

# HAKuL

## **Att våga förändra för att förbättra.**

Utvärdering av ett personaldrivet utvecklingsarbete på en vårdcentral  
och i vilken utsträckning detta medfört förbättrade arbetsförhållande  
och bättre arbetshälsa.

Per Lindberg   Anna Nyberg  
Malin Josephson   Måns Waldenström   Eva Vingård



Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet  
Arbets- och miljömedicin, Stockholms Läns Landsting  
Stockholm 2004

# Att våga förändra för att förbättra.

## INLEDNING

Under tre år, november 1999 till november 2002, deltog Primärvården i Landstinget i Uppsala Län i HAKuL-projektet, Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting. HAKuL-projektet syftade till att identifiera faktorer som stärker den hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda inom kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering vid sviktande arbetsförmåga. Cirka 9000 anställda inom sex kommuner och fyra landsting, från Boden i norr till Lund i söder, har följts under tre år. HAKuL-projektet har utgått från Sektionen för personskadeprevention vid Karolinska Institutet och finansierats av försäkringsbolaget AFA. Utvärdering av lokala utvecklingsprojekt och dess effekter på arbetsmiljö och hälsa har legat inom ramen för HAKuL-projektet. Syftet med denna rapport är att beskriva och utvärdera ett utvecklingsprojekt på Knivsta Vårdcentral som ingår i Primärvården i Uppsala Län. Projektet startade år 2001 och avslutades år 2002.

### *Bakgrund till Knivsta-projektet*

Enligt vad som framkommit genom projektledarna och övrig personal upplevdes arbetssituationen i början av hösten 2000 som kritisk vid Knivsta vårdcentral. Den hade varit besvärlig ett bra tag och ingen ljusning syntes. Detta gällde i synnerhet husläkarmottagningen (Faktaruta 1). Trots full bemanning var telefonköerna mycket långa, tidböckerna fullbokade flera veckor framåt och "Öppna mottagningen" för akutbesök hade fått stängas på grund av trycket. Man gick nästan aldrig hem nöjd med dagens arbete, hur mycket man än jobbade blev man inte färdig. Personalen var tröttkörd, osämja fanns i läkargruppen, man upplevde dåligt strukturerade personalmöten på husläkarmottagningen, dålig kunskap om andra yrkesgruppers kompetenser, dåligt samarbete mellan de olika mottagningarna, revirtänkande, ingen konsensus om hur patienterna skulle bemötas och standarddiagnoser åtgärdas - situationen kändes ohanterlig.

#### **Faktaruta 1**

##### ***Primärvårdens organisation***

*Inom Primärvården i Uppsala län finns olika typer av mottagningar: husläkar-, distriktssköterske-, sjukgymnast- och ungdomsmottagningar samt mödravårdscentraler. Dessa mottagningar är också administrativt separata organisationer med var sin chef. Man samverkar i varierande grad. Ibland finns mottagningarna under samma tak och går då under benämningen vårdcentral. Resurser i form av dietister, kuratorer och psykologer finns centralt placerade. Var och en av dessa servar flera distrikt.*

Varför hade det blivit så här? Bidragande orsaker enligt verksamhetsledningen sades vara högre generellt patienttryck (kraftigt ökade sjuktal sedan 1997), att alltmer specialinriktad vård lagts på primärvården, en husläkarreform som bröt sönder de tvärprofessionella aktiviteterna samt "ÄDEL-reformen" som medfört att primärvårdens läkare också fått medicinskt ansvar för kommunens vårdhem. Läget var akut. På husläkarmottagningens planeringskonferens hösten 2000 sammanfattades det hela: "så här går det inte - något måste göras".

### *Ett utvecklingsprojekt startas*

Parallellt med att situationen på Knivsta VC blev prekär gick Primärvårdens FoU-centrum ut med ett erbjudande till primärvårdens enheter om att få arbeta med ett utvecklingsprojekt som syftade till att genom personaldrivna, kontinuerliga förändringar utveckla verksamheten till gagn för både personal och vårdsökare. Knivsta VC anmälde sitt intresse. Då det bedömdes vara en sammanhållen vårdcentral med en stabil personalsituation och god utvecklingspotential för ett sådant här pilotprojekt blev det också den central som utsågs att testa modellen. Egna erfarenheter av förändringsarbete fanns från enstaka sk. "Genombrottsprojekt" inom olika arbetsgrupper (Faktaruta 2). Nu skulle man dock försöka få med hela vårdcentralen för att under 1½ år försöka hitta vägar till förändring.

#### **Faktaruta 2**

##### **"Genombrott" och "Idealmodellen"**

*The Institute for Healthcare Improvement (IHI), [www.ihi.org](http://www.ihi.org), är en fristående, icke-vinstdrivande organisation i Boston, USA, som sedan 1991 arbetar med förbättringar av hälsovårdssystem i USA, Canada och Europa genom att stödja samarbete hellre än tävlan mellan hälsovårdsorganisationer.*

*Sedan 1995 har IHI arbetat med att föra ut arbetsmetoden "Genombrott". Det är en enkel modell för att snabba på förändringsarbete. Metoden är inte tänkt att ersätta förändringsmodeller som redan används i organisationer utan snarare accelerera förändringstakten.*

*Modellen har två delar:*

*1. Tre fundamentala frågor skall organisationen ta ställning till:*

- a. Vad vill vi uppnå?*
- b. Hur kan vi veta att förändringen är en förbättring?*
- c. Vilka förändringar kan vi göra för att resultatet skall bli en förbättring?*

*2. Plan-Do-Study-Act-cykeln (PDSA-cykeln)*

*- att testa och implementera förändringar i reell miljö.*

*Plan: Representerar för de som berörs av ett identifierat problem försöker hitta en lösning.*

*Do : Man testar lösningsförslaget, ev. i mindre skala.*

*Study: Man utvärderar testet – blev det en förbättring? Vad kan vi lära av testet?*

*Act: Man tar ställning till om försöket skall permanentas eller om det behöver modifieras. I det senare fallet gör man ett nytt varv i cykeln Plan-Do-Study-Act.*

***Idealmodellen** kan sägas vara att arbeta med flera "genombrott" samtidigt under ledorden*

- 1. tillgänglighet,*
- 2. tillförlitlighet,*
- 3. interaktion samt*
- 4. livskraft*

*med syfte att nå en genomgripande förändring mot en "ideal vårdcentralmodell".*

*Det anses att fördelen med småskaliga test enligt denna modell är att tröskeln till förändring blir lägre. Man vänjer sig vid att kontinuerligt testa idéer och vaska fram sådant som fungerar bra, och minskar därmed risken att fastna i planering och analyser (Läkartidningen 2002: 34).*

*I Sverige pågår flera förändringsarbeten med Genombrottsmetoden. Information om detta finns på Landstingsförbundets och Kommunförbundets hemsida: [www.lf.svekom.se](http://www.lf.svekom.se), sökord: genombrott.*

För att sätta igång och leda förändringsarbetet utsågs en operativ ledningsgrupp bestående av en läkare från husläkarmottagningen samt en erfaren utvecklingsledare från Forsknings och Utvecklingsenheten inom Primärvården. Inspiration till förändringsarbete i större skala inhämtades av projektets ledningsgrupp genom att besöka en vårdcentral i Skellefteå som arbetat med "IDEAL-modellen". Man knöt vidare till sig kontaktpersoner, nätverk, andra förändringsteam (både innanför och utanför Landstinget i Uppsala Län) samt en rad resurspersoner att finnas till förfogande vid behov, bland andra en person från Landstingsförbundet som jobbade med förändringsarbete. Eftermiddagen den 17 januari 2001 gjordes "kick-off" för IDEAL-modellen på Knivsta Vårdcentral.

### *Hur gjorde man?*

Konkret gick arbetsmetoden, den s.k. "Genombrottsmetodiken", i Knivsta-projektet till så att de personalgrupper som berördes av ett problem/förändringsbehov, ett s.k. "tema", utsåg representanter som bildade en "temagrupp" för att försöka lösa detta. Viktigt var att alla i temagruppen var eniga om vad det var man skulle arbeta med. Man gjorde en faktainventering, satte upp kriterier för när problemet skulle anses vara åtgärdat och en handlingsplan. Man testade först i liten skala en lösning på problemet, analyserade resultatet och visade detta på en förbättring genomfördes förändringen i full skala. Om utvärderingen gav ett negativt resultat prövade man ett annat sätt att bemästra det aktuella temat. Hela proceduren dokumenterades skriftligt. Eftersom behovet av förändringar och förbättringar aldrig upphör i en dynamisk verksamhet fanns en uttalad målsättning att om metodiken fungerade bra skulle den utvecklas till en integrerad del av verksamheten.

Projekttiden var satt till drygt 1½-år, januari 2001- oktober 2002. Förutom det praktiska arbetet i de olika temagrupperna fanns nio heldagsseminarier inplanerade under projektet. Projektmedel fanns anslagna bl.a. för att göra det möjligt att förlägga dessa på en konferensanläggning.

Förändringsarbetet initierades från en enig läkargrupp men hela Knivsta vårdcentral, d.v.s. distriktssköterske-, kvinnohälsovårds-, sjukgymnast- samt husläkarmottagningen var engagerade i utvecklingsprojektet. Deltagande yrkeskategorier var alltså: distriktssköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, läkare, verksamhetschef, sjuksköterskor, undersköterskor, biomedicinska analytiker, läkarsekreterare, expeditionsföreståndare samt kurator. Knappt 90 procent av de anställda var kvinnor. Naturlig personalomsättning medförde att gruppen förändrades något på individnivå under projekttiden. På läkarsidan var nyrekryteringen svår och antalet läkare minskade från fem till tre under projekttiden.

### *Styrning*

För att bättre kunna hålla processen levande genom rapportering, avstämning, utvärdering, inspiration och "idé-kläckning" började man ha månatliga personalmöten, s.k. "Nätmöten", på vårdcentralen med samtliga mottagningar representerade. För att lyckas med förändringsarbetet var det dessutom viktigt att så många som möjligt av vårdcentralens anställda deltog, liksom kommunsjuksköterskan som har viktig förmedlingsfunktion mellan patienterna på vårdhemmen och medicinskt ansvarig läkare. Under mötena var endast några få kvar på husläkarmottagningen och upprätthöll akutverksamhet.

Samma "akutorganisation", men nu med vikarier på husläkarmottagningen, gällde vid de så kallade "Lärande Seminarierna" (LS) vilka genomfördes ca. en gång i kvartalet, totalt 9 stycken. Dessa heldagsseminarier gav en möjlighet att i lugn och ro, i en lokal långt från vårdcentralen, ha tid att reflektera över förändringsbehov, lära känna varandra professionellt och i viss mån även privat. LS skulle vara både arbetande och lärande. Det fanns också en möjlighet att formulera utbildningsbehov och att ta in föreläsare kring tema som gruppen enades om. Sådana tema var t.ex. att ta del av andras erfarenheter av förändringsarbete enligt "IDEAL-modellen", ha diskussion med Socialstyrelsen kring regelmässiga oklarheter och lära mer om patientpedagogik. En relativt stor del av tiden användes till att rapportera hur arbetet i de olika temagrupperna fortgick, utvärdera, summera och binda ihop erfarenheter på vägen. Varje LS började med en enkel "temperaturmätning" på en skala från 0-10 (VAS-skala) av hur man just då upplevde sin arbetsglädje respektive vilken kontroll över arbetet man ansåg sig ha. Temperaturmätningarna från LS sammanställdes och redovisades kontinuerligt för gruppen.

## **SYFTE**

Huvudfrågan vid utvärderingen har varit om utvecklingsprojektet på Knivsta vårdcentral (här kallad Knivsta-projektet) medfört förändringar av arbetsvillkor och upplevd hälsa?

Specifika frågeställningar var:

Förändrades den självrapporterade hälsan bland de anställda?

Har återhämtning mellan arbetspassen påverkats?

Hur har ledarskapet fungerat och förändrats?

Har samarbete och arbetsgemenskap förändrats?

Förändrades stämningen på arbetsplatsen?

Påverkades det egna inflytandet över arbetet?

Har vård och patientbemötande förändrats?

Medförde arbetsplatsförändringarna negativa och/eller positiva konsekvenser?

Hur såg processen ut?

Vilka hinder resp. fördelar fanns i organisationen för utvecklingsarbetet?

Har projektmålen nåtts?

## **METOD och RESULTAT**

För att besvara frågeställningarna har vi använt kvantitativ metod i form av enkätmätningar och kvalitativ metod i form av observation och intervjuer. Enkätdata har använts för att kunna jämföra Knivsta vårdcentral med andra vårdcentraler inom Primärvården Landstinget i Uppsala Län och därmed försöka säkerställa vilka förändringar som varit lokalt betingade och vilka som var generella tendenser inom hela Primärvården. Den kvalitativa delen har haft till syfte att ge fördjupad förståelse av och kunskap om hinder och möjligheter vid arbetet med Knivsta-projektet.

Vi har valt att redovisa de tre undersökningsmetoderna, observation, enkät och intervju, separat i metod- och resultatdelen för att sedan i diskussionsdelen väva samman och, där det varit möjligt, ställa dem som varandra kommenterande delar av en helhet.

## I. OBSERVATION

### Metod

En representant från HAKuLs forskargrupp deltog vid LS 2-9 samt vid två Nätmöten, dels som observatör, dels som resursperson till gruppen att på begäran kommentera processen. Information från "Kick-offen" och LS 1 har inhämtats genom intervjuer med projektledarna och genom vad som framkommit på de gemensamma diskussionerna på LS 2-9. I resultatdelen redovisas konkret vad som avhandlades vid respektive LS men också observatörens intryck och tolkning av interaktionen mellan deltagarna.

### Resultat

Vid kick-offen presenterades projekttid och en handlingsplan (Faktaruta 3). Visioner och mål lyftes fram. Det fanns ett konsensus på husläkarmottagningen att arbeta med projektet redan före "kick-offen". Det var ju där situationen var mest prekär. Men man ville gärna ha med de andra mottagningarna på vårdcentralen, eftersom det samarbete man hade troligtvis också skulle komma att påverkas av eventuella förändringar på husläkarmottagningarna. De andra mottagningarna ville inte heller stå utanför. Det lät både viktigt och spännande - men det fanns en skepsis bland personalen. Tveksamhet, avvaktan, även avståndstagande fanns i rummet under "kick-offen" – vad skulle det innebära? Var inte det hela lite väl flummigt? Tid att sitta och snacka, när det ser ut som det gör? Men bra att lära känna varandra och utveckla samarbetet. Alla var dock inte beredda på förändringar och de konflikter som "bubblade" under ytan kom senare att "blomma upp" och ta energi från utvecklingsarbetet.

Den avvaktande stämningen vid kick-offen återkom inledningsvis på de lärande seminarierna. Man satte sig gärna yrkesgruppsvis vid den stora cirkeln av konferensbord. En positiv grundstämning kunde dock skönjas i gruppen. Inget uttalat motstånd fanns, men det fanns en spänning mellan några yrkesgrupper. Arbetet i smågrupperna verkade fungera friktionsfritt.

Vid LS 2 började man kartlägga de problem som temagrupper bildats kring: omhändertagande av patienter med ont i halsen, ryggbesvär, utmattningsdepressioner respektive akutbesök av annat slag, bättre telefontillgängligheten, få en säkrare recepthantering mellan läkare och kommunsjuksköterska samt minska "eftersläpningen" av patienter. Under projektets gång avslutades flera av dessa teman och nya tillkom. En sådan var "arbetsglädjegruppen" som jobbade med trivsselfaktorer som att äta gemensam lunch, ha vinlotteri, ordna pärm med kurserbjudande, sociala fritidsaktiviteter och vårdcentralens 20-års jubileum. Man arbetade också med att sprida information inom vårdcentralens upptagningsområde genom att annonsera i den lokala gratistidningen som gick ut till samtliga hushåll och som många uppgavs läsa. Här informerades om hur man kunde nå olika vårdgivare, t.ex. genom e-post, men också mycket handfasta råd, t.ex. egenvård vid lättare åkommor.

Redan vid LS3 märktes att yrkesgrupperna hade börjat mötas och lärt känna varandra lite närmare. Det fanns ett engagemang, man bestämde själv vad man skulle arbeta med. Det fanns en öppen stämning, man kunde ventilerade kritik mot det som ej varit bra. Trots det positiva anslaget märktes under ytan spänningar och oklarheter inom husläkarmottagningen.

### **Faktaruta 3**

*Den handlingsplan man bestämde sig för initialt såg ut så här:*

#### **Handlingsplan för systemförändring/ IDEAL modell i Primärvården i Landstinget i Uppsala Län.**

##### *Syfte*

*Vi vill uppnå en förstklassig vård som svarar mot dagens och framtidens behov. Vi vill utveckla förbättringskunskap och förena den med professionell kunskap för att få bättre kliniska resultat, ökad patient- och personaltillfredsställelse och en stabil ekonomi.*

##### *Mål*

1. Varje medarbetare upplever sig ha kontroll över dagens arbete.
  - gör "dagens arbete" idag
  - har inte fullbokade tidböcker månader framåt
  - har färre besök, använder fler andra sätt att möta patienter
  - samarbetar aktivt med andra professioner
  - delar belastningen med andra, vårdcentralens patienter är allas patienter
2. Invånare får hjälp efter behov och när de behöver.
  - kunskap och ansvar förs över
  - nya arbetssätt införs, telefon, IT gruppbesök, BEON-principen (= bästa effektiva omhändertagandenivån, allas kompetens tas tillvara och utvecklas. Kunskap om olika professioners kompetens är avgörande.)
3. Det finns en stark egen förändringsprocess inbyggd.

*För att lyckas med förändringsarbetet krävs bland annat:*

- Ett ledarskap som stöder förändringarna aktivt och fortlöpande.
- Kunskap om verktyg och metoder för förändringsarbete; förbättringskunskap
- En gemensam värdegrund, byggd på återkommande diskussioner kring vilka värderingar som skall ligga till grund för verksamheten.
- Allas delaktighet i förbättringsarbetet eller tillräckligt många.
- Tid och resurser

Vid LS 6 i januari 2002, ett år efter kick-offen, hade ca 30% av all personal på vårdcentralen slutat eller var tjänstlediga. Särskilt stora var förändringarna på husläkarmottagningen. Chefen hade slutat och gått till en annan vårdcentral, en läkare hade tjänstledigt för att pröva arbetet som företagsläkare. En tredje läkare hade svårigheter att förlika sig med ett mer teambaserat arbete vilket skapat en hel del konflikter på mottagningen och hade nu sökt sig till en annan arbetsplats. Belastningen på de två återstående distriktsläkarna, varav den ena var projektledare för Knivsta-projektet, var stor. En viss avlastning fanns dock genom AT-läkaren samt en inhyrd läkare som tog hand akutsjukvården.

Arbetet med projektet fortsatte trots det ansträngda personalläget. Genom att ständigt återkomma till reflexioner kring "hur vill jag att det skall vara på den vårdcentral där jag arbetar" och "hur jag vill att det skall vara på den vårdcentral där jag är patient" strävade man efter att hitta ett etiskt förhållningssätt som skulle genomsyra allt arbete.

Vid denna tidpunkt genomfördes som ett gemensamt projekt för samtliga mottagningar, "Öppet Hus". Målsättningen var att visa upp vårdcentralens kompetens och att nå en acceptans inom befolkningen för de förändringar som IDEAL-modellen medförde. Det hade framkommit att många patienter ansåg att det var bättre förr, t.ex. lättare att få kontakt med läkare, vilket på sätt och vis också var sant. På grund av läkarbristen var Knivsta vårdcentral nu tvungen att konstant arbeta efter s.k. "sommarschema".

I maj 2002, på LS 8, var uppfattningen att patientflödena blivit mer hanterliga och att vården blivit mer tillförlitlig genom de vårdprogram man genomfört. Mest hade man jobbat med den interna livskraften ("murbruket var dåligt"), organisationen och interaktionen både internt, med "vårdgrannar" och med patienter. De mest prioriterade områdena var fortsättningsvis tillgänglighet och tillförlitlighet. Det tvärprofessionella arbetet ansåg man hade varit givande, men det kan ha medfört att man tappat kollegor. Under diskussionerna betonades från läkarhåll att läkaren inte alltid är bästa omhändertagandenivå. Då man summerade hur man mätte i organisationen var man mer positiv än någon gång tidigare, det framkom att "gränser har överbryggats", man har "byggt en grund att stå på när man nu går vidare", att man "är säkrare på varandra vilket medför att arbetet utåt blir bättre", man "känner stöttning från arbetskamraterna" - man "tror på projektets idé".

Vid sista LS, nr 9, i september 2002 gjorde man en tillbakablick på det som skett under arbetet med IDEAL-modellen och sammanfattade nuläget. De flesta ansåg att man fått mycket bättre kontroll över sin arbetssituation, att stressen minskat, att man kände sig tryggare i sin egen yrkesroll och tillsammans med de andra professionerna samt att samarbetet över yrkesgränserna liksom tillgängligheten till vårdgivarna hade ökat. En viktig erfarenhet formulerades så här av en deltagare: "Hade vi inte från början stärkt varandras yrkesidentitet, genom att tala om vad vi tycker de andra yrkesgrupperna är bra på, hade vi inte nått dit vi har nått." Men några menade att det också fanns positiva förändringar som inte hade initierats genom förändringsarbetet.

Temperaturmätningarna summerades och visade att från ett initialt disparat utfall både vad gällde arbetsglädje och kontrollsituation hade gruppens värderingar blivit allt mer uniforma och samlats kring den positiva delen på skalan. Man var vidare överens om att det största problemet i det fortsatta arbetet var att komma till rätta med läkarbemanningen, rekryteringen misstänktes ha försvårats p.g.a. "dåliga rykten på stan". Temagrupperna beslöts leva vidare, problem uppstår hela tiden. Man enades också om att ha husmöten 1 gång/mån med all personal på vårdcentralen och att även då fortsätta med "temperaturmätning" av arbetsglädje och kontroll över arbetet; att den s.k. "Nyckelgruppen", en sorts ledningsgrupp, med en deltagare från varje mottagning, skall träffas 1 gång/mån samt att varje individ fortsätter ha 1 timme/vecka som personlig utvecklingstid eller för temagrupsarbete.

Sammanfattande intryck från observationerna vid de Lärande Seminarierna är att från den splittrade och positionerande situation som rådde när förändringsarbetet inleddes märktes vid projektets avslutning en tydligt ökad trygghet i gruppen. Man uppgav bättre kontroll över sin arbetssituation och lägre stresspåslag. Själva organisationsstrukturen hade inte ändrats, man var fortfarande flera olika mottagningar, men nu finns en vilja att betona att vi är en grupp, med flera olika delar.

Utifrån observationer under de Lärande Seminarierna framstår följande faktorer som viktiga för projektets framgång:

- insikten att något måste göras
- samlas i en annan miljö än de vanliga arbetslokalerna
- en struktur med återkommande och planerade möten
- målorienterade ledare
- ett tillåtande klimat
- en enkel metod som möjliggör att pröva sig fram, ett steg i taget, där man hela tiden har kontroll över det man gör.

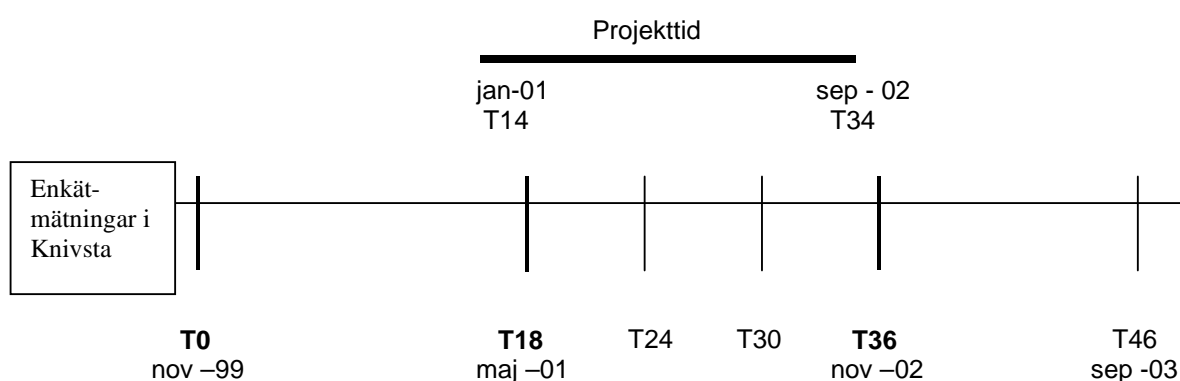


## II. ENKÄTUNDERSÖKNINGARNA

### Metod

#### *Datainsamling*

HAKuL-projektet startade inom Uppsala primärvård i november 1999 (T0) och avslutades i november 2002 (T36 = 36 månader efter starten). Reguljära enkätundersökningar riktade till hela primärvården inom Landstinget i Uppsala Län gjordes vid T0 och T36 med ett långt formulär samt vid T18 (T18 = 18 månader efter starten) med ett kort formulär. För att kunna följa Knivsta vårdcentrals utveckling mer i detalj gjordes för denna grupp även enkätmätningar med det kortare formuläret vid T24, T30 samt vid en uppföljning ett år efter att Knivsta-projektet avslutats, T46. Sålunda började observationstiden 14 månader innan Knivsta-projektet startade och upphörde 1 år efter att själva projektet avslutats. Se figur 1.



**Figur 1.** Tidslinje

#### *Bearbetning och analyser av data*

I denna rapport har vi koncentrerat oss på att belysa förändringar mellan T0 och T36 vilket omsluter tiden för Knivsta-projektet samt T46 för att se om ev. förändringar kvarstår. Dock redovisas även värdena vid T18 i tabellerna eftersom det var strax efter starten av Knivsta-projektet och utgör därmed relativa utgångsvärden för projektet. Enkätfrågor och index som ansågs lämpliga för att besvara utvärderingens syfte och som visade förändring mellan T0 och T36 har använts och redovisas nedan.

#### Hälsa

- Bra arbetshälsa - innebar att den egna skattningen av hälsotillståndet var närmast utmärkt, 88-100 poäng i generell hälsa i mätinstrumentet SF-36. För att ha bra arbetshälsa skulle man dessutom vara ganska säker på att man på grund av hälsan inte hade några problem att arbeta kvar i sitt yrke de kommande två åren.
- Dålig arbetshälsa innebar att man i den egna skattningen av hälsotillståndet skattade lägre än 65 poäng i generell hälsa i SF-36. Dålig arbetshälsa innebar att man dessutom uppgav att man var osäker på, eller inte trodde att man med tanke på hälsan, kunde arbeta i samma yrke om två år.

- Återhämtad är ett summa index baserat på fyra frågor huruvida man känner sig fylld av energi under arbetsdagen, utvilad och återhämtad när man börjar ett nytt arbetspass, när man börjar igen efter ett par dagars ledighet respektive efter flera veckors ledighet. I genomsnitt skall man ha svarat att det gör man flera gånger/vecka eller alltid för att anses vara återhämtad.

#### Arbetsvillkor

- Positiva effekter av förändringar som gjorts på arbetsplatsen under de senaste 12 månaderna. Man skall ha svarat "instämmer helt" eller "instämmer delvis" på två påståendena om att förändringarna är utvecklande och lärorika resp. att de innebär nya möjligheter.
- Negativa effekter av förändringar som gjorts på arbetsplatsen under de senaste 12 månaderna. Man skall instämma helt eller delvis med minst tre av fem påståendena om att jag inte kan utföra mina arbetsuppgifter så bra som jag skulle vilja, jag blir osäker på om min kompetens räcker, jag blir osäker på om jag orkar med, det blir jobbiga konflikter på arbetsplatsen och jag blir osäker på om jag får vara kvar.
- Påståendet om att det är en lugn och behaglig stämning på min arbetsplats kunde besvaras med fyra alternativ från stämmer till stämmer inte alls. Denna fråga fanns inte med i T18-enkäten.
- Ofta vara i stort sett nöjd med den vård och omsorg som du kan erbjuda patienter eller vårdtagare/klienter på din arbetsplats. Det högsta av fyra svarsalternativ från aldrig till ofta.

#### Uppfyllelse av projekt mål

- Initialt enades personalgruppen vid Knivsta VC om vissa mål för Knivsta-projektet (Faktaruta 3). Dessa har bearbetats till påstående med fem svarsalternativ. Frågorna i sin helhet och svarsalternativ återges i tabell 3.

Vi har valt att ställa personalens vid Knivsta vårdcentral skattningar mot de sammantagna skattningarna från de anställda vid fem andra vårdcentraler inom Uppsala Primärvård, här kallade Jämförcentraler. Jämförcentralerna (Flogsta, Gimo, Skutskär, Svartbäcken och Tierp) må ha en viss skillnad i den demografiska sammansättningen av sina respektive upptagningsområden men i övrigt liknar de Knivsta VC. Under samma tak finns husläkar-, distriktssköterske-, kvinnohälsovårds- samt sjukgymnastikmottagning samlade, fyra separat organiserade enheter vars verksamheter har starka naturliga beröringspunkter i sitt vårdansvar gentemot närområdet. Då samtliga i studien ingående vårdcentraler tillhör samma huvudorganisation verkar de under samma ekonomiska förutsättningarna och politiska styrning.

Ett problem vid analyser av grupper där så få som 20-30 personer ingår är att göra statistiskt säkerställda utsagor om eventuella förändringar. En annan svårighet är ut- och inflödet av anställda på arbetsstället, endast 14 personer har deltagit hela tiden. Detta är en naturlig process, men man måste ändå fråga sig om projektet i sig medfört att vissa personer sökt sig bort från Knivsta VC, att de "starka och positiva" stannat kvar och nya, kanske lite mer "äventyrliga" lockats dit. Med andra ord att det uppstått en selektion anställda, vilket skulle kunna förklara skillnader mellan före och efter interventionen. Det som tolkas som förändringar mellan olika tidpunkter eller som skillnader mellan Knivsta VC och Jämförelsecentral-

er är statistiskt säkerställda. Med statistiskt säkerställt menas här att proportionernas 90-procentiga konfidensintervall inte överlappar varandra, d.v.s. att sannolikheten att skillnaden beror på en osäkerhet i mätningarna är liten.

Andelen som varit med hela projekttiden, dvs. svarat både på T0 och T36, är på Knivsta VC 14 av 24 personer (58 procent) och på Jämförcentralerna 82 av 145 personer (57 procent). Initialt gjordes analyser där de på Knivsta VC som slutat jämfördes med de som varit med hela tiden. Några tydliga skillnader som tydde på att det var en speciellt negativt eller speciellt positivt skattande anställda som lämnat Knivsta VC kunde inte konstateras. På två punkter skiljer sig dock Knivsta VC från andra vårdcentraler i Uppsala, medelåldern sjunker med tre år mellan T0 och T36 för att hamna i nivå med Jämförcentralerna och man har en konstant hög svarsfrekvens på enkäterna medan svarsfrekvensen bland de andra minskade under projekttiden.

## Resultat

Av tabell 1 framgår att medelåldern bland de som arbetade på Knivsta VC sjönk och andelen kvinnor ökade något mellan T0 och T36. På Jämförcentralerna skedde ingen förändring.

**Tabell 1.** Deltagarna i enkätstudierna.

	T0			T18			T36		
	N* (Svars- frekvens)	Medel -ålder	Andel kvinnor	N* (Sv.- frekv.)	Medel -ålder	Andel kvinnor	N* (Sv.- frekv.)	Medel -ålder	Andel kvinnor
Knivsta VC <sup>a,b</sup>	24 (86%)	51	83 %	27 (84%)	50	89%	24 (83%)	48	88 %
Jämför- centraler <sup>c,d</sup>	145 (82%)	48	88 %	145 (67%)	49	89%	141 (69%)	49	91 %

\*Antal personer som ingår i analyserna.

<sup>a</sup> Knivsta VC vid T46: N = 22 (96%); Medelålder = 49; Andel kvinnor = 86%

<sup>b</sup> T0 för de som varit med hela tiden, dvs svarat T0 + T36: N=14; Medelålder =51; Andel kvinnor = 86%

<sup>c</sup> Vårdcentralerna i Flogsta, Gimo, Skutskär, Svartbäcken, Tierp

<sup>d</sup> T0 för de som varit med hela tiden, dvs svarat T0 + T36: N=82; Medelålder =48; Andel kvinnor = 89%

I tabell 2 redovisas de faktorer där en förändring har observerats eller där det funnits en skillnad mellan Knivsta VC och Jämförcentralerna. Generellt kan sägas att värdena för de som varit med hela tiden (svarat T0 och T36) i stort sett följer värdena för hela grupperna.

På Knivsta VC ökade andelen som kände sig återhämtade signifikant. Andelen som rapporterade god arbetshälsa visade en tendens till ökning, medan andelen med dålig arbetshälsa inte förändrades. Denna utveckling kan man inte se hos Jämförcentralerna.

Andelen som upplevde flera negativa konsekvenser av förändringar sjönk för bägge grupperna men betydligt mer för Knivsta VC, men ökade något vid T46.

På Knivsta VC var det jämfört med Jämförcentralerna konstant större andel som upplevde minst två positiva konsekvenser av förändringar, men själva andelen ändrades inte för någon av de två grupperna under projekttiden. Först vid uppföljningen efter projektet, T46, fanns en tydligt ökad andel inom Knivsta VC som upplevde positiva konsekvenser av förändringar senaste året.

**Tabell 2.** Enkätbaserade skattningar av hälsa och arbetsförhållanden vid olika tidpunkter vid Knivsta VC och vid Jämförcentralerna.

Frageställning	Grupp	Andel i % av alla som svarat på enkäten				Andel i % av de som varit med hela projektiden			
		T0 n=24	T18 n=27	T36 n=24	T46 n=22	T0 n=14	T18 n=13	T36 n=14	T46 n=12
Bra arbetshälsa	Knivsta VC	26	33	46 <sup>x</sup>	41	23	15	33	33
	Jämförcentraler*	22	22	21	-	24	22	25	-
Dålig arbetshälsa	Knivsta VC	4	11	5	0	0	0 <sup>x</sup>	8	0
	Jämförcentraler	5	13 <sup>a</sup>	11 <sup>a</sup>	-	1	5	8 <sup>a</sup>	-
Återhämtad	Knivsta VC	67	84 <sup>x</sup>	92 <sup>a, x</sup>	91 <sup>a</sup>	71	92 <sup>x</sup>	93 <sup>x</sup>	92
	Jämförcentraler	64	58	59	-	63	60	60	-
Upplever 3-5 av 5 negativa effekter av förändringar på arbetsplatsen senaste året	Knivsta VC	40	41	9 <sup>a, x</sup>	18	55	39	15 <sup>a</sup>	25
	Jämförcentraler	42	37	26 <sup>a</sup>	-	35	33	24	-
Upplever 2 av 2 positiva effekter av förändringar på arbetsplatsen senaste året	Knivsta VC	71 <sup>x</sup>	74 <sup>x</sup>	78 <sup>x</sup>	96 <sup>a</sup>	58	85 <sup>x</sup>	69	92 <sup>a</sup>
	Jämförcentraler	50	56	50	-	52	56	52	-
Ofta i stort sett nöjd med den vård som du kan erbjuda	Knivsta VC	90 <sup>x</sup>	67 <sup>a</sup>	67 <sup>a</sup>	96	92 <sup>x</sup>	77	77	100
	Jämförcentraler	69	67	80 <sup>a</sup>	-	72	76	83	-
En lugn och behaglig stämning på min arbetsplats	Knivsta VC	10	-	46 <sup>a, x</sup>	14	8	-	57 <sup>a, x</sup>	8
	Jämförcentraler	16	-	27 <sup>a</sup>	-	14	-	22	-

\* Vårdcentralerna i Flogsta, Gimo, Skutskär, Svartbäcken, Tierp

<sup>a</sup> innebär att skillnaden mellan T0 och senare mätningar var statistiskt säkerställd

<sup>x</sup> innebär att skillnaden mellan Knivsta VC och Jämförcentralerna var statistiskt säkerställd.

Andelen som ofta i stort sett var nöjda med den vård man kunde erbjuda sjönk på Knivsta VC under projektiden, för att vid T46 återgå till utgångsnivån. På Jämförcentralerna ökade andelen ofta nöjda.

På frågan om en lugn och bra stämning på arbetsplatsen ökade andelen som instämde i påståendet från 10 till 46 procent, men vid uppföljningen ett år efter Knivsta-projektets avslutande hade andelen i stort sett gått tillbaks till utgångsvärdet. På Jämförcentralerna gick utvecklingen åt samma håll under perioden T0-T36, men i lägre grad.

Utvärderingen gällande de uppsatta projektmålen inom Knivsta-projektet gav skattningar på överlag hög nivå (tabell 3). Personalen anser att målen uppfylls ganska ofta – mycket ofta eller alltid. För de två påståendena om möjlighet att påverka och förändra verksamheten respektive om tid och resurser för att arbeta med förändringar finns det dock en större spridning av svaren, vilket antyder en något lägre måluppfyllelse

**Tabell 3.** Måluppfyllelse i Knivsta-projektet.

Skattning på 5-gradig skala av tio påståenden baserade på de projektmål som uppsattes vid projektstarten där 1 = Mycket sällan eller aldrig, 2 = Ganska sällan, 3 = Ibland, 4 = Ganska ofta och 5 = Mycket ofta eller alltid. Om alla skattningar rangordnas är medianen den mittersta av dessa och 25:e till 75:e percentilen omsluter hälften av de mittersta skattningarna. Därunder ligger de 25% lägsta skattningarna och däröver de 25% högsta skattningarna.

Påstående om uppsatta mål	Median	25:e-75:e percentil
1. På Knivsta VC ger vi en förstklassig vård	4	4-5
2. Vi på Knivsta VC tar gemensamt ansvar för centralens patienter	5	4-5
3. Invånarna får hjälp när de behöver	5	4-4
4. På Knivsta VC har vi gemensamma värderingar som grund för verksamheten	4,5	4-5
5. Jag får "dagens arbete" gjort idag	4	4-4
6. Jag har fullbokade tidböcker månader framåt (Observera att påståendet är vänt, 1 är alltså bästa värdet)	1	1-1
7. Det är möjligt för mig att påverka och förändra verksamheten	4	3,5-5
8. Jag samarbetar aktivt med andra professioner inom vårdcentralen	4	4-5
9. Jag vet hur jag går tillväga om jag vill ändra något i verksamheten	4	4-4,5
10. Det finns tid och resurser för att arbeta med förändringar	4	3-5

### III. INTERVJUERNA

#### Metod

##### *Datainsamling*

Den kvalitativa datainsamlingen gjordes med hjälp av halvstrukturerade intervjuer. Dessa genomfördes på vårdcentralen under maj och juni månad 2003, T42-43. Fokus för intervjuerna var i första hand eventuella förändringar på arbetsplatsen mellan 1999 och 2003 och de strukturerades kring följande teman: Organisation, ledarskap, samarbete/socialt stöd och arbetsinnehåll. Stort utrymme gavs till de intervjuade att uppehålla sig kring de ämnen de själva upplevde viktiga.

##### *Urval*

Kriterium för urvalet inför intervjuerna var att så många yrkeskategorier som möjligt skulle vara representerade. De skulle också helst ha varit med under hela projektiden.

I den kvalitativa studien ingår nio personer, alla med olika yrkestillhörighet. De är 40-65 år och åtta av dem är kvinnor. Alla har fyllt i HAKuL-enkäterna, men alla har inte funnits på arbetsplatsen under hela projektiden.

##### *Bearbetning och analys av data*

Intervjuerna bearbetades med hjälp av en reflexiv systematisk analysmetod (H. Thomsson "Reflexiva intervjuer", Studentlitteratur, Lund 2002). Alla intervjuer spelades in på band och skrevs ut ordagrant. Därefter analyserades varje intervju för sig och olika teman framträdde. Innebörden av det som sagts under varje tema analyserades sedan vidare utifrån samtliga respondenters uttalanden kring detta.

## **Resultat**

### *Organisation*

Vårdcentralen består av fyra organisatoriskt skilda mottagningar: husläkar-, distriktssköterske-, barnmorske- samt sjukgymnastmottagningen, med respektive chef centralt placerad inom primärvårdsadministrationen i Uppsala. Husläkarmottagningen har dessutom en lokal verksamhetschef. Barnmorskor, distriktssköterskor och sjukgymnaster anser att det kan vara en nackdel att ha sin chef så långt borta. Hon har dessutom ansvar över många medarbetare. Chefen deltar inte i den dagliga verksamheten och kan därför inte finnas till hands såsom personalen ibland skulle behöva. Å andra sidan upplever man det som positivt att vara oberoende från husläkarmottagningen och att ens egen yrkeskategoris specifika intressen kan tas tillvara bättre i den s.k. ”stuprörsorganisationen”.

Det ser lite olika ut vad gäller önskan om samarbete mellan de olika mottagningarna. Har man en egen organisation som fungerar bra tycks man mer avvaktande än om man själv har en organisation som brister i tillgång på personal, kompetens eller gott ledarskap.

### *Inflytande/delaktighet*

Ett uttalat syfte med projektet har varit att öka medarbetarnas inflytande och delaktighet, vilket många upplever som en stor positiv förändring. De flesta anser att de idag har ganska goda möjligheter att påverka sin arbetssituation inom de givna ramarna på vårdcentralen. Man har på husläkarmottagningen personalmöte en gång i veckan och inför detta har alla möjligheter att skriva in synpunkter eller diskussionsämnen i en bok, som sedan plockas fram till mötet. Det brukar för det mesta vara något nytt i boken att ventilera, som praktiska förändringar för att få arbetet att löpa smidigare eller personalbefrämjande åtgärder. Man upplever att chefen tar till sig synpunkterna och gör sitt bästa för att hitta lösningar.

Från projekttiden har samtliga fortfarande kvar en timme i veckan avsatt för utvecklingsarbete. Här sitter medarbetarna i mindre grupper eller enskilt för att arbeta med utvecklingen av vårdcentralen.

Mötet eller ”hussoppan” som sedan början av projektet anordnas för hela vårdcentralen en gång i månaden, turas man i personalen om att hålla i eller arrangera. Det upplevs som positivt att på detta sätt dela på ansvaret, oberoende av yrkestillhörighet, eftersom det gör att alla känner sig mer delaktiga.

Det finns också mycket medarbetarna upplever att de inte kan påverka, t.ex. bristen på läkare och annan personal, vilket för vissa leder till en ständig kamp mot tiden. De politiska beslut, som sätter ramarna för arbetet, upplever många har mycket lite förankring i verkligheten. Detta väcker både ilska och känslor av hopplöshet hos medarbetarna.

### *Hinder i arbetet*

De hinder i arbetet som medarbetarna på husläkarmottagningen upplever, har i ganska liten utsträckning påverkats av projektet. Hindren är framför allt brist på personal och tid samt dåliga lokaler. Vad olika medarbetare anser utgöra det främsta hindret i arbetet eller det som försämrar möjligheten att utföra ett bra arbete, varierar dock mycket. Ett hinder som flera uppger är bristen på läkare och läkartider. Särskilt för läkarna själva och för sjuksköterskorna är detta något som påverkar deras arbetsförhållanden på ett påtagligt sätt. Läkarna tvingas

ständigt prioritera och upplever inte att de har förutsättningarna att göra ett så bra jobb de skulle vilja.

*”...om man gör sitt bästa i sin arbetssituation, då ska det räcka. Sen är man klar. Men den situation vi haft, eller som vi har kämpat med många av oss och som har knäckt många, det är ju det att många har gjort sitt bästa och sträckt sig och sen har det ändå inte räckt.”*

Efterfrågan från och inflödet av patienter är mycket större än den hjälp husläkarmottagningen kan erbjuda. Att inte kunna erbjuda patienter läkartider är stressande för personalen, som ofta har en stark önskan om att få hjälpa till. Istället blir de alltför ofta tvungna att avvisa patienter, som i värsta fall reagerar aggressivt.

På andra håll inom vårdcentralen, fungerar arbetet ganska bra så länge man är fulltaliga. Men marginalerna är små och ibland har man p.g.a. sjukskrivningar eller svårigheter att rekrytera personal under längre perioder fått gå en eller ”en halv person” kort. Personalen kan ha en önskan om att få gå ner i arbetstid, men inte ha möjlighet till det p.g.a. personalbrist.

Arbetsbelastningen, som på vårdcentralen främst handlar om mängden patienter på den tid som finns tillgänglig, upplevs som oförändrad eller förvärrad över de senaste åren. Man har arbetat med att nå ut med egenvårdsråd till befolkningen via lokaltidningen och på så sätt kanske fått ner förfrågningarna något. Man har fått en större genomströmning av patienter genom att man ökat tillgängligheten via mejl och telefon samt genom att patienterna snabbare kommer till rätt person på vårdcentralen. Man har effektiviserat handläggandet kring patienterna, så att de ska ta så lite resurser som möjligt. Vissa patienter, bl.a. de som gått i långvariga behandlingar hos sjukgymnasterna, har man fått hänvisa vidare för att lämna plats åt andra.

Man har idag kortare väntetider och kan se luckor i sina tidböcker ibland. Å andra sidan har man en större läkarbrist än någonsin, vilket gör att arbetsbelastningen fortfarande är mycket stor, åtminstone för läkare och sjuksköterskor. Även distriktssköterskor och biomedicinska analytiker upplever sig pressade av tids- och personalbrist. Sjukgymnaster, undersköterskor, läkarsekreterare och barnmorskor tycks bättre hinna med sina arbetsuppgifter.

Brist på en viss typ av kompetens inom en yrkesgrupp kan utgöra ett stort hinder i arbetet. Patienter som söker hjälp för smärtor i rörelseorganen, t.ex., har i vissa fall även andra problem av mer psykisk karaktär. Som sjukgymnast har man en viss kompetens att bemöta dessa patienter, men den upplevs inte räcka. Man har dock ganska nyligen anställt en kurator på vårdcentralen, som kan stötta personalen och ta emot dessa patienter.

Att ha en chef som inte stöttar eget initiativtagande i tillräcklig utsträckning, kan också upplevas som ett hinder i arbetet och vara något som tar mycket energi från medarbetare:

*”...Då känner jag mig liten och ifrågasatt och det kan ta ett tag innan jag får tag i sätt att ta itu med det.”*

Brist på ändamålsenliga lokaler uppger vissa på husläkarmottagningen som något som försvårar arbetet. Så här beskriver en sjuksköterska sin arbetssituation, som den kan se ut ibland:

*”...det finns inte undersökningsrum och det finns inte tillräckligt med lokaler. Vi sitter tre stycken i samma rum ibland och pratar i telefon. Och då kan det vara en som hör dåligt i en telefon och så är det en som sitter och gråter och så kan det vara en mamma som har ett litet barn som skriker. Så du kan ju tänka dig, då hör man ju alla dessa andra samtal och så kanske man har en tredje som är väldigt deprimerad i luren då. Det ställer*

*ganska höga krav att få ett bra samtal med den omgivningen. Plus då att du kanske har ytterligare någon annan inne i rummet samtidigt.”*

### *Ledarskap*

De intervjuade på vårdcentralen har fått beskriva vad de anser vara ett bra ledarskap i den verksamhet de arbetar i. De har också fått beskriva om, och i så fall på vilket sätt, ledarskapet förändrats under projektiden, bland annat i och med det chefsbyte som skedde på husläkarmottagningen i början av projektet.

Hur ser ett bra ledarskap för den här verksamheten ut? En av de intervjuade menar att en tydlig struktur och tydliga mål är viktigt för verksamheten. Då kan man hela tiden stämma av sitt arbete mot målen och se vart man är på väg. Det är viktigt att lägga in tid för utveckling, där medarbetare och chef tillsammans diskuterar hur arbetet, t.ex. handläggning av olika patienter, kan förbättras. Många av de intervjuade tycker att det är viktigt att chefen ser alla medarbetare, uppmuntrar, stöttar, visar omtanke och värnar om dem. Orkar inte personalen, faller allt annat också.

*”Ja, jag tror det här att synliggöra varje medarbetare, att få varje medarbetare att se sin egen betydelse och försöka lägga upp ett arbete så att man får bästa möjliga utlopp för det just jag är bra på, det just jag kan, på de tider som, där det passar mig bäst. Jag tror inte på att driva folk mot deras vilja utan jag tror att man ska försöka vara lyhörd för: ”Vad vill du nu? Vart vill du? Hur vill du utveckla dig? När vill du jobba?” Att försöka komma så nära som möjligt det som folk verkligen själva känner att de vill. Då får man positiva och glada medarbetare och då kan man komma ganska långt.*

Medarbetarna anser att en bra chef tycker om att arbeta med människor, tycker om människor. Hon eller han ska kunna inbjudas till växande, fungera som bollplank för idéer och också hjälpa till att förankra idéer i realistiska mål. Att ha självkännet och kunskap om sina egna svaga och starka sidor nämns också vara viktigt för en chef, liksom en förmåga att kunna ta hjälp av andra när hon/han själv inte räcker till. En bra chef ska också ha en vision och kunna hålla budget, om det nu är möjligt att hålla budget. Det upplevs också vara önskvärt av en chef att ha något slags pondus, så att han/hon kan företräda sin verksamhet på ett bra sätt och föra dess talan gentemot personer högre upp i organisationen. Sist, men inte minst, gäller det för en chef att sätta av tid för ledarskapet.

Ledarskapet på husläkarmottagningen före och i början av projektiden, beskrivs ha präglats av den dåvarande tunga arbetsbelastningen, inte minst chefens egna. Det upplevdes inte finnas tid för ledarskapet och medarbetarna fick i hög utsträckning klara sig på egen hand. Om man framförde förslag eller synpunkter på arbetet, bemöttes man visserligen väl, men *”det blev långbänkar av allting”*.

I projektets början slutade den dåvarande chefen. Husläkarmottagningen var utan chef en tid och sedan tillsattes tjänsten av den person som också var projektledare.

Medarbetarna upplever idag ett ledarskap som är engagerat, tillgängligt, lyssnande, peppande, omtänksamt, ödmjukt och prestigelöst. Medarbetarna känner sig väl omhändertagna och alltid välkomna till chefen om man vill diskutera något. De upplever också att det går bra att framföra sina åsikter även då de ifrågasätter rådande förhållanden. Man brukar kunna kompromissa och hitta fram till lösningar, där de flesta parter blir nöjda. Medarbetarna tycker att de får utrymme att bidra med sin egen kunskap och egna erfarenhet.



Sedan några månader tillbaka finns också en biträdande chef, som avlastar chefen med vissa arbetsuppgifter. Det handlar då t.ex. om planering, att tidböckerna fungerar och olika personalärenden. Detta upplevs som praktiskt och smidigt.

Hur personer utanför husläkarmottagningen, alltså sjukgymnaster, distriktssköterskor och barnmorskor upplever ledarskapet på sina respektive mottagningar, varierar. Ingen av de tre cheferna finns ute på arbetsplatserna, de sitter centralt på administrationen och ansvarar för ett stort antal arbetsställen. Att chefen sitter långt borta och man inte har någon daglig kontakt med henne, upplevs som besvärligt när man ibland stöter på problem i arbetet. Men för det mesta flyter arbetet på och man klarar sig ganska bra. På det stora hela upplever man sig få stöd av chefen när det verkligen behövs.

#### *Samarbete/socialt stöd*

En grundtanke med projektet var att öka samarbetet mellan de olika mottagningarna; husläkarmottagningen, distriktssköterskemottagningen, mödravårdscentralen och sjukgymnastiken. Varje patient skulle bli hela vårdcentralens patient, som skulle slussas till rätt instans så snabbt som möjligt. En förutsättning för detta var att alla medarbetare kände till varandras kompetensområden. Mycket av projektarbetet har alltså handlat om att man suttit i större eller mindre grupper över mottagningsgränserna och diskuterat hur man kan förbättra och effektivisera patientarbetet. Detta har enligt de flesta medarbetare varit mycket positivt. Man har lärt känna varandra bättre och upplever en ökad samhörighet med personal från hela vårdcentralen.

Det framkommer i intervjuerna att det i början från några håll fanns ett visst motstånd mot ökat samarbete över mottagningsgränserna. Man har då kanske uppfattat ett ökat samarbete som en ökad belastning för vissa specifika yrkeskategorier. De flesta är dock idag positivt inställda och kan se att alla har fördelar i att samarbeta. Men man är mån om att få ha kvar sina respektive "stuprörsorganisationer" och en viss självständighet gentemot husläkarmottagningen.

Många av de som arbetar på VC beskriver den största förändringen på deras arbetsplats i termer av förbättrat arbetsklimat, bättre atmosfär, stämning och arbetsglädje. Framför allt är det inne på husläkarmottagningen denna förändring skett, som i sin tur påverkar de andra mottagningarna. Någon säger att de flesta tycker det är ganska roligt att gå till jobbet idag, vilket är en stor förändring jämfört med två-tre år sedan. Det är "*en härlig stämning i fikarummet*" och man "*kan skratta tillsammans*". Man har för mycket att göra, men "*tar det med ganska gott humör och försöker hjälpa varandra*". "*Vi sitter ju i samma båt allihopa.*"

Flera av de intervjuade anser att den goda kontakten med arbetskamraterna är avgörande för deras trivsel på arbetsplatsen. Man kan prata med och få stöd av arbetskamrater vad gäller patienter som är missnöjda eller aggressiva. Man kan gå till medarbetare och be om hjälp och känner sig för det mesta väl mottagen, trots medarbetarnas egen tidsbrist. Att andra kommer och ber om hjälp kan också upplevas positivt och som en bekräftelse på att man är kompetent och har något att bidra med.

Chefen berättar hur viktigt det är för henne att hon har medarbetarnas förtroende och stöd för att hon ska klara av den arbetsbörda hon faktiskt har. Stödet från medarbetarna kan innebära att de medverkar i chefens arbete mot mål och visioner, t.ex. genom att samarbeta väl över mottagningsgränserna och med de andra yrkeskategorierna samt att delta i arbetsplatsens husmöten.

I enkäten som skickats ut finns en fråga som lyder: *Ibland känner jag att jag måste vara lite bättre än andra för att duga inför mig själv.* Det framkommer en signifikant lägre upplevelse av att behöva vara lite bättre än andra för att duga inför sig själv då man jämför svar från 2002 med svar från 1999. Då frågan ställts till de intervjuade vad de själva tror att detta kan bero på, svarar de att det nog handlar om en ”starkare lagkänsla”, ”att man känner sig som en del utav vårdcentralen så att säga, man blir uppmärksammad”. Eller ”en trygghet i gruppen”, ”att man känner att man är accepterad för den man är”, att man ”kan få känna sig lite nöjd med sig själv, utan att hela tiden behöva överprestera”.

*Vilka är de viktigaste förändringarna och vad beror de på?*

Många av dem som arbetar på VC beskriver den största förändringen på deras arbetsplats i termer av förbättrat arbetsklimat, förbättrad atmosfär, stämning och arbetsglädje. Kanske kan man se detta som en effekt av förändringar i ledarskap, socialt stöd och inflytande/delaktighet.

*”Vi har idag en mycket bättre grundstämning än vad vi hade för två år sedan. Det är en milsvid skillnad där. Jag tror det beror väldigt mycket på att vi fick tid att sitta ner alla tillsammans och prata med varandra, lära känna varandras yrkeskunskaper, lära känna varandra, även personligen och våga öppna oss för varandra. Då får man den här tryggheten i gruppen. Och att sedan börja ifrågasätta och våga lyfta fram sina idéer. Det gör ju att när man får prova sina små tokiga idéer, så leder det ganska snart till att man känner att jag kan påverka min egen arbetssituation. Och när jag kan påverka min egen arbetssituation så blir det så mycket roligare. När jag inte längre behöver sitta och vänta på att de inne på administrationen ska begripa hur idiotiskt det är, som vi gör här. Utan att jag faktiskt själv kan flytta på det där papperet och göra det på ett annat sätt. Då växer man i det och sen stämmer man av det med de andra och då märker man att det växer en stolthet på något vis på arbetsplatsen...tillsammans.”*

Medarbetarna tänker att de positiva förändringarna på arbetsplatsen till stor del beror på chefen och på projektarbetet. Chefen själv säger om sin egen roll:

*”Ja, som jag upplever det så ligger den största styrkan hos dem (medarbetarna) egentligen. Att vi är så många och att vi vågar prata med varandra och hjälpa varandra. Det är liksom bara att våga släppa fram den kraften, det är ju det jag gör som chef egentligen. Det är inte jag som har gjort det här, utan jag har bara släppt fram dem...”*

*Vad tänker man om framtiden?*

Vad är det som gör att man stannar på arbetsplatsen, trots de problem man upplever?

*”Jo, men det är ju dels att jag tror att det kommer bli bra här när vi blir fullbemannade. Och sen är det ju att egentligen är det ju världens roligaste jobb vi har. Det är bara det att förutsättningarna, de är ju inte optimala.”*

En viktig förhoppning inför framtiden är att det ska vara bemanning på alla tjänster som finns på vårdcentralen och att alla ska ha ändamålsenliga lokaler. De flesta är i det stora hela nöjda med sin arbetssituation och hoppas på att kunna fortsätta arbeta på vårdcentralen. Någon upplever det viktigt att även i fortsättningen få möjlighet att utvecklas i arbetet genom vidareutbildningar och projekt. Flera medarbetare uttrycker en ambition och en önskan om att fortsätta arbeta med förhållandena på vårdcentralen, så att arbetsglädjen och den goda stämningen håller i sig. Projektarbetet uppfattas vara väl integrerat i det dagliga arbetet och hållbart - något man vill behålla och hålla högt.

En person uttrycker att det ska bli så spännande att se vad som händer. Hon tänker att när de sedan blir fullt bemannade på vårdcentralen, kommer det säkert att dyka upp nya problem,

med nya personer som ska introduceras i verksamheten. Men detta känns mest som en positiv utmaning, särskilt i jämförelse med de enorma problem de hittills kämpat sig igenom.

Någon har en framtida nedtrappning inför pension i sikte framöver. En annan person har funderingar kring att kanske byta yrke i framtiden, vilket dock inte beskrivs ha något med arbetssituationen på vårdcentralen att göra:

*”Nej, om jag nu ska göra något annat, kan det snarare vara så att den bra arbetsglädjen och trivseln på vårdcentralen kan vara ett hinder för att jag gör det.”*

## **SAMMANFATTANDE DISKUSSION**

Arbetsförhållande och hälsa hos personalen vid en vårdcentral följdes under nästan fyra år. Under denna period genomfördes ett 1½-årigt utvecklingsprojekt med syfte att genom personaldrivna, kontinuerliga förändringar utveckla verksamheten till gagn för både personal och vårdsökare. Den här utvärderingen syftar till att undersöka om Knivsta-projektet medfört förbättrade arbetsförhållanden och hälsa för de anställda. Datainsamling har skett genom enkäter, observationer och intervjuer. Enkäterna visar på bättre återhämtning från arbetet, färre negativa och mer positiva konsekvenser av förändringar på arbetsplatsen samt en tendens till förbättrat hälsoläge. Av intervjuerna framkommer förbättrat arbetsklimat/stämning och högre arbetsglädje som de viktigaste resultaten, men också mer delaktighet och inflytande, bättre samarbete, bättre ledarskap. Man anger resursbrist i form av tid, personal (obesatta tjänster) och oändamålsenliga lokaler som hinder för att kunna göra ett ännu bättre arbete. Observationsdata understödjer en tilltagande arbetsglädje, en mer hanterlig arbetssituationen och antyder en ökad professionalisering bland de medverkande.

Inledningsvis kan konstateras att i de analyser som gjorts finns inga tecken på att de som arbetar eller har arbetat på Knivsta VC skulle utgöra en speciell selektion som kan förklara de positiva resultaten. Dessutom har en lika stor andel av personalen vid Knivsta VC som vid Jämförcentralerna varit stabil (varit med under hela projektiden) vilket kan vara ett tecken på att själva Knivsta-projektet inte inneburit större påfrestningar på organisationen och exempelvis medfört större personalomsättning än på Jämförcentralerna.

Enkäter, liksom observationer från Lärande Seminarierna, tyder på att så gott som samtliga av de anställda anser att åtta av de tio projektmål man inledningsvis satte upp också uppnåts. De två mål där man är något mindre samstämmig rör möjligheten att påverka verksamheten liksom om det finns tid och resurser för att arbeta med förändringar. Detta nämns också vid intervjuerna som hinder i arbetet. I det fortsatta arbetet kan dessa områden behöva förtydligas. Var ligger problemet? Var finns möjligheterna? Sammantaget får måloppfyllelsenivån betraktas som bra. En viss försiktighet måste dock iakttas vid tolkningen. Påståendena har endast besvarats vid ett tillfälle, det finns inga jämförelsemätningar vare sig inom gruppen eller på Jämförcentralerna. Påståendena är heller inte reliabilitets- eller validitetstestade, det kan eventuellt finnas en risk att man alltid svarar positivt på några av dem. Huruvida invånarna som är anslutna till Knivsta VC också anser att de ”får hjälp efter behov och när de behöver” har inte legat inom ramen för den här utvärderingen att undersöka. Det bör dock vara en angelägen uppgift för primärvården att säkra att invånarna i alla fall inte får en försämrad omhändertagandenivå.

Känslan av att vara återhämtad när man börjar arbetet har tillmätts allt mer betydelse för individens hälsa. Jämfört med Jämförcentralernas återhämtningsnivå som står still ökar den rapporterade återhämtningen hos personalen på Knivsta VC. Likaså fanns en tendens till ökad andel med bra arbetshälsa. Det senare kan vara ett resultat av att den bättre återhämtningen ger hopp om att orka arbeta kvar inom yrket liksom bättre välbefinnande. Den bättre återhämtningen i sin tur kan vara ett resultat att man intensivt jobbat mot delmålet att få "dagens arbete" gjort samma dag och inte boka upp tidböckerna månader framåt. Genom olika åtgärder har man nu kunnat avsluta arbetsdagen utan att "ta med sig arbetet hem" och (med gott samvete) kunnat ägna sig åt helt andra aktiviteter.

Vid T36 var det nästan hälften, mot initialt en tiondel, som helt instämde med påståendet om att man hade en lugn och behaglig arbetsplats. Vid uppföljningen ett år senare har värdet gått tillbaks till ursprungsnivå. Om man i stället lägger ihop de två bästa svarsalternativen "Stämmer" och "Stämmer ganska bra" är det vid de olika tillfällena 90-100 procent som tycker det (ej redovisat). Initialt gjordes också analyser med ett "stämningsindex" (ej redovisat) som tog upp olika aspekter av det psykosociala klimatet på arbetsplatsen. Detta låg också mycket högt hela tiden (95 procent tyckte det var bra stämning) och förändrades inte heller vid T46. Det kan tänkas att situationen, vad avser arbetsbelastning och tidsbrist, vid T36 var så tydligt annorlunda än den var vid Knivsta-projektets start att många tyckte att det var en jämförelsevis lugn och behaglig stämning. Vid T46 har man fått lite mer distans och bedömer stämningen som relativt lugn och behaglig, vilket kanske är ett mer realistiskt och till och med eftersträvänsvärt förhållande jämfört med en absolut lugn och behaglig stämning.

Andelen som i sort sett är nöjda med den vård man kan erbjuda är betydligt lägre mitt under projekttiden än både före efter dessa mätningar. Resultatet skall nog mer tolkas som personalens frustration över de starkt begränsade möjligheterna att kunna erbjuda patienterna besökstid hos läkare än att man upplever att den vård man erbjuder är av låg kvalitet. Från att ha varit fullbemannade vid T0 rådde det en uttalad läkarbrist under hela projekttiden. Vid T36 var fortfarande 3 av fem tjänster obesatta, vid uppföljningen T46, har dessa besatts.

Genom Knivsta-projektet har gruppen fått en gedigen erfarenhet att jobba med ständiga förändringar av verksamheten. Vilket troligen bidragit till att effekterna/upplevelsen av förändringarna i första hand blivit mindre negativa men att också för individen direkt positiva upplevelser markant ökat vid uppföljningen, ett år efter att projektet avslutats. Man kan anta att ständigt förbättringsarbete ger vana och minskad rädsla för nyordning, men också att en betydande del av den positiva effekten kan förklaras av att respektive temagrupp själv haft kontroll över skeendet. Ett "misslyckat" förändringsförsök var ingen katastrof vare sig för de inblandade individerna eller organisationen.

Projektet har bidragit till att synliggöra varje medarbetare och lyfta fram varje medarbetares bidrag till det gemensamma arbetet på vårdcentralen. Chefen beskrivs som visionär och den verkliga eldsjäl i projektet. I detta ligger en styrka men här finns också en potentiell fara. Vad händer om chefen lämnar arbetsstället? Personalen uttrycker en föresats att fortsätta arbeta med det ständiga förändringsarbete man inlett, men kommer man att vara tillräckligt starka att göra det om en ny verksamhetschefen är av annan åsikt? Och vad innebär generellt nya medarbetare för dynamiken inom gruppen? Ny energi eller detronisering av projektet och kanske nuvarande ledare?

Genom projektet tycks de väggar som, p.g.a. olika organisatorisk tillhörighet, finns mellan husläkar-, sjukgymnast-, barnmorske- och distriktssköterskemottagningarna ha forcerats och man har skapat en gemensam plattform för sitt professionella uppdrag. Detta har åstadkommit, inte genom att sudda ut de olika yrkenas särdrag, utan genom att tydliggöra dem. Det kan vara så att just den organisatoriska uppdelningen, som delvis brutit upp den traditionella sjukvårdshierarkin, bidragit till att stärka den professionella identiteten både inom respektive yrkesgrupp och utåt i samverkan med de andra professionerna vilket resulterat i ökad kvalitet i den professionella interaktionen.

## KONKLUSION

På underlag av vad som framkommit i denna utvärdering av Knivsta-projektet konstaterar vi följande.

- Projektet har haft stor positiv betydelse för de anställda, verksamheten internt och tycks stödja en hållbar hälsa.
- Som starka framgångsfaktorer i projektet, och för framtiden, framstår personalens tidiga enande om målet med verksamheten och projektet, att patienterna är allas ansvar samt upplevelse av att ha blivit en (1) grupp, trots att man fortfarande är organisatoriskt uppdelade.
- Som enskilda faktorer vilka starkast bidragit till projektets positiva resultat framstår själva metoden med ständiga, små egeninitierade förändringsprojekt med full kontroll, att man trots ett ansträngt läge fredat tid för att arbeta med projektet samt ett ledarskap med visioner och uthållig entusiasm.
- Projektet har gett ett positivt resultat och arbetssättet är nu implementerat i det normala arbetet. Hur robust detta är för att också fortsättningsvis utveckla verksamheten, kanske under nya premisser, återstår att se. Utan chefens och medarbetarnas engagemang faller metoden. "Påfrestningar" kan uppstå vid nyrekrytering om inte nya medarbetare är införstådda med arbetssättet

### *Postsriptum*

En ytterligare uppföljning, två år efter det avslutade projektet, genomförs hösten 2004 för att se om det positiva resultatet håller i sig över längre tid.

Rapportens kontaktperson: Per Lindberg, Karolinska Institutet,  
Tfn: 08-692 22 74, E-post: per.lindberg@cns.i.se

**[www.personskadeprevention.nu](http://www.personskadeprevention.nu)**