

**Förutsättningar för att utföra det  
dagliga arbetet på en operations-  
avdelning - underlättar måldokument  
och intranät?**

Catrine Björn  
Dag Rissén  
Malin Josephson



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**



**UPPSALA  
UNIVERSITET**



**Centrum för  
Forskning och Utveckling**  
Uppsala universitet/Landstinget Gävleborg

## Sammanfattning

Inom vården läggs stor vikt vid att formulera måldokument och att ha tydliga och lättåtkomliga intranät för policydokument och personaladministration. Syftet med denna studie var att undersöka om och i så fall hur måldokument och intranät används i det dagliga arbetet. Ett ytterligare syfte var att studera förutsättningarna för att utföra arbetsuppgifter och nå uppsatta mål i det dagliga arbetet.

Rapporten omfattar verksamheten vid centraloperation, Gävle sjukhus. Datainsamlingen bestod av enskilda intervjuer med länsverksamhetschefen och vårdenhetscheferna och gruppintervjuer med sjuksköterskor och undersköterskor. Den intervjuemetod som användes var ARIA-Arbetsinnehållsanalys kompletterad med frågor gällande dokument och intranät. Uppgifter ur dokument och registerdata inhämtades från landstinget Gävleborgs ”Intranätet Plexus”. Datainsamlingen gjordes under år 2008.

Cheferna talade generellt om konkreta kortsiktiga mål med fokus på den egna verksamheten på operationsavdelningen. I intervjuerna gavs inga konkreta exempel på delmål eller på hur de skriftliga måldokumenterna användes i den dagliga verksamheten. Personalen förmedlade ingen gemensam bild av verksamhetens mål däremot hade varje personalgrupp tydliga dagliga mål som att hinna klart sina arbetsuppgifter och dagens operationsprogram med en god patientsäkerhet.

Det dagliga operationsprogrammet styrde arbetet. Lokalerna på operationsavdelningen, brist på anestesijuksköterskor, datorernas placering på operationssalarna, dubbla dokumentationssystem, oplanerade byten av operationer och av arbetsuppgifter innebar extra belastning för personalen och en oro för att inte kunna utföra arbetsuppgifterna på ett patientsäkert sätt.

Den information som fanns på intranätet och i dokument användes inte i någon större utsträckning i det dagliga arbetet på operationsavdelningen. Den information om personalbemanning som behövdes för att arbetet skulle fungera fanns hos den enskilda chefen, men inte nerskrivet i åtkomliga dokument. En konsekvens av detta kan bli att enskilda personer och deras kunskap blir väldigt viktiga i organisationen, om inte personerna finns tillgängliga finns inte heller informationen tillgänglig.

# FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT UTFÖRA DET DAGLIGA ARBETET PÅ EN OPERATIONSAVDELNING – UNDERLÄTTAR MÅLDOKUMENT OCH INTRANÄT?

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUKTION</b>	<b>3</b>
<b>METOD</b>	<b>4</b>
Urval/undersökningsgrupp	4
Tillvägagångssätt	4
<b>RESULTAT</b>	<b>5</b>
Mål	5
Arbetsuppgifter och inflytande över arbetet	6
Hinder för att utföra arbetet	8
Förändring	9
Intranät och andra dataprogram	10
<b>DISKUSSION</b>	<b>11</b>
Mål	11
Arbetsåtagande	11
Intranätet	12
Metoddiskussion	12
Sammanfattningsvis	13
<b>REFERENSER</b>	<b>14</b>

## Introduktion

Att kunna erbjuda en god vård är av stor betydelse för att vårdpersonal ska trivas på sitt arbete (Hong et al 2005). Att inte ha möjlighet att utföra ett kvalitetsmässigt gott arbete är en bidragande orsak till att vårdpersonal byter arbetsplats eller lämnar vårdyrket. Goda arbetsförhållanden som ger förutsättningar för att trivas på arbetet innebär ökade chanser till att erfaren vårdpersonal ska stanna kvar, att nyutbildade söker sig till arbetsplatsen och möjligheter till en hållbar hälsa hos de anställda (Josephson et al 2008, Fochsen et al 2006, Hasselhorn et al 2006, Camerino et al 2006).

I de nationella målen för sjukvården poängteras vikten av en hög vårdkvalité och att målen som styr verksamheten inte enbart ska bygga på kvantitet (Socialstyrelsen, 2006). Verksamheten inom vård och omsorg kan värderas utifrån hur väl målen uppfylls i förhållande till de resurser som används och hur väl vården klarar att möta de behov som finns (Sveriges Kommuner och Landsting, 2006).

I hälso- och sjukvårdslagen står att "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" (Hälso- och sjukvårdslagen, paragraf 2). En övergripande målsättning som både kan tyckas orealistisk och svår att mäta. I vilken utsträckning målsättningen styr vården och att det som utförs görs för att förverkliga målet kan diskuteras.

Vissa organisationsforskare hävdar att officiella mål inom vården inte har så stor betydelse för verksamheten. En orsak till det kan vara att de officiella målen är otydliga och även orealistiska. Vården är också en mycket stor organisation, och för anställda i stora organisationer är oftast den egna avdelningens mål mer betydelsefulla. Inom vård och omsorg kan det vara svårt att formulera konkreta mål även för den egna verksamheten. En ytterligare svårighet kan vara att mål som är lätta att mäta, till exempel antal operationer, ofta har klara brister. Det kan leda till att det till exempel bara genomförs enkla operationer för att öka antalet (Alvesson och Sveningsson, 2007).

Vad den anställda gör på arbetet styrs delvis av uttalade mål i organisationen. Men de anställdas handlingar, vad de gör på jobbet, beror också på hur den anställda tolkat målen och vilka värderingar, erfarenheter, ambitioner och förväntningar på arbetet som den enskilda individen har. Ett sätt att förstå arbetsförhållanden är att försöka beskriva de uppgifter som arbetsgivaren förväntar sig att verksamheten ska utföra och hur sedan det uppfattas och görs av de anställda (Aronsson och Berglind, 1990, Waldenström, 2007).

Omständigheter som försvårar arbetet kan vara otydlighet i mål och arbetsuppgifter, brist på tillgång till adekvata resurser eller ett bristfälligt samspel mellan olika verksamheter och yrkesgrupper. Det kan innebära att det blir en tydlig kvalitetsförsämring av det arbete som görs, en kraftig fördröjning i tid utöver vad som är acceptabelt, en stor omfattning av övertid och inarbetade raster eller att arbetet utförs på ett hälsofarligt sätt, till exempel utan lyfthjälpmedel. (Waldenström et al 2002, Waldenström, 2006).

Inom vården läggs stor vikt vid att formulera måldokument och att ha tydliga och lättåtkomliga intranät för policydokument och personaladministration. Det är oviss hur användbara måldokument och intranäten är i det dagliga och även i den långsiktiga planeringen av arbetet på en vårdavdelning eller på en operationsavdelning. Om befintliga

dokument och intranät används eller inte i det dagliga arbetet kan bero på om informationen är användarvänlig, om informationen är svår eller lätt att finna eller om den behövs för att arbetet ska fungera.

Syftet med denna studie var att undersöka om och i så fall hur måldokument och intranät används i det dagliga arbetet. Ett ytterligare syfte var att studera förutsättningarna för att utföra arbetsuppgifter och nå uppsatta mål i det dagliga arbetet på en operationsavdelning.

I intervjuer har vi försökt att ta reda på om chefer och personal känner till och använder sig av måldokument och datorbaserade intranät, om det finns en medvetenhet och samstämmighet om mål och om hur förutsättningarna var för att utföra arbetsuppgifterna. När vi sökte information om dokument och information från intranät frågade vi oss vad som var möjligt att få fram, vad får man veta, vad får man inte veta, vem som tar del av informationen och hur den används.

## **Metod**

### **Urval/undersökningsgrupp**

Rapporten omfattar verksamheten vid centraloperation, Gävle sjukhus och inkluderar länsverksamhetschef och vårdenhetschefer vid ovan nämnda avdelning. Delar av personalgrupperna: anestesijuksköterskor, anesthesiundersköterskor operationssjuksköterskor, och operationsundersköterskor som arbetar inom kirurgisk-, gynekologisk- och ortopedisk operationsverksamhet har deltagit i studien.

### **Tillvägagångssätt**

För att få genomföra studien inhämtades tillstånd av länsverksamhetschefen. Studiens syfte och genomförande förankrades hos vårdenhetschefer och de lokala fackföreningarna. Muntlig information och informationsbrev om studien och dess syfte har delgivits samtliga anställda vid centraloperationsavdelningen, Gävle sjukhus. Informationsinsamlingen från dokument och intranät pågick under perioden januari och februari 2008. Enskilda intervjuer med länsverksamhetschefen och vårdenhetscheferna genomfördes under mars och april, 2008. I samarbete med vårdenhetscheferna valdes lämplig tidpunkt för intervjuerna och personal som kunde tas ur verksamheten vid dessa tillfällen tillfrågades om att delta i intervjuerna som pågick under perioden maj-oktober 2008. De enskilda intervjuerna tog cirka en timme att genomföra och gruppintervjuerna tog 1-2 timmar (inklusive paus). Antalet personer i gruppintervjuerna varierade mellan 3-10 personer. Vid intervjutillfället fanns två intervjuare med. En som huvudsakligen höll i frågandet enligt manualen och en som antecknade och kompletterade med frågor. Intervjuerna spelades in på band.

Den intervjumetod som användes var ARIA-Arbetsinnehållsanalys kompletterad med frågor gällande dokument och register. ARIA-metoden är en systematisk genomgång av arbetsåtagandet, inflytande över arbetets planering och hinder för att utföra arbetsuppgifterna inom givna tidsramar och med hög kvalitet. (Waldenström, 2007). Uppgifter ur dokument och registerdata har hämtats från landstinget Gävleborgs "Intranätet Plexus". Vissa uppgifter gällande dokument och registerdata har chefer och HR (human resource/personaladministratör) bistått med. Det logistiska datasystemet "Provisio" är ett

dataprogram anpassat för operationsverksamhet som innefattar uppgifter om operationslogistik, till exempel tidsåtgång, antal operationer med mera.

## Resultat

### Mål

”Överenskommelse 2008, Division Operation” och ”Överenskommelse 2008, Anestesi” fanns tillgängligt på landstinget Gävleborgs intranät ”Plexus”. ”Handlingsplan Operation” tillhandahölls av en av vårdenhetscheferna.

Det fanns elva målområden beskrivna i dokumentet ”Handlingsplan Operation”.

Ekonomi i balans

Jämlik hälso –och sjukvård

Patientfokuserad hälso –och sjukvård

Hälso- och sjukvård i rimlig tid – tillgänglighet

Säker hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Effektiv hälso- och sjukvård

Rätt kompetens och personalförsörjning

Önskvärd lönebildning

Gott ledarskap

God hälsa, god arbetsmiljö och aktivt medarbetarskap

Utvärdering och måluppfyllelse redovisades i ”Årsredovisning” (verksamhetsberättelse) där samtliga verksamhetschefer beskrev verksamhetshändelser och måluppfyllelse utifrån de styrande måldokumenterna beskrivna ovan. Det ekonomiska målet innebar att budgeten skulle hållas, produktionsmål var till exempel att minska operationsköerna, och i och med det, minska patienters utnyttjande av vårdgarantin i andra landsting. Detta utvärderades i och med att verksamhetsplanen diskuterades en gång per månad.

### *Intervjuer med chefer*

En av vårdenhetscheferna på operationsavdelningen arbetade med att försöka konkretisera målen, initierade att de andra vårdenhetscheferna skulle arbeta för att konkretisera målen och i vissa fall utsågs ansvariga personer för delmål.

I intervjuerna med de övriga vårdenhetscheferna talades generellt om konkreta kortsiktiga mål med fokus på den egna verksamheten på operationsavdelningen. I intervjuerna gavs inga konkreta exempel på delmål eller på hur de skriftliga måldokumenterna användes i den dagliga verksamheten.

En beskrivning av målet för operationsavdelningen var att verksamheten skulle vara en serviceavdelning gentemot de opererande klinikerna. Operationsavdelningen skulle tillhandahålla operationssalar, personal och material för att kunna genomföra operationer för de opererande klinikerna. För att nå målet skulle vårdenhetschefen ombesörja att det var rätt bemanning, vid behov rekrytera personal och ha personal med rätt kompetens.

Ett mål som nämndes i intervjuerna var att uppnå en samsyn inom operationsverksamheten i landstinget Gävleborg, men det var oklart i vilket dokument detta hade formulerats. Cheferna var osäkra på om det fanns en samsyn mellan cheferna på de olika klinikerna och verksamheterna om långsiktiga mål, om strategierna för att nå målen och om vart

organisationen siktade emot. Det fanns en klar uppfattning att strävan efter en samsyn också innebar långa beslutsvägar.

Att hålla budgetmålet var vid intervjuernas genomförande svårt på grund av avsaknad av aktuell budget, detta var en konsekvens av omorganisationen.

Ett hinder i arbetet för att uppnå mål var att tydlighet i mål och uppgifter varierade, målfokus kunde förändras snabbt och långsiktiga mål kunde bli kortsiktiga. Ett arbete som skulle beredas och diskuteras om ett halvår kunde plötsligt få en deadline ett par veckor framåt. För flera av cheferna skedde snabba förändringar av arbetsuppgifter. Detta ledde till att planeringen måste omprioriteras och beräknad tidsåtgång för arbetsuppgifter krympte. Detta i sin tur kunde leda till en kvalitetssänkning i och med att tiden inte räckte till för att göra ett så grundligt arbete som skulle behövas kring varje uppgift.

### *Intervjuer med personal*

Ingen gemensam bild förmedlades av verksamhetens mål, för flera var det oklart. Några grupper tyckte att "ledningens" mål var att öka produktiviteten och korta operationsköerna.

Varje personalgrupp hade tydliga dagliga mål som att hinna klart sina arbetsuppgifter och dagens operationsprogram med en god patientsäkerhet. Olika metoder för att förbättra teamkänslan på operationssalen och tydliggöra respektive yrkeskategoris ansvarsområden hade diskuterats på utvecklingsdagar. Det var oklart om förbättrad teamkänsla och tydligare ansvarsfördelning hade varit uttalade mål eller delmål från ledningen, det var även oklart om personalen uppfattat det som mål. Det fanns ingen klar bild av vilka mål som formulerats på utvecklingsdagar och i så fall hur målen följts upp.

## **Arbetsuppgifter och inflytande över arbetet**

### *Intervjuer med chefer*

Cheferna skulle stå för besluten som fattades i organisationen, lyfta ut beslut på golvet och förklara/omsätta besluten praktiskt. Cheferna skulle förbereda, delta i och efterarbeta möten samt sköta informationshantering via e-post och telefon. Administrativ verksamhet, relaterat till personal – och verksamhetsansvar, utgjorde en stor del av arbetet. Många arbetsuppgifter låg fast i tid, till exempel möten och utbildningar. När intervjuerna genomfördes fanns det ingen arbetsbeskrivning för vårdenhetscheferna, nya arbetsuppgifter tillkom varje vecka, vilket innebar att arbetsuppgifterna omprioriterades. Möten ombokades relativt ofta med stor tidspress som följd. Cheferna hade också mycket övertidsarbete. Möjligheten att vid behov arbeta på distans hemifrån utnyttjades sällan.

Vårdenhetscheferna med personalansvar för operations- och anestesipersonal delade arbetsrum och hade i princip alltid "öppen dörr". Det innebar många oplanerade möten med personal varje dag. Att ta hand om akuta personalärenden samt andra typer av akuta ärenden upptog en stor del av tiden för vårdenhetscheferna. Tid att arbeta ostört på arbetsplatsen under dagtid var obefintlig.

### *Intervjuer med personal*

Personalen lade själva sina scheman, flextid kunde ibland utnyttjas men arbetet var mycket tidsbundet.

Det dagliga operationsprogrammet styrde arbetet. Operationsprogrammet var planerat av mottagningssköterskor utifrån klinikernas väntelistor men även opererande läkare planerade in patienter i det dagliga operationsprogrammet. Opererande läkare hade stort inflytande över vilka operationer som skulle genomföras och när. Operationssjuksköterskorna hade till viss del inflytande över hur operationsprogrammet och turordningen såg ut, till exempel kunde turordningen behöva ändras i förhållande till instrumenttillgången. En del av operations- och anestesijuksköterskorna hade koordinatortjänstgöring vissa veckor, vilket innebar att de innehade den beslutande funktionen gällande operationsflödet samt personalbemanningen under dagen.

Planeringsmöten där operationsprogrammet diskuterades gjordes på eftermiddagarna inför nästa dag samt i slutet av veckan då hela kommande veckas operationsprogram diskuterades. En konflikt fanns i att kunna arbeta patientsäkert med hög kvalitet på vården och samtidigt en önskan att hinna operera så mycket som möjligt. Det hände relativt ofta att patienter inte hann opereras enligt planeringen och det blev förändringar och förskjutningar i operationsprogrammet. Det kunde innebära att personal fick arbeta övertid och att personal fick tas från den akuta verksamheten till den elektiva verksamheten. När personalen måste byta de operationer de förberett sig inför till andra operationer betydde det ett merarbete. Det som förberetts men inte hunnit påbörjas måste avvecklas och de fick på nytt förbereda sig inför en ny operation.

Ett förslag var att fler yrkesgrupper skulle kunna delta i planeringen av operationsprogrammet och utifrån sin kunskap om olika ingrepp och operatörers arbetssätt kunna planera operationsprogrammet bättre. Operationsprogrammet skulle då motsvara de faktiska förhållandena på ett bättre sätt, detta skulle förhoppningsvis leda till en mindre risk för att patienter skulle strykas från operationsprogrammet på grund av tidsbrist.

Det gjordes en planering och placering från dag till dag på vilka salar personalen skulle arbeta. Det förekom ibland en snedfördelning i arbetsbelastning med till exempel hög arbetsbelastning många dagar i följd för en person. Att byta arbetsuppgifter med varandra kunde till viss del göras. Under jourtid arbetade färre personer med färre operationer, kommunikationen personalgrupper emellan blev tydligare och arbetsfördelningen var enklare att diskutera kring.

Dagtid vardagar gjordes ofta förändringar i operationsteamet på salarna, vilket kunde leda till oklarheter och missförstånd i arbetsfördelningen. Arbetssättet var till viss del personbundet, vilka arbetsuppgifter som sågs som en del av arbetsåtagandet varierade mellan olika personer. Ett exempel på detta var att vissa operationssjuksköterskor alltid var med anestesijuksköterskan och överrapporterade patienten till uppvakningsavdelningen, vissa gjorde det om anestesijuksköterskan önskade och andra gjorde det ogärna. Det var klart och tydligt vad man själv skulle göra, men insikten om vad andra yrkesgrupper skulle göra eller inte var inte alltid lika tydligt.

Sjuksköterskorna och undersköterskorna beskrev att de hade många olika arbetsuppgifter och att det var svårt att hinna med allt utan tidspress eller utan att göra avkall på kvalitén i arbetet. För sjuksköterskorna var tiden att förbereda sig inför en operation ibland obefintlig, att snabbt ögna igenom patientjournalen var vanligt istället för att i lugn och ro få förbereda sig. I intervjuerna nämnde flera att städning på salarna och att fylla på material på operationssalarna var arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper.



Personalen var i stort sett aldrig ensamma i sitt arbete. Arbetet utfördes tillsammans med kollegor, andra yrkesgrupper och många möten var snabba och ytliga. Arbete på jourtid innebar färre sociala interaktioner och uppfattades som lugnare och mindre stressigt.

Den administration som de anställda skulle göra planerades in när det passade övrigt arbete, patientarbete gick före administrativt arbete.

## **Hinder för att utföra arbetet**

### *Intervjuer med chefer och personal*

Lokalerna på operationsavdelningen, brist på anestesijuksköterskor, datorernas placering på operationssalarna, dubbla dokumentationssystem, oplanerade byten av operationer och arbetsuppgifter innebar extra belastning för personalen och en oro för att inte kunna utföra arbetsuppgifterna på ett patientsäkert sätt.

Lokalerna på operationsavdelningen var små och trånga, detta gjorde arbetet besvärligt. De trånga utrymmena ledde till att personalen arbetade oergonomiskt med bland annat tunga och höga lyft. Det var långa avstånd mellan förråd och arbetsplatsen vid patienten, arbetsmoment tog därför längre tid, vilket var stressande och kvaliteten på utfört arbete blev ibland sämre, till exempel stördes ventilationen och i och med det luftens kvalitet när apparater flyttades mellan operationssalar under pågående operationer. De alltför små förråden ledde till att material och medicinteknisk apparatur förvarades i bland annat korridorerna med sämre framkomlighet som följd. Att material förvarades på olika ställen över hela operationsavdelningen, kunde även innebära en säkerhetsrisk, till exempel tog det längre tid att hitta den utrustning som behövdes samt att kvalitetsaspekten ur aseptisk synvinkel försämrades då till exempel sterillager fanns där det inte borde vara. Storleken på operationssalarna ledde till att operationer där skrymmande medicinteknisk utrustning användes styrdes till de något större operationssalarna, detta gav en dålig flexibilitet i utnyttjandet av operationssalar.

Under en längre period hade det varit brist på anestesijuksköterskor på operationsavdelningen, detta hade lett till att operationsproduktionen blev lägre och det blev en obalans mellan yrkeskategorierna i operationsteamet. Den personal som arbetade fick arbeta mer intensivt samt att stöd av vårdenhetschefen behövdes i större utsträckning. Produktionen kunde inte upprätthållas med för få anställda och kortsiktiga lösningar hade används med bland annat inhyrd personal. Vid kortare frånvaro togs inte vikarier in utan färre personer fick göra jobbet. Tidspress och ibland övertidsarbete blev en följd av detta.

Avdelningens flexibilitet i logistiken gjorde att anestesijuksköterskorna ofta fick byta operationer och arbetsuppgifter, ibland flera gånger per dag. Det innebar en större arbetsinsats och att det blev en ökad arbetsbelastning på anestesijuksköterskorna för att upprätthålla patientsäkerheten. En risk ur patientsäkerhetsaspekt var datorernas placering på operationssalarna, många gånger fick anestesijuksköterskorna vända sig bort från patienten för att dokumentera i patientjournalen och i logistikprogram. Ett merarbete med patientdokumentationen skedde på grund av dubbla dokumentationssystem för anestesijuksköterskorna, ett var skriftligt och ett var datoriserat. I och med att dokumentationen tog mycket tid i anspråk sjönk uppmärksamheten gentemot patienten. Vad som skrevs i den datoriserade anestesijuksköterskejournalen skiljde sig åt beroende på vilken anestesijuksköterska som dokumenterat, detta var en otydlighet i arbetsuppgiften.

Att bli avbruten i vissa arbetsuppgifter kunde vara ett hinder för att kunna jobba effektivt. Som exempel nämndes att om operationssjuksköterskorna blev avbrutna vid instrumentnedräkning för att istället hjälpa till att förflytta patienten innebar det en ökad risk för felbedömning i arbetsmomentet plus att momentet tog längre tid.

I flera intervjuer framkom att det fanns brister i kommunikationen mellan yrkesgrupperna, men konkret vad bristerna bestod i och hur det påverkade arbetet var svårare att formulera. En del menade att deras jobb var osynligt och att andra inte förstod vad de gjorde, andra menade att det fanns en osäkerhet i arbetsfördelningen.

## **Förändring**

I landstinget Gävleborg trädde en helt ny organisation i kraft från och med årsskiftet 2007-2008. En strävan i den nya organisationen är att arbetet ska organiseras lika i länet.

### *Intervjuer med chefer*

Förändringen innebar att mycket av arbetstiden hade gått åt till att anpassa arbetssättet till den nya organisationen. Den nya organisationen hade fört med sig att antalet resor hade ökat, hur mycket varierade mellan olika chefer. Resorna skedde framförallt med bil. Att ha möten via tele/bild, internet och via övrig teknik var inte vanligt förekommande.

Arbetet i den nya organisationen var mer styrt och ramarna var fasta. En organisation med kortare beslutsvägar och möjligheter att fatta beslut utifrån de olika klinikernas behov skulle ge ett ökat handlingsutrymme, något som efterfrågades av cheferna. Avståndet och svårigheter att få tillgång till länsverksamhetschefen hade inneburit att vårdenhetscheferna fattade beslut som i efterhand godkändes av länsverksamhetschefen.

Personalresurser till stöd för länsverksamhetschefen fanns via HR, vårdutvecklare, OSE grupp (operationssamordningsenheten) och sekreterare. Det fysiska avståndet var stort till- och mellan dessa funktioner/resurspersoner. I och med att den till centraloperationsavdelningen och hela anestesikliniken tidigare knutna HR även fått andra arbetsuppgifter hade servicen minskat till centraloperationsavdelningen och anestesikliniken. Det hade lett till att cheferna fick sämre stöd i personalfrågor, ärenden gick långsammare och ibland hade det fått utföras av personer utan rätt kompetens.

### *Intervjuer med personal*

För personalen hade organisationsförändringen inte inneburit någon påtaglig förändring i arbetet. Om personalen fått fler eller färre chefer var svårt för intervjuarna att bilda sig en uppfattning om, likaså om avståndet till beslutsfattarna hade ökat. För personalen verkade det något oklart vilka chefer som fanns ovanför de synliga cheferna samt på vilken nivå olika beslut fattades. I intervjuerna framkom inga konkreta hinder som orsakades av otydligheter i organisationen men ändå osäkerhet om vem som bestämde vad.

Omorganisationen hade medfört ett nytt faktureringsystem och leverantörsbyte av förrådsvaror. Det hade inneburit merarbete på grund av osmidiga rutiner och okunskap om operationsavdelningens verksamhet hos den nya leverantören.

## **Intranät och andra dataprogram**

Landstinget Gävleborgs intranät "Plexus" är öppet för alla anställda. På intranätet finns information om till exempel verksamhetsmål, arbetsmiljöpolicy och rehabiliteringspolicy. Dokumenten på intranätet är av allmän karaktär och kan anses vara en första guidning inom ämnesområdet.

Intranätet användes inte i någon stor utsträckning i det dagliga arbetet, varken av chefer eller av personal. Få hade tagit sig den tid som behövdes för att lära sig datasystemet. En möjlig orsak var att de kunde vara svårt att komma åt en ledig dator när det fanns tid för att lära sig systemet.

Dokumenterna i intranätet hade ofta olika namn beroende var de fanns i systemet, när de var upprättade och vilken enhet som upprättat dokumentet. Det gjorde att det var svårt att hitta dokumenterna som söktes. En del information som vi sökte få fram lyckades vi inte finna, därmed inte sagt att informationen inte fanns.

Uppgifter om operationer registrerades i dataprogrammet "Provisio". Intervjuerna visade att få personer i personalen tog fram uppgifter ur dataprogrammet. En systemförvaltare sammanställde på uppdrag av "Medicinska rådet operation" vilka uppgifter som skulle sammanställas och användas. Återrapporteringen av de kvantitativa måtten till vårdenhetscheferna på operationsavdelningen skedde i samband med att "Medicinska rådet operation" hade månadmöten. Länsverksamhetschefen rapporterade utvalda kvantitativa mått, till exempel antal utförda elektiva och akuta operationer inom olika specialiteter inom en viss tidsperiod, till all personal på operationsavdelningen några gånger per år i samband med allmänna möten.

Sammanställningar av uppgifter om operationsverksamheten, närvaro och frånvaro hos personalen och andra personaladministrativa data gjordes till stor del av personer utanför den dagliga verksamheten på operationsavdelningen. Cheferna saknade inte och efterfrågade inte någon speciell information utifrån de data som registrerades. För att veta vilka uppgifter som kunde tas fram behövdes kunskaper om datasystemen och dess möjligheter.

### *Information om personal och frånvaro*

Information om antalet anställda tillhandahölls genom förfrågningar till HR samt utdrag från ett dataregister som HR tillhandahöll. Antalet var flytande och verksamheten anpassades bland annat till antalet personal som fanns i tjänst. Det fanns ingen exakt siffra på hur många personer som skall finnas anställda på centraloperationsavdelningen. Bemanningsstrategier var knutna till vissa personer (HR och vårdenhetschefer) och fanns inte lättillgängligt dokumenterade. Bemanningspolicyn för centraloperationsavdelningen var gemensamt framdiskuterad mellan HR vid centraloperationsavdelningen/anestesikliniken och vårdenhetschefer på centraloperationsavdelningen.

Något enkelt sätt att få fram dokumentation om personalomsättning och frånvaro, till exempel barnledighet, ledighet för studier, ledighet för att prova annat arbete verkade inte finnas. Kunskapen fanns hos enskilda vårdenhetschefer för deras respektive verksamhet men var inte tillgänglig i några dokument eller register.

# Diskussion

## Mål

Trots att målformuleringarna i organisationen brutits ner i flera led var de många gånger generella. Det ledde till att målen blev diffusa att arbeta efter och svåra att utvärdera. Aktiviteter tenderade att bli mål, till exempel att "hålla budgeten". Det var svårt att identifiera ett samband mellan generella, långsiktiga mål och de mer konkreta dagliga målen. Någon tydlig kommunikation mellan dessa målsättningar såg inte ut att finnas.

För cheferna kunde målfokus i arbetet snabbt förändras. Arbetsuppgifter som skulle kräva längre förberedelsetid fick kortare bearbetningstid med eventuell sänkt kvalitet som följd av detta. Det fanns behov av diskussion och samsyn om långsiktiga mål, vilket skulle kunna leda till kännedom om olika strategier för att nå målen i olika delar av verksamheten, att veta vart organisationen skulle sikta mot.

Övergripande och långsiktiga mål för verksamheten diskuterades sällan bland personalen och få hade kännedom om de övergripande fastställda målen för år 2008. De övergripande målen och organisationsförändringar som genomförts verkade inte ha påverkat det dagliga arbetet. Intresset bland personalen för att själva formulera mål hade inte varit så stort. Orsaken kan ha varit att man inte sett resultat eller några konkreta uppföljningar av de mål som tidigare hade formulerats av personalen.

I det dagliga arbetet på operationsavdelningen var målet att bli färdig med dagens operationsprogram. Det var ett konkret mål som var lätt att utvärdera. De dagar detta inte uppnåddes uppfattades det av personalen som en kvalitetsbrist att patienter ströks från operationsprogrammet. Personalen beskrev hur de ibland redan på morgonen såg att operationsprogrammet inte skulle gå att genomföra med de resurser som fanns tillgängliga under dagen. Att så tidigt som möjlig kunna meddela patienten och avdelningen om att operationen flyttas till annat tillfälle skulle underlätta för patienten, avdelningen och de anställda på operationsavdelningen.

## Arbetsåtagande

### *Personalen*

Operationssjukvården har liksom vården i övrigt genomgått stora förändringar. Färre antal personer genomför fler operationer. Den tekniska utvecklingen inom operationssjukvården har inneburit en alltmer specialiserad vård. Den högteknologiska vården har lett till att personalen blir mindre flexibel och vården utförs av team med specialistkompetens. Patienterna som tidigare opererades i Gävle var relativt friska. Idag är patienterna ofta multisjuka vilket kräver en helt annan vård än att operera friska personer. Detta är förändringar som skett successivt vilket hade gjort det svårt att anpassa lokaler och rutiner. Detta är också en orsak till att snabba förändringar i operationsprogrammet ökar arbetsbelastning mer idag än för några år sedan.

Arbetet på operation utmärktes av att det för de flesta var klart och tydligt vad man skulle göra, att mycket av jobbet var tidsbundet, tidspressen var ofta hög, det var ständigt många och nödvändiga sociala kontakter i arbetet och väldigt lite arbetstid när man jobbade för sig själv. Inflytandet över dagens arbete var begränsat, det hände relativt ofta att personalen på morgon var inriktad på ett operationsschema som senare fick ändras och man fick byta team och sal.

De flesta hade många olika arbetsuppgifter vilket kunde innebära tidspress och övertid men också att man inte hann med att utföra jobbet med tillräcklig kvalitet. Det var klart och tydligt vad man själv skulle göra, men insikten om vad andra yrkesgrupper skulle göra eller inte var inte alltid lika tydligt. En anledning till detta kunde vara att arbetssätten, vilka uppgifter som ingick i ens åtagande och hur de skulle utföras, kunde skilja sig mellan olika personer i samma yrkeskategori.

Flera personalgrupper beskrev att de utförde arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av andra. Städningen var ett arbetsmoment som skulle kunna utföras av annan personal. En svårighet kan vara logistiken i ett sådant arbetssätt, det behövs många som städar för att inte väntan på städpersonalen ska göra att väntetiderna mellan operationerna blir för långa. Ett annat problem kan vara att städpersonalen måste vara tillräckligt insatt i operationsverksamheten för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett optimalt sätt.

### *Vårdenhetscheferna*

Vid tiden för intervjuerna fanns inga arbetsbeskrivningar färdiga för cheferna, detta kunde eventuellt leda till en risk att de tog på sig för många arbetsuppgifter samt att processen att sätta sig in i arbetsuppgifter och finna underlag för hur personal och organisationsfrågor skulle hanteras försvårades. En del av chefernas arbete skulle kunna utföras av andra personalkategorier, till exempel sekreterare.

## **Intranätet**

Intranätet användes sparsamt i det dagliga arbetet på operationsavdelningen. När vi sökte information var det betydligt enklare att fråga olika personer på operationsavdelningen än att söka dokument via intranätet. Det är inte orimligt att tänka sig att detsamma gäller för de som arbetar inom verksamheten. Det går snabbare att fråga någon och det gör att man inte lägger ner så mycket tid och kraft på att lära sig hitta och använda intranätet. En konsekvens av detta kan bli att enskilda personer och deras kunskap blir väldigt viktiga i organisationen, om inte personerna finns tillgängliga finns inte heller informationen tillgänglig.

## **Metoddiskussion**

Genom att beskriva metoden så utförligt som möjligt ges läsaren möjlighet att bilda sig en uppfattning om studiens samvetsgrannhet att resultatet verkligen speglar det studerade och inte författarnas åsikter (Polit & Beck, 2008). I föreliggande studie har ambitionen varit att ge en så klar bild av metoden som möjligt.

Då en av författarna arbetade som operationssjuksköterska på avdelningen fanns en stor förståelse av det studerade och risk för subjektivitet, risken minskades genom övriga författares granskning av materialet. Det kan också ses som en styrka att vara förtrogen med det område som ska studeras och tillåtas använda den sedan tidigare inhämtade förståelsen under kontrollerade former (Polit & Beck, 2008).

För att öka trovärdigheten intervjuades samtliga vårdenhetschefer, länsverksamhetschefen samt i gruppintervjuer representanter ur samtliga personalgrupper arbetande på operationsavdelningen. Den risk som alltid finns att de intervjuade inte uttrycker sin egen åsikt utan en allmän åsikt kan ha funnits. Trots löfte om konfidentialitet kan cheferna i de enskilda intervjuerna ha känt sig utpekade då de var få till antalet. I gruppintervjuerna kom

alla deltagare till tals, trots detta kan förstås vissa underlåtit att föra fram sin åsikt. Intervjuguiden ARIA följdes vid samtliga intervjuer vilket innebar att strukturen och frågorna var desamma i samtliga intervjuer.

Att söka och finna information via intranätet innebar en del svårigheter, en förklaring kan vara författarnas begränsade kunskap om hur informationen kunde sökas på bästa sätt. De olika sökvägarna på intranätet var inte helt lätta att följa. Viss information som inte hittades på intranätet kan ändå ha funnits. Frågor om intranätet och dokument som ställdes till personer på operationsavdelningen kan ha ställts på ett sådant och sätt att de inte visste vad vi frågade efter, vi kan också ha frågat fel personer. Det kan också vara svårt att veta vad dokument och företeelser kallas, de döps om och kan kallas många olika saker.

## **Sammanfattningsvis**

Arbetet på operationsavdelningen styrdes till stor del av dagliga konkreta mål både för personalen och för cheferna, någon naturlig koppling till de övergripande målen för verksamheten såg inte ut att finnas. Att få möjlighet att utföra ett kvalitativt gott arbete sågs som viktigt. Både chefer och personal såg en om- eller nybyggnation av operationsavdelningen som något som skulle underlätta arbetet och förbättra patientlogistiken. Planeringen av operationsprogrammet skulle kunna förbättras, eventuellt genom att låta olika personalkategorier vara med i planeringen av detta. Den information som fanns på intranätet och i dokument användes inte praktiskt i det dagliga arbetet på operationsavdelningen. Den information om personalbemanning som behövdes för att arbetet skulle fungera fanns hos den enskilda chefen, men inte tillgängligt eller nerskrivet. En konsekvens av detta kan bli att enskilda personer och deras kunskap blir väldigt viktiga i organisationen, om inte personerna finns tillgängliga finns inte heller informationen tillgänglig.

## Referenser

Alvesson M, Sveningsson S (red) (2007) Organisationer, ledning och processer. Studentlitteratur.

Anthony, M., Standing, T., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M. et al. (2005) Leadership and nurse retention. *The Journal of Nursing Administration* 35:146-55.

Aronsson G, Berglind H (red). (1990) Handling och handlingsutrymme. Studentlitteratur, Lund.

Camerino D, Conway PM, Van der Heijden BI, Estry-Behar M, Consonni D, Gould D, Hasselhorn HM. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *J Adv Nurs*. 2006 Dec; 56(5):542-52.

Fochsen, G., Josephson, M., Hagberg, M., Toomingas, A., Lagerstrom, M. (2006) Predictors of leaving nursing care: a longitudinal study among Swedish nursing personnel. *Occupational and Environmental Medicine* 63(3):198-201.

Fochsen, G., Sjögren, K., Josephson, M., Lagerström, M. (2005) Factors contributing to the decision to leave nursing care: a study among Swedish nursing personnel. *Journal of Nursing Management* 13 (4).

Hasselhorn HM, Tackenberg P, Kuemmerling A, Wittenberg J, Simon M, Conway PM, Bertazzi PA, Beermann B, Buscher A, Camerino D, Caillard JF, D'Hoore W, Estry-Behar M, Fontenla M, Gould D, van der Heijden B, Josephson M, Kiss P, Kovarova M, Kuhn K, Laine M, Le Nezet O, Lindberg P, Oginska H, Pokorski J, Pokorska J, Radkiewicz P, Rimarcik M, van der Schoot E, Stelzig S, Stordeur S, Wickstroem G, Widerszal-Bazyl M, Mueller BH. Nurses' health, age and the wish to leave the profession--findings from the European NEXT-Study. *Med Lav*. 2006 Mar-Apr; 97(2):207-14.

Hong L, Alison EW, Barriball L. Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2005; 42:211-27.

Härenstam, A., Marklund, S., Berntson, E., Bolin, M., Ylander, J. (2006) Understanding the organisational impact on working conditions and health. *Arbete & Hälsa*; 4.

Jones, C. (2004) "The costs of nurse turnover: Part 1: an economic perspective". *The Journal of Nursing Administration* 34:562-70.

Josephson, M., Lindberg, P., Voss, M., Alfredsson, L., Vingard, E. (2008) The same factors influence job turnover and long spells of sick leave—a three-year follow-up of Swedish nurses. *European Journal of Public Health*. 18 (4): 380-5.

Krame, M. Schmalenberg. (2005). Best quality patient care. A historical perspective on magnet hospitals. *Nursing Administration Quality*. 29; 275-287.

Polit & Beck (2008) *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Eighth Edition. Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen (2006) God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Beställning nr 2006-101-2 ISBN: 91-85482-05-6

Sveriges Kommuner och Landsting (2006) Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården ISBN 10 91-7164-154-8

Taylor, M. Campbell, C. (1999). Communication skills in the operating department. British Journal of Theatre Nurses. May; 9 (5):217-21

Waldenström, K. (2007) Externally assessed psychosocial work characteristic. Doktorsavhandling, Institutionen för folkhälsovetenskap. Karolinska Institutet; Stockholm.



Rapport från Arbets- och miljömedicin 1/2010

Förutsättningar för att utföra det dagliga arbetet på en  
operationsavdelning - underlättar måldokument och intranät

Akademiska sjukhuset, Uppsala Universitet, 751 85 Uppsala, Tfn 018-611 36 42  
[www.ammuppsala.se](http://www.ammuppsala.se)