är heller inte sorgen över att en väl fungerande verksamhet splittras upp som är det stora problemet. Arbetslivet är som livet i övrigt. Det inträffar saker som innebär att man måste börja om. Vid varje ny start bär man med sig den kunskap som tidigare skeden gett och det som var ovant den tidigare gången kan nu gå som en dans. Det kan kännas tungt att börja om när man inte tänkt sig detta, men är troligen inte hälsovådligt.

Det som skadar är sveket. Att tvingas vara lojal med en ledning som antingen luras eller också kränker det professionella vetandet skapar ohälsa. Att inte vara betrodd att delta i diskussionen om hur de problem som drabbat den egna verksamheten skall kunna lösas. Detta

är den stora hälsofaran enligt vår bedömning. Och att möjligheten att göra sig betrodd är den viktigaste faktorn i den hälsofrämjande arbetsmiljön.

En god arbetsmiljö som kompensation

I det produktionsorienterade arbetslivet skulle en god arbetsmiljö kompensera för de i organiseringsprinciperna inbyggda bristerna. Det är tänkt så att man som anställd skall vara utbytbar. Det är tänkt så att man bara skall utföra det man belönas för. Det blir kaos i systemet om man gör för mycket eller tar egna initiativ.

Så som man då pratar om verksamheten är man inte synliggjord som en väljande person. I språkbruket finns bara yrken, roller och befattningar. Den bristen måste kompenseras genom en chef som ser till att du blir ”sedd och hörd” och som åtar sig att vaka över att de pålagda arbetskraven inte överstiger din kapacitet. Du blir i samtalet ett ”föremål” som andra förväntas ha omsorg om och inte utsätta för faror. Du tilldelas en identitet som ”slav”. En person utan betydelse. Du blir beroende av att ledning och andra med makt över skeendet behandlar dig välvilligt.

I den patientorienterade verksamheten finns inte dessa brister. Men det dyker som sagt upp andra svårigheter som också måste uppmärksammas. De ”annorlunda” arbetsformerna upplevs också ofta hotande av andra enheter. Det kan vara vanlig avundsjuka. Vi har antagit att alla inom vården egentligen strävar mot att kunna ha ett patientfokus. Det kan därför vara oroväckande och uppfordrande att vissa enheter klarar att hålla sin budget om man själv inte kan det.

Det kan också vara så att de som inte själva har erfarenhet av den patientfokuserade verksamheten kan misstolka innebörden i vad dom andra gör. De drar felaktiga slutsatser. Läkare som insett fördelarna i ett interdiciplinärt team betraktas enligt uppgift som okunniga av

andra läkare, när de säger att de ”måste fråga patienten – eller en kollega – innan de kan ta ställning”.

Beroendet av andra aktörer ökar i den patientorienterade verksamheten. Man löser problem genom att arbeta samtidigt och integrerat med varandra. Det gemensamma ansvaret kan kännas betungande om man inte lyckas komma till tals om arbetsfördelningen eller att gjorda överenskommelser inte hålls.

Delaktighet blir ingen formalitet – alltså i vad mån ens grupp är representerad i de beslutande organen – utan skapas genom att man kan göra sig hörd och förstådd i det interdiciplinära samarbetet. Den som inte kan detta blir utanför och misstolkad. Det moderna arbetslivet kommer att missgynna dom som inte har ”talets gåva”.

Verksamhetsutveckling blir arbetsmiljöarbete – och vice versa

I den patientorienterade verksamheten blir samtalen viktiga för att komma till rätta med verksamhetsproblemen och därmed undvika stress och utmattning. Verksamhetsutveckling blir liktydigt med arbetsmiljöarbete. Verksamheten utvecklas genom ökat kunnande om hur det blir som det blir när man gör som man gör och hur man kan komma till tals om detta. Den kompetens som behövs för att lösa de dagliga verksamhetsproblemen är samma kompetens som behövs för att undvika frustration, stress och utmattning. Detta samband visar sig också i genomförda enkätstudier (Kammerlind 2003)

Arbetsmiljöinspektionen har insett detta samband. I de nya inspektionsmetoder, som nu utvecklas, ordnar de samtal mellan sig och grupper av medarbetare i den aktuella verksamheten. Genom att lyssna till dessa samtal kan de bedöma om kraven i arbetsmiljölagen är uppfyllda. De kan till exempel höra att” så som dessa pratar kom-

mer de aldrig att komma till rätta med sina verksamhetsproblem". Där bedömer de då att det finns en stor risk för ohälsa och ställer krav på arbetsstället att utveckla sin kompetens så att man kan komma till rätta med dom. Och lösa upp frustrationen.

De vet att samtalen låter olika i en produktionsorienterad verksamhet och i en verksamhet där man betraktar människan som autonom. De är särskilt lyhörda för arbetsställen där man hävdar att man arbetar patientorienterat men där samtalen inte låter så. Där är risken stor att man inte lyckas lösa verksamhetsproblemen och därmed är risken för ohälsa också stor. Liksom i verksamheter – som exempelvis inom vården – där man ännu inte uppmärksammat kravet på ett paradigmskifte. De som fortfarande arbetar efter industriprinciperna kommer med all säkerhet inte till rätta med kraven på tillgänglighet, kvalitet, rekrytering osv. Där kommer anställda troligen att få arbeta orimligt hårt för att inte förlora sin professionella heder.

Språket är mänsklighetens främsta verktyg men dess möjligheter skapar också frustration. När man skall berätta för andra upptäcker man att man saknar ord för de erfarenheter man skulle vilja förstå och förmedla. När man i samtalet får hjälp av de andra deltagarna att sätta ord på det man vill berätta får man ett ytterligare redskap att upptäcka ytterligare aspekter och dimensioner av sin erfarenhet.

Därför känns alla berättelser ofullständiga för den som berättar. Det finns alltid mer som man skulle vilja uttrycka och precisera. Bara tiden och budgeten sätter stopp. För varje gång man berättar sin berättelse vidareutvecklas dess budskap och blir tydligare. Och den samlade erfarenheten kan föras vidare. På så sätt blir också det arbete som görs i utforskande syfte i olika fokusgrupper samtidigt både en del i verksamhetsutvecklingen och en arbetsmiljöförbättrande åtgärd – om man bara förstår att språket alltid spelar oss detta spratt. Att betecknaren alltid jagar det betecknade.

Referenser

Alsterlind G, Miller M (2000): Från självsvält till tillväxt. Omvärlden tvingar fram ett logikbyte. I Barklöf K. (red) : Vägval? - En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

Fallsberg M (1991): Reflections on medicines and medication. A qualitative analysis among people on long term drug regimens. Linköping Studies in Education. Dissertations No. 31.

Fallsberg M (1993): Lyssna och lär – att kommunicera kring mediciner och behandling. Stockholm: Apotekarsocietetens förlag.

Hansson H. (1998): Kollektiv kompetens. Göteborg: Bokförlaget BAS.

Kammerlind P (2003): Ledarskap för systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete. Slutrapport – Landstinget i Östergötland. www.lio.se/Enheter/Cq

Ett arbetsgivarpolitiskt diskussionsunderlag

av Bengt.Åke Wennberg och Monica Hane

Vi menar att de berättelser som redovisas talar för sig själva. Alla illustrerar den dramatiska förändring som nu sveper igenom hela sjukvårdsorganisationen på den praktiska nivån. Förändringen är inte isolerad till det direkta vårdarbetet. Den drabbar minst lika mycket de som utsetts att representera "intressenterna" i vården och alla de som försöker ha inflytande på den – vare sig dessa är arbetsgivare, fackliga representanter eller politiska företrädare. För att begripliggöra vad som händer i denna omställning – och finna en position i samspelet som är konstruktiv – krävs samtal över alla nu existerande gränser.

Detta avsnitt syftar till att ur berättelserna lyfta några sådana teman som dessa samtal skulle behöva behandla. Detta avsnitt är en första ansats och ett försök att bidra. Urvalet bygger enbart på vår egen bedömning. Kommande diskussioner kring texten får pröva om dessa teman är relevanta. Den avgörande frågan är förstås om man som enskild person och representant för arbetsgivaren genom läsandet av berättelserna har anledning att ompröva synen på det egna arbetet, sina insatser och vad som kännetecknar är en god arbetsgivarpolitik.

Om paradigmskifte

I oktober 2000 utgavs en förskräcklig bok – åtminstone om man får tro Lennart Lennerlöf som skrev förordet. Boken hette "Den kokta grodan" (Cox 2000) och handlade om alla de smygande förändringar som påverkar vårt arbetsliv och som gör gamla strukturer

opraktiska och irrelevanta. Frågan som ställdes i boken är om grodan hinner hoppa ur grytan innan den upplöses och dör.

En stor mängd författare har på samma sätt som Cox pekat på att vården står inför – och kräver – en omfattande förändring. Det finns många texter som för fram tankar om denna förändring och dess konsekvenser (Gröning 2001). Det framförs dessutom många olikartade förklaringar, modeller och resonemang. Ytterligare resonemang verkar inte göra problemet tydligare eller lättare att hantera.

Det krävs något annat. Ett uttryck för detta ”andra” är användningen av begreppet paradigmskifte.Ordet paradigmskifte tycks ha en djupare innebörd för de som använder det än att det bara skulle handla om att välja några nya filosofiska modeller eller ideologiska överbyggnader.

Från/till – om arbetslivets tranformation

Arbetsmiljöverket har i skriften ”Ohälsa och negativ stress” (2002) pekat på detta paradigmskifte och konstaterat att arbetslivet genomgår en dramatisk transformation. Helt nya ohälsorisker växer därvid fram. Ett sätt att försöka beskriva denna komplexa transformation är att illustrera förändringen i ett antal ” från xx…. till yy” – även om varje sådan uppdelning i faktorer och dimensioner är ett brott mot insikten att allt hänger samman.

Man säger exempelvis ofta att arbetslivet går från hierarkier till en mer teamorienterad och nätverksbaserad struktur. Om man frågar människor i arbetslivet om just detta protesterar emellertid många. De tycker att hierarkierna är kvar i allra högsta grad. Några team har de inte sett. Den transformation det talas om har i deras konkreta praktiska värld inte ägt rum.

Vad som händer är emellertid inte att arbetslivet fysiskt ställer om sig. Vad författarna talar om, när de talar om paradigmskifte, är istället en mental förändring. Man brukar likna förändringen vid den som inträffade när vi övergav det geocentriska världssystemet för det heliocentriska. Världen är förstås i stort som den alltid varit. Det är vår syn på den som ständigt förändras. Detta är – med hänvisning till Thomas Kuhn (1979) – poängen med att kalla förändringen för ett paradigmskifte. Det är också för att illustrera denna typ av förändringar som historien om den kokta grodan konstruerats.

Vad säger man om hur paradigmskiften uppkommer

I Zygmund Baumann s bok ”På spaning efter politiken” (1999) berättas att ordet ”kris” myntades för att beteckna tidpunkten då beslut skulle fattas. Kris betecknade en höjdpunkt, dvs. då kroppsvätskorna hade en vågtopp, då man stod inför en vändpunkt och då det var rätta tillfället för läkaren att avgöra vilken terapi som behövdes för att göra patienten frisk.

Det triviala påståendet, som man ofta hör i debatten, att kris både är ett hot och en möjlighet måste därför kvalificeras. Begreppet kris behöver enligt Bauman inte kopplas till ett tillstånd av osäkerhet och obeslutsamhet. Det behöver inte heller lägga tonvikt på villrådighet eller på okunnighet om vart förhållandena är på väg. Man behöver inte tolka kris som en oförmåga att driva förhållandena dit man skulle vilja att de rörde sig.

Kris kan istället beskrivas som ett tillstånd då man har ett överskott av praktisk erfarenhet. Man blir av sina egna erfarenheter påträngande uppmärksammad på att saker och ting inte är som man trodde att de var. Ibland förstår man också att saker och ting inte är som man hoppats att de skulle vara.

Om det är en sådan kris i samhället är det kanske inte läge att leta efter nyheter i de berättelser som här presenteras. Det kan mycket

väl vara så att dessa berättelser egentligen är mycket väl kända. Man vet väl om dem men man resonerar och analyserar de frågor som berörs ***som om*** man inte visste att det var på detta sätt. Kanske letar man efter en bekräftelse som aldrig kommer. Då står man inför ett paradigmskifte.

Skiftet mot patientorientering

När olika praktiker i vården – som i våra exempel – pekar på behovet av en förändring från produktionsorientering till en mer patientfokuserad verksamhet skall detta därför inte tas bokstavligt. Det betyder att den gamla synen på vården som vård och på sig själv som vårdgivare är föråldrad. Den har blivit föråldrad genom de erfarenheter som man vunnit i sina försök att utveckla vården.

Samma erfarenheter finns också på den övergripande och konceptuella nivån. Göran Alsterlind (2003) konstaterar exempelvis utifrån sin farmaceutiska profession att man nu kommit så långt att man på ett teoretiskt plan kan förstå sjukdomar och anomalier på gennivå. Eftersom genomet är specifikt för varje individ blir också sjukdom och terapi individspecifika. Konsekvenserna av det faktum att samma medicin kan ha helt olika effekter på kvinnor och män innebär bara ett första mycket litet steg.

I framtiden kommer man – enligt hans uppfattning – att också av detta skäl tvingas se vården som individspecifik. Det paradigm som bygger på standardisering, stordrift och storskaliga lösningar blir inaktuellt. Trycket av erfarenheter i riktning mot det som man i berättelserna kallar patientorientering är bedövande.

Förbiväxandets princip

Transformationen, så som den beskrivs i arbetsmiljöinspektionens skrift (2002) och i ”Den kokta grodan” (Cox 2000), är således i första hand inte en fysisk förändring. Det är en förändring av hur man i praktiken tvingats se på och hantera de problem man numera ställs inför. Denna förändring styrs inte uppifrån eller utifrån. Den genereras av omständigheternas makt, ny teknik och ny kunskap. Den är en direkt följd av de erfarenheter var och en gör i livet. Den är dessutom irreversibel. Den kan inte göras ogjord.

Detta betyder givetvis inte att alla överallt ser saken likadant eller har haft anledning att närmare reflektera över de nya förhållanden man möter. I sin bok pekar också Thomas Kuhn(1979) på detta faktum. Paradigm kan existera en lång tid parallellt med varandra ända till dess den praktiska verkligheten – hur den nu kan definieras – gör det omöjligt att vidmakthålla ett eller flera av dem. Ett illustrativt exempel är förändringarna i Försvarsmakten från ett invasionsförsvar till ett modernt nätverksförsvar.

Peter Tillberg (2002) kallar processen för ”förbiväxande”. Man växer helt enkelt ur föråldrade uppfattningar om världen och in i nya. ”Från – till” i de kommande temabeskrivningarna skall således uppfattas som vårt försök att precisera vilken riktning vi tycker oss se att detta förbiväxande har i ett antal frågor. Den som accepterar att berättelserna visar på att en synvända håller på att ske måste också fundera över vilka konsekvenser detta kommer att få för det egna arbetet och den egna positionen.

Man behöver inte vara överens med oss om dessa tematiska beskrivningar. Man kan till och med ha motsatt uppfattning. Det faktum att andra – och då framförallt de som utför den konkreta vården – ser saken på det sätt de gör kommer man emellertid inte förbi. Det är för att förbereda sig för att möta dessa åsikter som samtal om en med utvecklingen kongruent arbetsgivarpolitik blir viktig. Det är i sådana samtal vi tänkt att nedanstående teman har sin plats.

Från utförare till professionell aktör

Det finns säkert många som fortfarande ser sig som enkla utförare av en uppgift som man tilldelats. Det finns säkert fortfarande patienter som helst önskar vara föremål för behandling och ser det som önskvärt att låta sig passivt hanteras av vårdgivaren. Erfarenheten visar emellertid att man – när man en gång förstått poängen med att se sig som en professionell aktör – inte kan återgå till att se sig enbart som utförare. Riktningen i synvändan går därför entydigt från utförare till professionell aktör.

Denna transformation är inte ett hugskott, en tillfälig ordlek eller en modenyck. Man kan inte bortse från den även om man skulle anse att den är oönskad och ”fel”. En stor mängd erfarenheter från det psykologiska, sociala och socialpsykologiska områdena såväl som från företagsekonomi och statsvetenskap har nämligen lett fram till att denna syn fått starkt fäste.

Ett viktigt arbetspolitiskt skäl är att det alltsedan Bertil Gardells forskning på 60-talet visat sig att människor som har uppfattningen om sig själva att de är ”offer för omständigheterna” löper en stor risk för ohälsa. Denna insikt har lett till en stor mängd insatser som syftar till att förändra människors syn på sig själva och sin roll i samhället och arbetslivet. Berättelserna ger många exempel på de goda konsekvenserna av denna transformation.

Fördelarna gäller dock inte alla. För vissa kan denna omställning vara som ett val mellan pest och kolera. Är man invand i den gamla centralstyrningen förlorar man sin gamla förmåga att leva ett produktivt liv i det nya samhället. Accepterar man den nya synen på sig själv så upptäcker man att man inte kan undgå sitt ansvar för det man gör. Det kan då hända att man tvingas konstatera att så som man förut gjort – oreflekterat följt direktiv och planer – inte längre duger och att man egentligen inte vet hur man skall göra för att handla klokt. I bägge fallen mår man dåligt. Så länge arbetslivet och samhället i övrigt inte bistår individen i denna nödvändiga transfor-

mation så skapas ohälsa. Kanske är det så att det vi möter i dag inte är sjukdom och dålig arbetsmiljö utan helt enkelt att människor är olyckliga. Ju mer de jagas med ”vässade morötter” för att bli friskare ju olyckligare blir dom.

Från arbetsgivare till medskapare

De arbetsformer man byggt upp i de tre verksamheter som vi berättar om har utgått från behovet att lära känna den enskilde patienten. Man har organiserat sig för att gemensamt bättre förstå patientens situation och bättre bidra till dennes tillfrisknande. Man har organiserat sig runt ***mötet*** mellan vårdgivare och patient. Detta möte och de insatser det leder till är alltid unika.

Man talar därför i berättelserna om skräddarsydda lösningar och behandlingsplaner där både patienten, dennes anhöriga och många andra som deltar i tillfrisknandeprocessen. Den första konsekvensen av detta är att den typ av standardisering av diagnos och vård som hittills genomförts av övergripande instanser blir kontraproduktiv. Den fungerar bara på statistiska medeltal och är helt olämplig om man inte entydigt kan koppla diagnos till behandling.

Man kan också uttrycka det så att detta innebär en återprofessionalisering av vården (Alsterlind 2003). Makten övergår från politiska och medicinska centralstyrelser till professionerna på lokal nivå. Det blir den enskilde medarbetaren i vården som måste göra den personliga anpassningen i samarbete med varandra och med patienten.

I grunden förändrar detta relationen till övergripande instanser. Begreppet ”arbetsgivare” blir irrelevant. Berättelserna visar att man inte ser sig som mottagare av ”arbete”, arbetsuppgifter eller uppdrag. Engagemanget ligger i att hantera de patienter som man möter på ett så bra sätt som möjligt. Den professionella aktören vill hantera mötet så att resultatet leder till bättre förhållanden för varje enskild patient, är av värde för samhället och genomförs i enlighet med den

egna professionens etiska krav. Man sätter själv mål, definierar uppgiften och genomför interventionerna.

Utifrån de erfarenheter och den utveckling som här presenteras är det svårt att motivera att stordrift skulle vara effektivt och fördelaktigt. Därmed är det också svårt att se nödvändigheten av en enhetlig hierarkisk ledning och olika ansvarsnivåer.

En viktig princip i det moderna kvalitetsarbetet inom vården är också att processerna måste hållas ihop. Detta är möjligt endast om man tänker sig en stor mängd mindre men mycket självständiga enheter som samverkar i en infrastruktur som liknar ett nätverk.

De som fortfarande vill se sig som ”överhet” kommer att marginaliseras i ett sådant system. För att få det inflytande som är rimligt och rättmätigt måste de i stället finna former där de är medskapare av systemet. Den delegering som innebär att man skall ”hålla fingrarna borta” från verksamheten blir då orealistisk. Man kommer alltid att tvingas ingripa. Det är emellertid lika orealistiskt och opraktiskt att tro att man kan forstsätta att handla paternalistiskt. Vad blir då arbetsgivarpolitiken?

Från behov till problem

En viktig roll för huvudmännen har varit att planera och organisera vården. Utgångspunkten för detta har varit behovsanalyser som i sin tur byggt på epidemiologiska kartor. Förekomsten av en viss sjukdom har definierats som att patienten behövt en viss typ av specificerad vårdgivare. Berättelserna visar att den nya synen på patienten – och dennes syn på sig själv – inte är förenlig med denna planeringsmodell. Patienten är en autonom aktör med en egen unik livslinje och livsprocess. Vad vårdgivaren gör är att intervenera i denna process så att den tar en annan och mer konstruktiv riktning än den skulle ha gjort om interventionen inte gjorts.

Det relevanta begreppet är då inte att tala om patientens ”behov” utan om vilket eller vilka ”problem” denne stöter på i sitt liv. Morö Backe vårdcentral beskriver detta när de säger att de ökar patientens egen bedömningsförmåga. Oron för att de symptom denne känner beror på någon allvarlig fysisk sjukdom kan efter ett besök på vårdcentralen elimineras. Därmed kan en sådan patient istället söka andra vägar att hantera sitt livsproblem. Patienten söker för hjärtklappning men får hjälp att hantera sin ångest.

Att omvandla patientens upplevelser av sina problem till ”behov” kan inte skapa förtroende. Berättelserna visar att förtroende uppstår när patienten upplever att man utifrån sin egen uppfattning får rätt behandling och insats – när man behöver den och är beredd att medverka i den. Poängen är förstås att förtroendet – och därmed känslan av tillgänglighet – uppstår när vårdgivaren tillsammans med patienten kommer fram till vad som är relevant och möjligt att göra i den situation som finns.

Att då hänvisa till en ”objektiv” prioriteringslista undergräver förtroendet. Den fråga som då måste besvaras är naturligtvis hur den planering ser ut som förbättrar förutsättningarna för sådana produktiva möten istället för att förhindra dem.

Från produktionsorganisationer till infrastruktur

I diskussioner om det nätverksbaserade arbetslivet blir skillnaden mellan produktionsorganiseringens strategier och kravet att forma relevanta infrastrukturer viktig att uppmärksamma. I Försvarsmakten använder man februarilovets anstormning till skidorterna som exempel. Om Försvarsmakten skulle ”organisera” denna stora förflyttning på sitt traditionella sätt så hade man använt hierarkisk planering, avgränsade uppgifter, detaljerade mål och noggranna anvisningar för själva transporten. Alla inser att det då snabbt skulle bli kaos och ingen skulle komma fram.

Om man istället väljer att se de resande som autonoma aktörer så räcker det med att man etablerar en tillräckligt kraftig infrastruktur som underlättar deras transport. Det måste finnas gott om bensinmackar och matställen utspridda efter de aktuella vägarna. Sedan kan var och en ordna resan efter sina egna krav och önskemål.

När man läser berättelserna tycker vi det framgår tydligt att det varken är uppdelningen av ansvar, fördelningen av arbetsuppgifter eller fastställande av planer som uppfattas som problematiskt. Detta kan lösas relativt enkelt eftersom de produktionstekniska problem som är vanliga i en massproducerande verksamhet inte förekommer i en verksamhet där man fokuserar på enskilda patienter. Vad man istället uppfattar som viktigt är att det byggs upp en stabil infrastruktur av mötesplatser och kontaktmöjligheter. Först då känner man förtroende för att man kan få tillgång till de insatser man behöver när man behöver dem. Detta förhållande gäller förstås också för patienterna.

En relevant infrastruktur är emellertid inte i sig tillräcklig. Man måste också lära sig att använda den för att bygga upp – och hela tiden vidmakthålla – förtroendet för varandra. I det nu så populära processtänkandet formuleras detta så att man måste efterfråga vad senare led i behandlingsprocessen förväntar sig för insatser av en själv. Man måste också aktivt medverka till att återföra sina erfarenheter till tidigare led i behandlingsprocessen. Man kan också uttrycka det så att det är viktigt att se ”hela” patienten.

Man kan uppfatta dessa åtgärder enbart som ett sätt att förbättra processen men berättelserna visar att detta förfarande också är viktigt för tillgänglighet och förtroende. Genom dessa kontakter kan var och en som deltar i behandlingen av en patient göra sig ”betrodd”. Det blir ett självreglerande system. Professionella aktörer som är måna om patientens förtroende kommer inte att anförtro patienter till enheter i vården som de inte anser vara goda och rimliga alternativ i behandlingsprocessen. Därmed ökar förtroendet och tillgängligheten till god vård.

Vi återvänder till analogin med resan till skidorterna. För att skapa en effektiv infrastruktur måste man veta något annat än hur den fysiska transporten i allmänhet skall gå till och hur köerna skall ordnas. Man måste förstå vilka olika problem som autonoma aktörer själva ser och tvingas lösa på vägen. Om man vill öka förtroendet för vården så måste detta ha att göra med uppbyggnaden av en effektiv infrastruktur. Vad är då viktigt att veta om vårdens resenärer?

Från dimensionering till kombinering

Det produktionsorienterade paradigm som präglat svensk sjukvård har sina rötter både i den gamla medicinska modellen och i gamla organisationsteoretiska modeller. Idealet för dessa var de modeller som då präglade hela industrin och som byggde på mycket strikt horisontell och vertikal arbetsdelning (Alsterlind 2003; Wennberg, Hane 2003). Tydliga gränser och oberoende mellan varje enhet var det man strävade efter. Reviren har en lång historia.

En grund för dessa 1900-talets industriella modeller är att arbetsuppgifterna kan standardiseras och delas upp i moment som kan utföras sekventiellt. De kan därmed ingå i en övergripande plan där man förväntar sig att det som planerats också utförs.

Denna tankemodell har ur arbetsgivarsynpunkt stora fördelar. Genom att ”legobitarna” görs standardiserade kan de kopplas samman i olika gestalter och kombinationer. Av formen och sammankopplingen kan man föreställa sig hur en viss förändring eller en viss konstruktion kan påverka verksamheten. Om någon klots skulle visa sig vara sliten kan den bytas ut mot en starkare och bättre. Man kan också ganska noggrant dimensionera verksamheten, göra budgetar och räkna ut vad den ”borde” kunna producera.

Berättelserna visar att patientorientering inte kan inordnas inom dessa principer. Skälet är enkelt. Patienternas krav, förväntningar och

problem – liksom personalens – varierar så starkt att man inte med tillräcklig precision i förväg kan ange vad som skall ”produceras”. Vad som måste göras visar sig först i mötet med patienten. Resursbehovet bestäms av hur detta möte utfaller – inte främst av förekomsten av olika diagnoser. De dimensioneringsmöjligheter som var så användbara i den svenska modellen försvinner helt om man accepterar tanken på patientorientering.

Man kan inte säga att en vårdcentral dimensioneras för vissa behov. Det är snarare så att den har en viss besättning som gör så mycket den kan med de patienter som kommer dit. Kvalitetsrörelsen brukar peka på att varje system är perfekt utformat för att generera precis de resultat det genererar. Detta är förstås den optimala resursanvändningen men det innebär också att behandlingen av vissa patienter måste överlämnas till andra vårdgivare. Det man inte kan göra måste någon annan göra.

Om primärvården – vi tar detta som exempel – inte är utformad för att kunna avhjälpa de svåra samhällsproblem deras patienter kommer med så är detta inte ett resursproblem. Det hjälper inte om man är fler anställda i varje team. Den högre ledningens uppdrag blir därför att försöka få till stånd alla de nya verksamheter som nu behövs – och som det gamla systemet inte är byggt för att klara. I stället för att ha fokus på att följa upp vad enheten producerar så måste man nu också kartlägga vad det aktuella systemet inte kan. Och försöka lösa det. En sådan insats skulle kanske göra större samhällsnytta än att försöka pressa produktiviteten ytterligare några procent inom den gamla strukturen. I så fall är det andra resurser som saknas och som man skall leta efter än enbart fler händer i vården.

Från yttre till inre berättelser

Många resonemang tycks cirkla kring att mäta om patienterna är nöjda eller inte och vilka köer och vilken valfrihet som finns. Man verkar tänka sig att bara patienten är nöjd så har man förtroende för vården oberoende av om den behandling man fått är av god kvalitet

eller inte. Så ser man det inte i de enheter som berättat. ”Det är oron för brister i kvaliteten som gör att man inte sover gott om nätterna” (Henriks 2003).

Att lyfta fram ”andelen nöjda patienter” som skiljelinjer mellan olika verksamheter måste därför uppfattas som närmast kränkande. Nöjda patienter kan snabbt bli missnöjda om de upptäcker brister i vården. Den patientorientering vi finner i berättelserna kan därför inte avläsas i termer som nöjdhet. Den måste formuleras i termer av kvalitet. Kvaliteten i de verksamheter vi här mött verkar hänga samman med att man utvecklat sin kommunikation med patienten – det vill säga möter patienten som en partner i en allians.

Tanken formar språket men språket formar också tanken. I många konventionella verksamheter samtalar man med patienten som om denne vore en person som är passiv och okunnig i förhållande till den behandling denne utsätts för. Det är underförstått att patienten skall förmås att underkasta sig den behandling vårdgivaren anser rimlig. Jämför metoden att skriva ut motion på recept.

Att man resonerar om och med patienten på detta sätt motsäger inte att patienten kan bemötas vänligt och med respekt. Det motsäger inte att patienten skall kunna välja mellan olika vårdgivare och inte behöva vänta på vård mer än nödvändigt. Patienten kan således trots ett gott bemötande, valfrihet och små köer ändå behandlas som föremål för behandling.

Av berättelserna framgår att man på dessa enheter etablerat en annan typ av kommunikation med patienten. Det handlar om en utforskande kommunikationsform genom vilken man säkrar sig tillräcklig kunskap för att skapa en hållbar allians. Den nya kommunikationen uppstod när man insåg

- att man inte kan bortse från att patienter och deras anhöriga har egna föreställningar om sin sjukdom.

- att det är vitslöst att erbjuda vård som är olämplig med hänsyn till de förhållanden patienten lever under.

- att de flesta sjukdomsbilder eller svårigheter kräver en aktiv medverkan av patient och anhöriga för att ett gott resultat skall kunna uppnås.

Patientorientering verkar således i första hand bestå av att man genom en konstruktiv kommunikation skaffar sig nödvändig kunskap om sina patienters problem. Om man skall utnyttja patientfokuseringens potentialer inom vården finns en viktig uppgift för många att medverka till att samtalen utvecklas i denna riktning. Det finns emellertid också andra samtal som exempelvis arbetsgivare – vårdgivare – patient. Finns det anledning att tro att en förändrad kommunikation i denna triad skulle få positiva effekter på vården?

Från evidens till säkra egna kontroller

I de tre berättelserna lyfts fram att det är det gemensamma arbetet med och kring patienten som är det viktiga för stimulans och meningsfullhet i arbetet. Genom att man vinner kunskap om patientens förhållanden och dennes ”inre berättelser” kan man finna fler och bättre alternativa behandlingsformer än de gängse och mer standardiserade. Genom att ha mer precis kunskap om varje patient vågar man också snabbare introducera nya medicinska landvinningar i den allmänna vården.

Kvinnokliniken i Motala blir vårt exempel. För att undvika felhandlingar har man där byggt upp interna, genomarbetade, patientorienterade och systematiska kvalitetssäkringssystem där man noga kan följa varje patients utveckling. Möjliga biverkningar kan upptäckas och behandlingen avbrytas om utvecklingen inte går åt rätt håll. Samtlig personal är införstådd med dessa procedurer som bygger på

egna uppföljningar, utvärderingar och mätningar såväl som kontakter med specialister och insamlandet av erfarenheter från forskning och andra verksamheter. Alla medarbetare deltar i detta praktiska ”kunskapande”.

Så som kliniken är organiserad har man full kontroll på och uppsikt över processen. Man har också tillgång till nödvändig kunskap och kompetens och man kan etablera rimliga säkerhetsåtgärder för att garantera att utvecklingen går åt rätt håll. I just dessa fall av individualiserad vård blir statistiska undersökningar och de konventionella vetenskapliga metoderna överflödiga och irrelevanta.

Den vetenskapliga proceduren skall i detta fall tillämpas på den unika individuella situationen så att kvaliteten kan säkras. Sådana metoder är inte vanliga i dagens vetenskap. De tillämpas uppenbarligen i praktiken på många enheter som vi kan se av berättelserna. Kunskaperna om just denna vetenskapliga aspekt måste spridas och läras. Här kan man tala om ”den tredje uppgiften”.

Från skolkunskap till förtrogenhetskunskap

Berättelserna visar att man i en patientorienterad verksamhet måste ha stort förtroende för varandra om den skall fungera väl. Detta förtroende bygger inte på någon mystisk ”personkemi” utan på man kan lita på att de andra besitter nödvändig kunskap och kompetens och tar ansvar utifrån sin egen kunnighet. En bra basutbildning är förstås viktig men den räcker inte. Av berättelserna framgår att andra mänskliga resurser får utlopp i arbetet än vad som är vanligt som exempelvis – professionalitet, kreativitet, omdöme, legitimitet och mod. Man misstar sig ofta på dessa och tror att de är medfödda personlighetsegenskaper. Berättelserna visar att de utvecklas i och genom arbetssättet som man tillämpar. Detta är resurser som måste användas för att växa. Här skiljer de sig från resurser som förbrukas när de används.

Den kompetens som gör denna resursanvändning möjlig och som man har byggt upp inom dessa enheter kan man inte få genom konventionell utbildning eller i externa seminarier. Den har skapats i och inom verksamheten självt.

Vi kan urskilja kompetensformer som exempelvis

- kollektiv kompetens – dvs. en kunnighet om den sociala kontext som skapas av personal och patient i den gemenskap man bildar (Hansson 1998)

- förtrogenhetskunskap som innefattas i det som ofta beskrivs som en förvärvad yrkeskunskap och som normalt inte förmedlas i och genom konventionell utbildning (Göranzon 1990)

- omdömeskunskap och handlingsklokhet, dvs. förmågan att göra kloka bedömningar och val i en social kontext. Detta inkluderar etiska såväl som praktiska ställningstaganden i komplicerade situationer. (Gustavsson 2001)

Berättelserna visar att dessa kunnigheter är minst lika viktiga för verksamhetens kvalitet och effektivitet som den kunskap man i dag kan tillägna sig genom det etablerade utbildningssystemet eller genom de flesta andra kända utbildningsinsatser.

Konsekvensen av den nya syn på resurser och kompetens som berättelserna illustrerar är att man vid behandlingen av personalfrågor inte kan använda sig av ett konventionellt befattningstänkande. Man kan inte rekrytera ”vem som helst” med formell kompetens till en befattning och tro att verksamheten sedan fungerar ”som vanligt”. Vad som istället krävs är att alla nya medarbetare ges möjlighet att tillsammans med de andra utveckla de kompetenser som nämnts ovan.

Att knyta nya personer till sig och därefter få verksmheten att fungera bra visar sig inte vara någon snabb och enkel process som det var i industrisamhällets barndom. Den kräver energi och tid både av de redan engagerade och de nya. Under tiden man introduceras i verksamheten går sannolikt både produktivitet och effektivitet ned. Det paradoxala kan således inträffa att personalförstärkning och nya medarbetare minskar kapaciteten istället för att öka den.

Det är sannolikt inte heller alla verksamheter som har förmåga att inkludera nya medarbetare i arbetet. Det är inte heller alla medarbetare som kan anpassa sig till en viss verksamhet. En viktig information i berättelserna är att man har bättre förutsättningar att göra en bra ”matchning” om man inom verksamheten har utvecklat en god förmåga att beskriva hur verksamheten fungerar. Dokumentation, möten , samtal, systematiska utvärderingar måste därför ingå i vardagsarbetet (Thelander 2003).

Rekryterings- och kompetensutvecklingsprocessen blir således betydligt mer komplicerad än när man arbetade produktionsorienterat. Hur skall man med detta i minnet kunna säkra en god personalförsörjning i framtiden?

Från belöningsstimulans till inre motivation

I den allmänna debatten framställs ofta tanken att ”det måste löna sig att arbeta”. Man antyder därmed att förmåner, psykologiska belöningar och andra yttre stimulanser skulle vara avgörande för om man utför ett gott jobb och finner detta tillfredsställande. Stor betydelse ges ofta chefen eller ledaren som skall göra att medarbetarna blir ”sedda och hörda”.

Av berättelserna framgår tydligt att engagemanget och motivationen kommer inifrån. Engagemanget visar sig när man gemensamt försöker lösa patientorienterade problem. Engagemanget växer när

man får utlopp för sin professionella kompetens. I detta arbete anses ledarens och ledningens insatser viktiga – men inte alls med samma argument som i en produktionsorienterad verksamhet där det är viktigt att ”få medarbetarna att….”

Ledning i dessa verksamheter uppfattas istället vara något mycket mer integrerat i den faktiska verksamheten. Ett gott ledarskap och en god ledning i en patientorienterad verksamhet kan inte utvecklas utan en mycket stark referens till vad som skall göras. Chefen är den goda medskaparen snarare än ledaren.

Berättelserna visar att det hos alla – och framför allt hos den ansvariga ledningen – finns grundläggande och djupa kunskaper om vad som kan uppfattas som en ”god verksamhet”. Ledningens yttersta uppgift är att skydda ”den goda verksamheten” mot destruktiva och för verksamheten främmande initiativ vare sig de kommer inifrån eller utifrån. En ledning som inte uppfattas arbeta för verksamhetens bästa utan säger sig vara styrd av och som styr med yttre belöningar förlorar snabbt förtroendet.

Om ledaren skall skydda den goda verksamheten så uppstår förstås genast frågan – vem skall skydda den goda ledaren?

Från yttre till inre stabilitet

Berättelserna visar att patientorientering och arbetsformer knutna till denna skapar en större stabilitet än konventionella produktionsorienterade arbetsformer. Skälet till detta är förstås att de senare inte förmår anpassa sig till de olika krav som en flexibel behandling av patienten genererar. I varje ny situation bygger man upp den organisering och det kunnande som behövs för att klara just denna. Detta skapar en betydande robusthet.

Samtidigt gör man så mycket man kan vilket gör att man arbetar mer på ”marginalen” än en konventionell ”legobitsbaserad” verksamhet. Legobitsorganisationen tvingas ofta arbeta med stora buffertar i personal, material och tid för att hantera den variation som alltid finns. Man har därför sämre produktivitet och använder inte resurserna optimalt. Den ökade produktiviteten i en legobitsorganisation skapar vila och passivitet när man utfört den produktionsvolym som är planerad. Så är det inte i det patientorienterade fallet.

Produktivitetsökningen omsätts i att man gör mer med de resurser man har. Detta skapar det som i litteraturen kallas intensiva arbetssystem (Forslin och Kira 2000). Intensiva arbetssystem bygger sin stabilitet på inre processer. För att fungera behöver de en stabil infrastruktur. Ett exempel på en sådan infrastruktur var det journal- och informationssystem man under många år byggde upp på Morö Backe vårdcentral.

Här skiljer sig en patientorienterad verksamhet från en produktionsorienterad. I ett legobygge är det tänkt att alla bitar skall passa nästan genast. På grund av variationerna i bitarna och behovet av buffertar finns det alltid tillräckligt med luft i systemet för att omställningar kan gå relativt snabbt. I en patientorienterad verksamhet där medarbetarna engagerar sig i både patientens och samhället krav och gör så mycket man kan finns ingen sådan ”luft”. Man är då i mycket högre grad än en legobitsorganisation beroende av den infrastruktur och de interna relationer man byggt upp.

Omställningar och förändringar av infrastruktur och relationer kräver därför energi och insatser i tid som påverkar produktiviteten. Det paradoxala inträffar att samtidigt som verksamheten är stabil så blir den sårbar för yttre ingrepp, som den inte själv kan ha kontroll över. Normalt kan sådana omställningar hanteras. Vi är alla synnerligen flexibla och har förmåga att ställa om till nya förhållanden. Det finns dock en gräns.

Varje verksamhet av denna typ tycks ha en optimal storlek och form i förhållande till de krav den ställs inför. Överskrids denna gräns kan omställningskraven bli övermäktiga och skapa utmattning. Ett exempel på en sådan allvarlig störning i Morö Backes fall var det nya patientjournalsystem som infördes och som ledde till så stor press på personal och ledning att ohälsa uppstod.

Exempel på yttre ingrepp i verksamhetens basstruktur som kan skapa påfrestningar i infrastrukturen man själv skapat är

- byte av personal,
- nya informations- eller uppföljningssystem,
- nya belönings- eller lönesystem,
- byten av ägare, chef eller andra nyckelpersoner,
- strukturella åtgärder som sammanslagningar med andra enheter
- lokalbyten eller tekniska förändringar
- kraftfulla besparingsbeting etc.

Att man är sårbar för stora förändringar betyder naturligtvis inte att sådana förändringar kan undvikas. Omvärlden måste emellertid uppmärksamma vilka osynliga påfrestningar en omläggning eller ett ingrepp kan innebära för den eller de som utsätts för dem. Om risk finns att berörda enheter blir överlastade och kan misslyckas med omställningen bör man bistå med lämplig reservkapacitet.

Om detta inte görs, organiseringsaktiviteterna allvarligt försvåras och anpassningen misslyckas så uppträder en irreversibel process. Patientorienteringen bryter samman, effektiviteten går ner och arbetsmil-

jön försämras kraftigt. Förtroendet bryts eftersom man inte längre känner att man kan erbjuda vad patienten kräver och vad denne ser som rimligt att förvänta sig.

Av berättelserna framgår att det just är sådana ingrepp och därmed sammanhängande nedgång av den egna verksamheten som man oroar sig mest för. Av okunnighet kan man således införa förändringar som man tror skall öka effektiviteten och spara pengar som i verkligheten leder till precis motsatsen och dessutom riskerar att starta en ond cirkal. Frågan är förstås om sådana onda cirklar kan brytas.

Från köp- och säljsystem till socialt kapital.

Man kan fråga sig vad som håller samman det stora sociala systemet om man överger den hierarkiska styrning som växt fram ur produktionsorienteringen. Zygmund Bauman (1999) ger ett svar – systemet måste bygga på individers autonomi.

Bauman skiljer mellan heteronoma system och autonoma system. Heteronom (nom = norm) hålls samman genom normer som pålagts utifrån. Autonoma system hålls samman genom att individerna i det har etablerat egna och inre normer i förhållande till den sociala kontexten. Det finns alltid en korrespondens mellan individens normer och de normer som uttrycks i systemet. Det är denna korrespondens som gör att det sociala systemet kan hålla ihop.

Bo Rothstein (2003) introducerar ett annat begrepp för samma sak – nämligen socialt kapital. När vi ställer oss i en kö har vi anammat en princip som vi ser som fördelaktig för oss alla. Principen är emellertid fördelaktig endast om tillräckligt många följer den. Ju fler som börjar agera egennyttigt och tränga sig före i kön desto mindre anledning finns det att följa principen. Principen förlorar då sitt sociala kapital och kan bli värdelös.

Enligt Rothstein gäller samma förhållande för alla våra grundläggande stora sociala institutioner som exempelvis rättsväsendet, skattesystemet etc. Vi menar att man också måste inordna sjukvården i den typ av institutioner som bygger sin existens på socialt kapital.

Rothstein påpekar att det sociala kapitalet snabbt kan urholkas genom att man tillåter att egennyttan får urholka det. Om exempelvis domare kan mutas och om man märker att lagen inte gäller lika för alla så skulle rättsväsendets sociala kapital gå förlorat. Det krävs därför ett i samhället pågående samtal om hur man som medborgare bör förhålla sig till sådana institutioner för att de skall kunna fortsätta att existera. Det är kunskapen om de normer som skyddar dessa som gör det möjligt att vara autonom och fungera väl i samhället. Att vara självständig utan sådan kunskap är i princip omöjligt.

Resonemang som bygger på sälj- köp- system ger ingen vägledning om lämpliga sociala normer till den enskilde medborgaren. Sådana system introducerar snarare värdet av egennyttan. Man uppmanas indirekt att ta för sig och tränga sig före i kön om man kan eftersom alla andra också förväntas göra detsamma. Den logiska följden av att övergripande och goda resonemang om sjukvården ersätts med säljköpsystem är att sjukvårdens sociala kapital på sikt förloras (Eriksen 1997) Då får slutligen ingen någon nytta av det.

De enheter som här berättat vill och kan stödja patienten som autonom aktör. De kan dock inte klara detta ensamma. De kan inte vidmakthålla denna inriktning om inte sjukvårdens sociala kapital bevaras och stärks. Deras ansträngningar blir fruktlösa om deras resonemang inte stöds av tongivande aktörer i det kringliggande samhället. Om inte så arbetar de i motvind.

Möjligheten för goda patientorienterade enheter att stödja patienten som autonom aktör baseras således på att det förs goda resonemang i samhället i övrigt. Om det inte gör det så drabbas man sannolikt av ohälsa genom en djupgående frustration och besvikelse. Frågan

är förstås hur man skall karaktärisera de samtal som förs – och vilket ansvar för det sociala kapitalet som de har som initierar dem.

Referenser

Alsterlind G (2003): Paradigmskiftet i vården – 2000-talets scenario. I Wennberg BÅ, Hane M (red) (2003): Genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning. Den teoretiska plattformen för ett pilotprojekt om kopplingen mellan arbetsmiljö, tillgänglighet och resurser. Degerfors: Samarbetsdynamik AB

Arbetsmiljöverket (2002): Ohälsa och negativ stress i ett arbetsliv i förändring. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Bauman Z (1999): På spaning efter politiken. Uddevalla:Daidalos

Cox R (red): Den kokta grodan. Underbemannat eller uthålligt arbetsliv? Umeå: Borea Bokförlag AB.

Eriksen E O (1997): Kommunikativt ledarskap. Om styrning av offentliga institutioner.Göteborg: Daidalos

Forslin J. och Kira M. (2000): Från intensiva till uthålliga arbetssystem – en litteraturstudie. I Barklöf K. (red): Vägval? En antologi om förändringsprocesser i magra organisationer. Stockholm: Rådet för arbetslivsforskning.

Göranzon B (1996): Det praktiska intellektet. Stockholm: Carlssons.

Gröning Degerlund L oa (red) (2001): Riv ner – bygg nytt! En debattbok om samhällsstrukturer vid ett vägskäl. Söderhamn: Tjänsteforum.

Gustavsson B (2001): Kunskapsfilosofi. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Hansson H. (1998): Kollektiv kompetens. Göteborg: Bokförlaget BAS.

Henriks G. (2003): Ett samtal om kopplingar mellan tillgänglighet, resursutnyttjande, arbetsmiljö och kvalitet i en landstingsverksamhet. Ett

referat finns i Wennberg BÅ, Hane M (red): Genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning. Degerfors: Samarbetsdynamik AB

Kuhn T (1979): De vetenskapliga revolutionernas struktur. Lund: Doxa.

Rothstein B. (2003); Sociala fällor och tillitens problem. Kristianstad: SNS Förlag.

Thelander E (2003): Delaktighet och dialog - på väg mot hållbara arbetsplatser. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Tillberg P (2001): Kriterier för vad som utmärker en trovärdig ledarskapsutbildning. Stockholm:Försvarshögskolan LI-rapport F19 2001.

Wennberg BÅ, Hane M (red) (2003): Genom patientorientering blir det möjligt att åstadkomma ökad tillgänglighet, god arbetsmiljö och optimal resursanvändning. Degerfors: Samarbetsdynamik AB

Bilaga 1

Projektet så som det beskrevs för fokusgrupperna
av Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

En viktig metodologisk fråga när det gäller fokusgrupper är att det uppstår ett partnerskap i utforskandet. Detta innebär att vi som samtalsledare gemensamt med deltagarna skall finna det intressant att belysa en fråga - i detta fall försöka få till stånd en så insiktsfull berättelse som möjligt av hur man arbetar på enheten och som kan visa på sambanden mellan tillgänglighet, arbetsmiljö och ett effektivt utnyttjande av resurser. Hur detta partnerskap skall kunna uppnås är inte möjligt att fastställa förrän efter en hel del kontakter och resonemang och förberedande litteraturstudier.

För att få till stånd den nödvändiga fokuseringen är det sedan viktigt att i samband med arbetet och i introduktionen till fokusgrupperna redogöra för hur studiens resultat skall användas, varför vi uppfattar det viktigt, vilket underlag vi har för arbetet och hur vi ser på de begrepp och frågor vi gemensamt skall tala om. Nedanstående beskrivning är den formulering vi redovisade för fokusgrupperna och som blev utgångspunkten för samtliga fokusgrupper.

Projektets bakgrund

Inom sjukvården pågår just nu ett stort antal förbättringsprojekt. Inriktningen på dessa projekt är att öka vårdkvaliteten och förbättra tillgängligheten. Förbättringsförsöken omfattar avgränsade enheter och följer i princip modeller som är kända sedan lång tid tillbaka inom både sjukvården, samhället och näringslivet i övrigt. Resultaten

på lokal nivå upplevs i allmänhet goda — även om det naturligtvis finns många undantag. Två grundläggande problem har observerats, dels att projekten tenderar att vara kostnadsdrivande och dels att effekterna inte verkar vara robusta. Vid förändringar och omställningar — eller bara på grund av tidens tand — återgår situationen ofta till utgångsläget.

Detta är inget som är unikt för sjukvården. Samma erfarenheter finns av liknande projekt i hela samhället och i näringslivet i övrigt. I flera utvärderingar och i andra kommentarer läggs skulden för detta på ”ledningens” åtgärder. Man anger att ledningen, och andra som fattar övergripande beslut, inte ”förstår” och inte har satt sig in i de realiteter man arbetar under på den lokala nivån. Sådana resonemang riskerar att leda till att man ifrågasätter ledningens kompetens, värderingar, trovärdighet och goda vilja. Ett sådant misstroende är inte konstruktivt för verksamheten. Det paradoxala kan således inträffa att goda verksamhetsutvecklingsprojekt som initieras, finansieras och stöds av ledningen kommer att öka förtroendeklyftan snarare än att minska den.

Mycket talar för att man i de förändringsprojekt vi refererar till använder sig av mänskliga resurser som är viktiga för framgången men som inte uppmärksammas i de samtal som förs på övergripande nivå. I dessa samtal blir denna typ av resurser inte synliga och därför inte beaktade. Detta skulle kunna vara en av många förklaringar till att man ofta på övergripande nivå fattar beslut och gör ingrepp som är kontraproduktiva för verksamheten och motriktade de ambitioner man arbetat efter på det lokala planet.

En annan fråga som har uppmärksammas är att man i ifrågavarande effektiviseringsprojekt sällan rapporterat att man tagit hänsyn till de nya arbetsmiljörisker som kan drabba professionella aktörer. Man redovisar endast konventionella resonemang och arbetsmiljömätningar. De nya arbetsmiljöriskerna kan mycket väl ha beaktats även om man inte redovisat detta. Det skulle emellertid kunna vara så att man av

obetänksamhet genomfört effektivitetsåtgärder och skapat arbetssituationer som leder till den typ av frustration och andra psykosociala problem som vi i dag vet är en risk för hälsan.

Liksom vid många andra ohälsofaktorer visar sig effekten av en olämplig arbetssituation först efter lång tid. En stor svårighet med just denna typ av problem är att personen själv utifrån konventionella kriterier ofta beskriver arbetssituationen som god. Situationen uppfattas som inspirerande och engagerande. Om situationen får fortsätta skapas dock utmattning. Många tappar sugen, engagemanget går ned och vissa mer utsatta personer kan drabbas av akut sjukdom. Detta skulle kunna vara ytterligare en anledning till att de förändringar som åstadkommits med olika förbättringsprojekt inte är robusta.

En tredje fråga som lyfts fram inför vårt projekt är att de mål som sätts i de effektiviseringsprojekt som dras igång inte alltid är kopplade till sådana frågor som på lång sikt är viktiga för förtroendet för vården, I den offentliga debatten figurerar helt andra frågor. För att man skall kunna mötas och analysera konsekvenserna av varandras insatser och åtgärder i hela systemet måste resonemangen vara kongruenta med varandra. I likhet med Göran Henriks kallar vi detta för det systemiska perspektivet. Om man i den offentliga debatten för med verksamhetsutvecklingen inkongruenta resonemang kan man missa att ta hänsyn till såväl väsentliga faktorer för vårdens kvalitet och tillgänglighet som allmänhetens förtroende.

Motsägelsefulla resonemang och analyser skapar dessutom orealistiska förväntningar hos berörda intressenter inför olika åtgärder och beslut. När dessa förväntningar inte infrias sjunker förtroendet både för vården och berörda aktörer. Detta motverkar i sin tur nya försök att komma till rätta med aktuella problem. Man hamnar i en ond cirkel. Professorn i statsvetenskap vid Göteborgs Universitet, Bo Rothstein har kallat den situation man då hamnar i för en ”social fälla”. Förekomsten av en sådan social fälla skulle kunna förklara var-

för projekten inte är robusta och varför rimliga förändringsambitioner inte sprider sig fortare än de gör.

Syfte

Projektet avser att presentera trovärdiga berättelser om god vård som kan användas för att bättre förstå, analysera och i ett systemiskt perspektiv samtala om tillgänglighet, arbetsmiljö och resurser i vården.

Metod

I vårt arbete med arbetsmiljöfrågor — bland annat med arbetsmiljöinspektionen — har det visat sig att konventionella kartläggningsinstrument, som exempelvis enkäter och vanliga intervjuer, inte erbjuder ett empiriskt material som gör det möjligt att uppmärksamma de nya arbetsmiljöriskerna. Materialet blir oprecist och mångtydigt och premierar tolkningar där de konventionella arbetsmiljöriskerna kommer att dominera. Berättelser från fokusgrupper erbjuder möjligheter till alternativa tolkningar där också de nya arbetsmiljöriskerna kan framgå. Detta är grunden till att man inom Arbetsmiljöverket utvecklat en alternativ metod för att kunna belysa också dessa — de så kallade fokusinspektionerna.

Erfarenheterna från samarbetet med Arbetsmiljöinspektionen och andra liknande projekt har lett oss till slutsatsen att vi i detta projekt bör utgå från berättelser samlade i fokusgrupper. Vi är medvetna om att några få fokusgrupper naturligtvis inte kan ge en fullständig belysning av dessa komplexa frågor och sambanden mellan tillgänglighet, arbetsmiljö och resursutnyttjande. Vi tror emellertid att de fokusgrupper vi dokumenterar kan visa på i vilken riktning samtalen bör och kan förändras för att vara i överensstämmelse med erfarenheter gjorda av professionella aktörer engagerade i sjukvårdens verksamhetsförbättring.

Vi har valt att tala med personer från tre arbetsenheter i vården som har genomfört framgångsrika verksamhetsförbättringsprojekt.

- Morö Backe vårdcentral i Skellefteå
- Rehabiliteringsmedicinska kliniken i Jönköping
- Kvinnokliniken i Motala

Vi har valt dessa enheter på grund av att personalen i dessa har en mer reflekterad syn på verksamheten än många andra. De har genom sin systematiska förbättringsverksamhet haft anledning att både reflektera över verksamheten och sin egen insats i den. I de flesta fall har dessa enheter haft handledningshjälp för att göra detta vilket skiljer dem från andra liknande enheter som inte haft samma möjligheter. Det är därför sannolikt att det framgångsrika förändringsarbetet gett dem erfarenheter av ”god vård” som är värda att ta vara på.

Varje fokusgrupp pågår i två timmar. Den leds av Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg. Samtalet dokumenteras på en väggtidning som fungerar som gemensamt dataunderlag. Efter samtalet skriver samtalsledarna en redogörelse av samtalet som skall vara en så god och sammanhängande berättelse av detta som möjligt. Redogörelsen skall reflektera de olika personliga resonemang och synpunkter som har uttryckts. Redogörelsen översänds till deltagarna som ombeds att korrigera och komplettera den.

Utgångspunkten är att den slutliga utgåvan skall vara förenlig med en berättelse som deltagarna var för sig kan stå bakom men ändå innehålla de olika erfarenheter och bedömningar som någon framfört. Berättelsen redovisas således med angivande av deltagarnas namn som medförfattare. Berättelsen skall belysa vad som faktiskt tagits upp under mötet. Enskilda synpunkter som inte kommit fram under själva samtalet – men som kan vara belysande tillägg – brukar vi emellertid bifoga som fotnoter så att också dessa kan redovisas.

Innan slutrapporten påbörjas så faktagranskas berättelserna för att undvika sakfel och missförstånd. Detta är den sista revidering som görs i dessa.

När samtliga fokusgrupper är klara sammanställs berättelserna och delges alla deltagare. Ytterligare kommentarer och synpunkter kan då inkluderas. Berättelserna kommenteras därefter av oss med utgångspunkt från våra egna erfarenheter och med referens till för oss känd och tillgänglig forskning.

Den preliminära rapporten kommer att diskuteras med ansvariga representanter på Landstingsförbundets kansli i mitten av oktober för att utforska i vad mån berättelserna är kongruenta med eller skiljer sig från de resonemang man där för om liknande frågor. Fokusgruppsberättelserna står förstås fast – referaten betraktas som fakta och kan då inte bli annorlunda är de är – men diskussionen kan leda till revidering, förtydliganden och komplettering av våra reflektioner och kommentarer.

Den reviderade men fortfarande preliminära rapporten kommer att föredras och diskuteras i slutet av november under en konferens med landstingens personaldirektörer. Deras reflektioner över hur materialet kan användas i respektive landsting kommer också att påverka den slutgiltiga versionen och avgöra i vilken form materialet skall spridas eller bearbetas vidare.

Bilaga 2

Fokusgrupper en metod lämpad för patientorientering av Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

Fokusgrupp är en vetenskaplig metod som används allt oftare både inom vårdvetenskaper och samhällsvetenskap. De data som samlas genom fokusgrupper bygger på människors utsagor. I detta avseende är metoden inte annorlunda än alla andra metoder som använder utsagor om verkligheten, vare sig den som tillfrågas sätter ett kryss i en ruta eller berättar om sitt liv för en intervjuare.

Detta leder in i den klassiska epistomologiska frågan om det man ser verkligen är verkligheten och hur sambandet är mellan den tolkning och beskrivning man gör av verkligheten och verklighetens sanna natur. För att lösa detta dilemma kräver den klassiska vetenskapen att man kan skilja mellan observationer som alla kan göra och tolkningen av dessa observationer.

När det gäller enkäter, samtalsdata, berättelser, utsagor och intervjuer är det inte möjligt att göra denna åtskillnad. Den som frågar kan i allmänhet inte veta hur den verklighet är som den tillfrågade refererar till. Den tillfrågades tolkning eller val av beskrivning kan därför inte ifrågasättas. Runt detta problem kretsar många metodologiska diskussioner.

Ett sätt att lösa detta dilemma är att – som i vårt fall – betrakta utsagorna som sådana som det empiriska material som man kan utgå från. Man måste då överge ambitionen att man genom utsagorna kan få något konkret besked om den verklighet som berättelserna beskriver. Vad man kan få reda på är något annat och lika viktigt – nämligen hur de som samtalar resonerar om en företeelse eller en fråga.

De metodologiska övervägandena kring detta ställningstagande redovisas mera noggrant i vår kompletterande rapport (Wennberg Hane 2003). I denna bilaga kommer vi därför inte att gå på djupet i dessa metodologiska frågor. Vi nöjer oss här med att beskriva vår användning av fokusgrupper just i detta fall och hur vi ser på det empiriska material som kommit fram.

Vad är syftet med våra fokusgrupper?

En fokusgrupp kännetecknas av ett fritt samtal kring ett på förhand definierat tema (det som är fokus). En fokusberättelse visar således hur de som samlats samtalar kring en fråga eller ett fenomen. Berättelsen illustrerar vilket kommunikationsmönster och vilket samtalsinnehåll som uppstår. Detta är i sin tur en följd av den kunnighet om frågan som finns hos de som samtalar. En kring ämnet eller frågan kunnig och erfaren grupp samtalar på annat sätt än en grupp där några eller flera deltagare saknar motsvarande kunskaper och är mindre erfarna. Vi tror att detta är något som de flesta av oss känner till och kan uppmärksamma i vardagen.

Den mindre erfarna gruppen ser exempelvis problem i sådant som den erfarna gruppen inte uppfattar som problem. Deltagarna i en sådan grupp relevantgör andra frågor och observationer än de erfarna. De kan förlägga problemen till företeelser som inte har med saken att göra eller som är perifera för problemets lösning. Man kan också i den mindre erfarna gruppen formulera problem som egentligen inte är problem och som skulle kunna lösas om man bara tog till vara på sådan kunskap och erfarenhet som man kunde få reda på. Detta är naturligtvis särskilt relevant om man som i vårt fall behöver veta något om patientens inre berättelse av sin sjukdom eller sina besvär.

Genom att lägga märke till sådana avsnitt i berättelsen kan en erfaren praktiker ta ställning till i vad mån en grupp kommer att kunna lösa – eller inte lösa – vissa verksamhetsproblem som man kan komma att ställas inför. Förutsättningen för att ta en sådan ställning är förstås att man kan jämföra med andra berättelser i andra grupper.

Detta leder fram till syftet med de fokusgrupper vi här har startat och värdet av de fokusberättelser vi redovisat. Vi hoppas att berättelserna skall ge ett sådant jämförelsematerial. Vi hoppas att berättelserna illustrerar hur samtalen kan se ut när man lyckats lösa verksamhetsproblem kring exempelvis patientorientering som andra brottas med.

Det bör emellertid kraftigt påpekas att avsikten med fokusgrupper inte är att fastställa brister i kompetensen utan att få en bild av hur den faktiskt är. Genom fokusgruppen kan man få en inblick i hur deltagarna och gruppen ifråga ser på sin situation, sina problem, sina förhållanden och hur de formulerar sin uppfattning om vad som måste göras. Först när man vet detta kan man skapa ett realistiskt samarbete – ett partnerskap – kring vad man menar att man gemensamt skall göra.

Fokusgrupper för att fånga relevanta erfarenheter

Den kunnighet som finns i en grupp eller hos en person kan sällan beskrivas i ord i samtal och berättelser. Däremot visar den sig genom det samtal som förs och hur man berättar. Man kan likna det med att någon demonstrerar att man kan tala ryska genom att just tala ryska. Därför går det inte att enbart ur den faktiska texten ”plocka ut” enstaka utsagor. Det är berättelsen som helhet – också vad som sägs mellan raderna och vad som inte sägs – som är viktig. Texten kan liknas vid ett ”scenario” som illustrerar ett skeende snarare än ger en exakt avbildning.

Arbetet med fokusgrupper skiljer sig från konventionell vetenskaplig metodik. Vill man som i vårt fall fånga erfarenheter av ett gott vårdarbete så sker urvalet av deltagare ”strategiskt” – till skillnad från det representativa urval som är vanligt i andra studier. Initiativtagaren bjuder in de personer som denne anser bäst kan belysa temat genom att de har erfarenheter som är av särskilt intresse. Man är således inte intresserad av att veta hur det i allmänhet är utan hur just den typ av deltagare i just denna typ av grupper resonerar.

I det ideala fallet fortsätter man att genomföra samtal i allt fler fokusgrupper tills det inte dyker upp några nya aspekter i samtalet. Man når då det som inom forskningen kallar ”mättnad”. I verkligheten måste man ofta på grund av praktiska och ekonomiska begränsningar avsluta studien långt innan man når ”mättnadsstadiet”. Vi menar emellertid att de tre enheter vi här presenterar, trots sina olika verksamhetsområden, har så mycket gemensamt att man kan anta att en viss mättnad har uppnåtts.

Vår erfarenhet är att redan ett ganska litet antal fokusgrupper ger ett mycket rikt material. De samtal vi här redovisar pågick bara i två timmar. Samtalen dokumenteras i text och deltagarna erbjuds möjlighet att korrigera och komplettera materialet och måste godkänna det innan det går vidare. Det är viktigt för validiteten att referaten inte är anonyma utan att man är beredd att stå för sina utsagor. Deltagarna ställer således upp på att formulera sina egna tankar och föreställningar för att därmed erbjuda ”omvärlden” ett underlag genom vilket läsaren/uppdragsgivaren kan se olika möjligheter att etablera ett fruktbart samarbete med dem.

Det partnerskap som etableras mellan deltagarna och uppdragsgivaren kan ha mycket varierande kvalitet – från att präglas av stor tillit till att uppdragsgivaren inte missbrukar det som samtalen avslöjar till stor misstänksamhet. Samtal som präglas av misstänksamhet kommer att ge ett mycket tillrättalagt underlag – det som för tillfället är politiskt korrekt.

Farhågorna behöver inte vara att uppdragsgivaren skall välja att missbruka materialet. De kan också grunda sig i en oro för att uppdragsgivaren – och andra läsare – kan misstolka det som berättas. Ett samtal där gruppen har förtroende för uppdragsgivarens goda vilja att läsa materialet positivt ger därför en betydligt mer användbar information. Oberoende av vilket partnerskap som etablerats kan man säga att samtalet är ”ett faktum” – så här resonerade den här gruppen om sin verksamhet.

Fokusgrupper är inte gruppintervjuer

Många sätter likhetstecken mellan fokusgrupp och gruppintervju. Vi menar att det är en stor skillnad. I en gruppintervju söker man fånga de enskilda deltagarnas åsikter eller upplevelser om något. Den typen av information skulle man lika gärna kunnat inhämta vid enskilda intervjuer. Intervjuaren frågar och den svarande svarar. Alla deltagare måste bli tillfrågade. Det är inget samtal.

Det finns naturligtvis fördelar med att intervjua i grupp. Deltagarna kan inspireras av att höra andra berätta om sina åsikter och upplevelser och på så sätt också få ord på erfarenheter som man tidigare inte tänkt på. Därför ses gruppintervjuer som ett sätt att komma ”djupare” i förståelsen.

Det fria samtal som uppkommer i en fokusgrupp är däremot en dynamisk process. Det ena inlägget leder till nästa. Vissa inlägg får inget gensvar. Andra inlägg startar en orkan. Samtalet blir till. Det formas av den grupp som just då samtalar. I detta fria samtal visar det sig vad som är gemensamt och vad som är enskilt, vad som där är ”pratbart” och vad som inte är det.

Ett fritt samtal har alltså en potential att visa något annat än bara de enskilda deltagarnas uppfattningar. Det fria samtalet tecknar en bild av den sociala kontext deltagarna bildar med varandra och hur deltagarna gemensamt kan beskriva sin verksamhet och sin framtid; vilka svårigheter man ser framför sig, vilka farhågor man brottas med, vilken utveckling man vill förstärka osv. Det betyder inte att vad som sägs fångar frågan – bara att det är så man sannolikt talar om temat i de sammanhang där man träffas. Fokusgruppen ger en rikare information ju fler som kommer till tals, men det faktum att några inte kommer till tals om något är också en information.

En viktig del av arbetet är den efterbearbetning som görs där deltagarna läser igenom referaten, korrigerar sakfel och tänker igenom om man kan stå för det som refererats. Referaten är därvid inte ex-

akta återgivningar av samtalen utan vad samtalsledarna ”har hört” utifrån sin egen kunskapsplattform. Efterbearbetningen och godkännandet borgar för att berättelserna inte utformats på ett sätt som är inkongruent med de erfarenheter man i gruppen vill förmedla.

Den fortsatta bearbetningen av det empiriska materialet

Berättelserna har således karaktären av ”data”. Så samtalade och berättade dessa grupper om sin verksamhet. Läsaren/uppdragsgivaren gör sedan sin egen bedömning utifrån den information som referaten av samtalen ger. Vi berättar hur vi hört samtalen men olika läsare kommer till olika slutsatser beroende på sin kunskap om den sociala kontexten och sin egen erfarenhet av de frågor som behandlats. Vad man väljer att ta fram beror naturligtvis också på läsarens egna förutsättningar, position och engagemang i frågan.

Även ett samtal som av en läsare uppfattas som ytligt, trivialt, schablonartatat och fyllt av missförstånd säger något. Vad det är ett tecken på kan man inte veta. Det kan exempelvis vara brist på partnerskap men det kan också vara att de som deltar av någon anledning saknat kunskap eller kompetens att samtala om det som var i fokus. Finner man detta så sätts därför läsarens egen erfarenhet och klokskap på prov när det gäller att tolka det som refererats. Inga tolkningar bör leda till att man kränker deltagarna. Man måste anta att de deltagit varit engagerade och ”gjort sitt bästa”. Om slutsatserna blir kränkande så kommer det nämligen att bli omöjligt att engagera deltagare i framtida fokusgrupper. Att tolka materialet är därför ett grannlaga arbete.

Referaten från de tre enheternas samtal skall läsas i sin helhet. Ett samtal har en intern logik och en ”nerv” som går förlorad om man försöker ta ut enstaka citat eller synpunkter. Att stycka sönder materialet och redovisa utsagorna frigjorda från sitt sammanhang är därför att förvanska det. Vi hoppas att man vid läsandet av dem kan höra

hur samtalet vuxit fram och även fånga betydelsen av vad som sägs ”mellan raderna”. Fokusberättelserna är således ”resultatet”. Bättre sammanställning finns inte.

Referenser

Alvesson M. och Deetz S. (2000): Kritisk samhällsvetenskaplig metod. Lund: Studentlitteratur.

Tillgren P (red) (1999): Fokusgrupper i forskning och utvecklingsarbete. Socialmedicinsk Tidskrift. 1999:4.

Wennberg B-Å. och Hane M. (2000): Forskning för praktiker om praktiken. Om grunderna för vetenskaplig metod och om metoder på vetenskaplig grund. Abonnemangsrapport 78. Degerfors: Samarbetsdynamik AB,

Bilaga 3

En kort beskrivning av Samarbetsdynamik AB och Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

Om Samarbetsdynamik AB

Samarbetsdynamik AB är ett självständigt, oberoende och uppdragsfinansierat forskningsinstitut kring frågor som rör samverkan i olika typer av verksamheter. Utgångspunkten för vårt arbete är att handlingar påverkas genom att de som medverkar får kunskap om de samverkansmönster de själva är med att skapa. Vi har i vår arbetsform inspirerats av den i litteraturen väl beskrivna metod som kallas fokusgrupp.

Vi har också tagit intryck av den långa traditionen från Kurt Levin och aktionsforskningen.. När det gäller den teoretiska plattformen utgår vi huvudsakligen från den humanvetenskapliga handlingsteorin, med rötter redan i antiken och hos Aristoteles, så som den utvecklats och beskrivits av José Luis Ramirez, professor i retorik vid Södertörns Högskola.

Detta innebär några viktiga skillnader i förhållande till den konventionella forskar- eller handledarpositionen. Vi ser oss inte som passiva observatörer. I de projekt där vi medverkar ser vi oss istället som äkta deltagare i ett autentiskt utforskande samtal kring en för oss och den aktuella verksamheten aktuell fråga. Vi ser oss inte heller som samtalsledare med uppgift att få de andra att samtala öppnare och spontanare med varandra. Vi anser således inte att vi har speciella rättigheter eller speciella skyldigheter att ta initiativ till eller att göra inlägg i samtalet utöver de samtalsregler som gäller för alla deltagare.

Vi använder istället i samtalet aktivt vår erfarenhet av liknande samtal kring motsvarande problematik i andra sammanhang. Vi förbereder oss genom att ta del av litteratur, utredningsarbete och forskningsresultat kring de sakförhållanden som kan förväntas komma upp. Vi försöker som varje annan god deltagare bidra till att man i samtalet kan återknyta till grundfrågan, ger förslag på alternativa och öppnande perspektiv och ingriper när vi tycker samtalet går i cirkel osv.

På detta sätt har vi medverkat också i detta projekt.

Samarbetsdynamik AB driver sedan 1987 ett Kunskapsabonnemang ”Om organisationens mänskliga sida”. Genom abonnemanget möter vi vid månadsvisa abonnentmöten, de flesta av de frågor som diskuteras i det aktuella arbetslivet.

I samråd med våra uppdragsgivare får våra abonnenter ta del av de rapporter som publiceras och som är av mera allmänt intresse. I gengäld kan abonnenterna medverka i utforskandet genom att bidra med reflektioner och erfarenheter som berikar våra pågående projekt och också bidra till spridandet av det som kommer fram.

De flesta rapporterna i abonnemanget är dock inte slutrapporter utan belyser olika generella frågeställningar. Dessa rapporter är snarare en del i det förberedande utforskande som möjliggör vår medverkan i senare uppdrag.

Formalia om företaget, vår verksamhet och det så kallade Kunskapsabonnemanget beskrivs på www.samarbetsdynamik.se

I Samarbetsdynamik AB arbetar två personer.

Monica Hane är docent i tillämpad psykologi. Hon har under en period på 90-talet varit universitetslektor inom området arbetsorganisation och psykologi och har forskat på arbetslivets hälsofrågor och psykosociala arbetsmiljö bland annat som psykolog vid Yrkesmedicinska Kliniken i Örebro. Monica var under år 2000 ordförande för prioriteringskommittén för arbetsorganisation, belastning och hälsa inom dåvarande Rådet för Arbetslivsforskning.

Bengt-Åke Wennberg är civilingenjör och har verkat som organisationskonsult sedan 1963. Bengt-Åke betraktas som en av pionjärerna när det gäller samarbetsträning och organisationsutveckling i Sverige.

De har tillsammans sedan 1987 författat ett 100-tal rapporter kring arbetslivets aktuella frågor med betoning på samverkan, organisering och hälsa. Samtliga rapporter finns beskrivna på webbplatsen www.samarbetsdynamik.se.