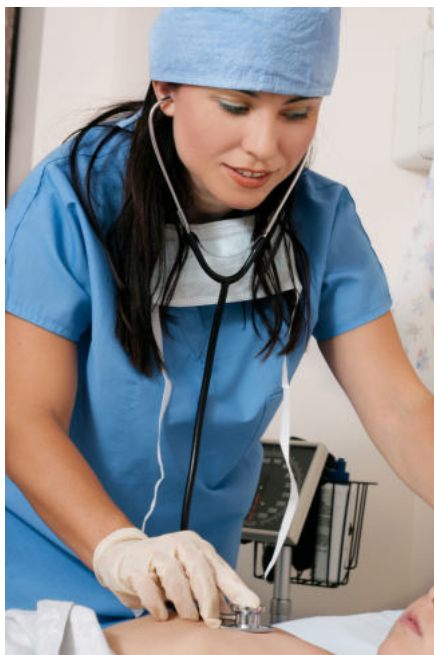


Uppgiften måste lösas med de resurser man har

av Monica Hane

Texten är bearbetad från rapporten ”Enkla jobb svåra avvägningar”



Att inte kunna göra ett gott jobb är katastrofalt för arbetsmoral, hälsa och engagemang. Att ständigt älta problemet med att det saknas kompetenta medarbetare att tillgå skapar en ond cirkel som förvärrar problemen. Många ser ingen annan utväg än att de som finns i verksamheten då måste ”springa fortare”.

Många branscher i dagens arbetsliv bygger på kompetensen i så kallade bristyrken. De underskott av ingenjörer, fordonsmekaniker, industrielektriker, maskinreparatörer, psykologer, läkare, poliser, lärare etc., som nu finns, kommer inte att fyllas inom överskådlig tid. Utmaningen för många av dagens verksamheter är därför att kunna anpassa jobbet till de resurser man faktiskt har tillgång till – men fortfarande så att alla medarbetare tycker att man gör en meningsfull

insats, kan arbeta under rimliga villkor, och utan att någon behöver riskera sin professionella heder.

Morö Backe vårdcentral i Skellefteå var för några år sedan precis i den situationen. Centralen var sedan en tid organiserad som en så kallad intraprenad. Det betyder att man hade sedvanliga anslag från Landstinget, beräknat utifrån antalet invånare i området som man betjänade och korrigerat för områdets åldersstruktur och socioekonomiska status. Till skillnad från andra vårdcentraler i regionen hade verksamhetschefen emellertid rätt att fritt disponera eventuella överskott i den egna verksamheten. Friheten köptes till priset av att man inte kunde begära tilläggsanslag om budgeten inte skulle hålla.

Enligt regionstyrelsens kalkyl behövde vårdcentralen ha 5 ordinarie heltidsarbetande läkare plus två tjänster för läkare, som utbildade sig till specialister inom allmänmedicin. Övriga personalkategorier såsom sjuksköterskor, kuratorer, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter osv. dimensionerades i proportion till detta.

Redan då var situationen sådan att av dessa 5 tjänster var sällan mer än tre besatta. Dessa tre skulle dessutom fungera som handledare för de läkare som utbildades vid enheten. Av de tre ordinarie läkarna var sällan mer än två ”på plats” och kunde ta emot de patienter som kom. Alltid någon var på kurs, på möte med regionledningen, på semester eller hemma med sjukt barn. Och där och då fanns inga så kallade ”stafettläkare” att tillgå – men även om det hade funnits så hade detta spräckt den interna budgeten direkt. De redan anställda var också eniga om att ”tillfälliga” vikarier inte alls underlättade utan snarare dränerade tid och resurser – samt gjorde verksamheten osäkrare. Man tappade snabbt överblicken över problematiken i den population man hade ansvar för.

Den av myndigheterna angivna strukturen att organisera en vårdcentral innebär att patienter vid nybesök först skall träffa ”sin läkare” och att denne sedan avgör vilken fortsatt behandling som behövs och remittera patienten till en annan adekvat personalkategori. Skulle man behålla den organiseringsidén fanns ingen annan möjlighet än att betrakta sig som en ”två-läkarstation”, vara synnerligen restriktiv med återbesök och låta en utbildad sjuksköterska prioritera så hårt som bara gick bland de patienter som sökte kontakt. Bara de allra sjukaste skulle tas emot. Övriga fick klara sig bäst de kunde.

Arbetsformen att specialutbildade sjuksköterskor hade egna mottagningar med evidensbaserade program för olika väl avgränsade kroniska diagnosgrupper – typ diabetesmottagning, allergimottagning – var redan genomförd och skulle inte beröras. Övriga personalkategorier blev då ”övertaliga” och skulle behöva reduceras till närmare häften.

Den lösningen gillade ingen.

Därför startade man vid vårdcentralen en verksamhetsutveckling, som med dagens språkbruk innebar att man lämnade en ”produktorganisation” och utvecklade en ”tjänsteverksamhet”. Man började arbeta efter ett nytt paradig.

Medarbetarna började då med en noggrann analys av varje patient-ärende – och kunde snart konstatera att en stor andel av ”återbesöken hos läkaren” egentligen inte var medicinskt motiverade. Våldigt många återbesök var egentligen bara ett ”medmänskligt sätt” att inte bara lämna patienten åt sitt öde – att kunna erbjuda i varje fall något. De behandlingar som vårdcentralen kunde erbjuda svarade dåligt an mot den oro, ångest, ensamhet och andra bekymmer med sin livssituation, som personen egentligen sökte för, utöver att man hade en vaxpropp i örat.

En stor andel av de patienter, som ofta återkom till vårdcentralen, hade remitterats till psykiatrin. Med den verksamhetens perspektiv betraktades de dock som ”fullt friska” och skickades tillbaka tillvårdcentralen. Och erbjöds återbesök med jämna mellanrum – fortfarande inte medicinskt motiverade men det enda man kunde erbjuda som ”stöd”.

Analysen av flödet visade att med utgångspunkt i det som patienten behövde hjälp med var det helt andra insatser, som behövde utvecklas. Och det var också helt olika insatser som skulle hjälpa olika patienter att lösa sina problem. Målet för verksamheten formulerades då som att ”Ingen patient skall komma förgäves”. Alla medarbetare oberoende av tidigare utbildning utbildades i intervjuteknik så att vem som helst av dem, som just då fanns på plats, kunde samtala med de patienter som sökte – samtala så att man tillsammans med patienten kunde hitta en aktivitet, som för båda parter skulle kännas som ett relevant nästa steg.

En allra första ganska självklar förändring, genom det nya underlag för ”patientbesvären” som man fick genom analysen, var att de utbildade distriktssköterskor som tog emot varje patient redan utifrån ett ganska kort samtal med patienten kunde klassificera problematiken. De som i första hand hade ont i ryggen, foten etc. fick en tid hos fysioterapeuten, som i sin tur kunde avgöra om patienten hade behov av att konsultera en läkare eller om det var ganska uppenbart vilken terapi som inledningsvis skulle påbörjas. Hur patienten ”svarede” på denna behandling avgjorde därefter vilka steg man i samråd med patienten – och läkare – senare skulle föreslå. Liknande rutin infördes för kontakt med arbetsterapeuterna och kuratorn. De patienter där det uppenbarligen fanns en allmänmedicinsk problematik fick självfallet en kontakt med en läkare.

Verksamheten betraktades genom denna nya inriktning som ett ”exempel i vårdens frontlinje”. Självklart skedde detta inte under en natt eller genom en snabb omorganisation. Det krävdes en gemensam och djupare analys av patientunderlaget och vissa utbildningsinsatser – men dessa var inte på långt när lika omfattande och tidskrävande, som när man var fast i att enda lösningen var att vänta på att fler läkare skulle utbildas. Det krävdes också radikalt annorlunda interna mötesformer där medarbetare med fokus på att den enskilda patienten ”inte skulle komma förgäves” kunde dryfta de nya svårigheter och dilemman, som den nya rollen medfört.

Det visade sig att relationen till patienterna ändrade karaktär. Den visade sig bli, och kunde beskrivas som, ett partnerskap. Patienten skulle inte bara bli behandlad och göras återställd. Patienten behövde själv ta aktiv ställning till sitt problem för att aktiviteten skulle ha möjlighet att vara till nytta. Personalens uppgift blev mycket mer utbildning och information än behandling. Den anställde blev samtidigt betydligt mer involverad i den enskilda patientens ofta ganska komplexa problematik och kunde behöva handledning av erfarna kolleger.

Samhällets tillkortakommanden kröp också in under skinnet. En förutsättning för att vårdcentralens skulle kunna erbjuda ”att ingen kom förgäves” var att det fanns ett tillräckligt stort utbud av för var och en patient meningsfulla aktiviteter i samhället utanför själva vårdcentralen; verksamheter som erbjöd just den tjänst, som den enskilde patienten behövde. Delvis handlade det om aktiviteter som

redan fanns men som hittills hade saknat kontaktyta med vården. Typ stickcafé för unga mammor, studiecirkel kring ortens historia för den rotlöse. Stelbenta ekonomiska modeller – snarare än brist på pengar – hade gjort att sådana insatser i stor utsträckning blev ”tillfälliga projekt” som lades ner när projektpengarna var slut och som först efter en tid ersattes med nya projekt med delvis samma pengar. Långsiktigheten just i dessa projekt var svår att upprätthålla eftersom de inte var knutna till kunskapen om förutsättningar för viktiga rehabiliterings- och läkeprocesser.

Verksamhetschefen behövde också, precis som de andra medarbetarna, förändrade mötesformer med andra typer av samtal för att känna sig trygg med att ha det övergripande ansvaret för verksamheten och det formella ansvaret utåt. Minst en halv dag varje vecka ägnade man sig åt ”projektdiskussioner” – diskussioner vars huvudsakliga syfte var att tydliggöra för varandra vilka överväganden var och en gjorde i sitt arbete, hur ageranden som i sig var professionellt korrekt kunde försvåra för andra aktörer att göra sitt jobb och som därför måste diskuteras, hur det system som teamet som helhet formade tacklade olika svårigheter osv..

Det fanns de i ledningen, som höjde på ögonbrynen över hur en vårdcentral med läkarbrist kunde stänga mottagningen och ägna 4 timmar per vecka åt ”projektet”. De resultat, som efter en tid kunde redovisas när det gällde behovet av sjukvård bland de boende i området Morö Backe, tystade emellertid de flesta kritiker.

I stället för att fastna i den hopplösa uppgiften – som var det rimliga enligt det gamla paradigmet – att man först måste kunna ”rekrytera fler läkare” – valde man att bredda sin inriktning och i stället för som tidigare bara erbjuda vård och behandling också erbjuda en bättre tjänst; en tjänst, som erbjöd större värde både för patienterna och för ägarna Regionen än vad den tidigare verksamheten hade gjort. Den erbjudna tjänsten minskade kraven på läkarkompetens och gav samtidigt arbetstillfällen för personer, som redan fanns på orten och som i annat fall skulle ha blivit arbetslösa.

Övergången till att tänka i termer av en tjänst innebar att helt andra kunskaper blev centrala för verksamheten. Det var definitivt inte bara en fråga om intervjuteknik. Och inte heller bara om ett respektfullt bemötande. Det handlade om en djup kunskaper om hur de människor det handlade om kunde tänkas resonera om sin livssituat-

ion. Det handlade om en förmåga att kreativt föreställa sig vilken annan typ av insats som var möjlig att åstadkomma som ett komplement till den man själv erbjöd. Det handlade om att få den accept och det gensvar av patienten som var nödvändig.

”Systemet” måste optimeras så att det till tillräcklig nytta för just den speciella patienten. I detta arbete kunde alla hjälpa till. Även patienten själv.

Morö Backe Vårdcentral exemplifierar den annorlunda mötesstruktur med annorlunda samtal, som en övergång till tjänster medför. Samtliga medarbetare måste involveras i samtal över yrkesgränser om överväganden bakom och motiv för sina insatser – samtal som ställer betydligt större krav på det professionella språket än en organisering där var och en gör sin på förhand definierade och avgränsade insats.

Exemplet Morö Backe Vårdcentral finns i rapporten:

[Hane M, Wennberg BÅ \(2004\): Vi vet att vi gör ett bra jobb ... – en studie av tillgänglighet, arbetsmiljö och resursutnyttjande i hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. ISBN 91 7188 810 1](#)

Bakgrundsresonemangen redovisades i

[Wennberg BÅ, Hane M \(2004\): Plattform för patientorientering. Abonnemangsrapport 105. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.](#)

Det principiella resonemanget bakom den obeaktade potentialen i individualiserade tjänster finns också illustrerat i videon ”[Henpower – från service till tjänst](#)”.