

ÄR TEAMARBETE NYCKELN TILL EN BÄTTRE ARBETSMILJÖ FÖR LÄKARE I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN?

Projektrapport till AFA-försäkring



LUNDS
UNIVERSITET



Karolinska
Institutet

Projektdeltagare

Lunds universitet:

Professor Per Odenrick var projektledare för projektet fram till hösten 2015.

Docent Gudbjörg Erlingsdóttir koordinator LU. Gudbjörg övertog projektledningen from hösten 2015.

Biträdande universitetslektor Jonas Borell

Dr. Christofer Rydenfält

Karolinska Institutet:

Professor Christer Sandahl

Dr. David Bergman koordinator KI.

Mairi Jüriska, forskningassistent.

Innehållsförteckning

Bakgrund till forskningsprojektet	4
Etikprövning	4
Delprojekt Region Skåne	5
Organisation	5
Genomförande	6
Intervjuerna.....	6
Observationerna.....	10
Diskussion.....	13
Några reflektioner	15
Praktiska implikationer.....	15
Delstudie SLSO	16
Bakgrund	16
Metod.....	17
Utvärdering	17
Resultat – intervjuer med deltagande läkare. Läkares syn på nuvarande situation	18
Samtalsgrupper för läkare.....	21
Effekter av samtalsgrupper för läkare.....	22
Resultat - intervjuer med samtalsledare. Beskrivning av nuvarande situation.....	23
Resultat – enkätdata	25
Några reflektioner	25
Praktiska implikationer.....	26
Summering	26
Spridning av resultat:	27
Avvikelse i projektet jämfört med projektbeskrivning	28
Acknowledgments	28
Bilaga 1.1 Intervjuguide läkare på IVA.....	29
Bilaga 1.2 Intervjuguide läkare på Akuten.....	31

Bakgrund till forskningsprojektet

Syftet med det genomförda projektet var att öka kunskapen om hur arbete i vårdteam påverkar läkares arbetsmiljö och hur interventioner kan utvecklas för att förstärka läkares motivation och kompetens att arbeta i vårdteam. Bakgrunden till projektet är att det finns utbredda arbetsmiljöproblem i hälso- och sjukvården, inte minst för läkare som upplever stress, hög arbetsbelastning, bristande stöd från ledning samt att tid får ägnas till oskäliga arbetsuppgifter. Forskning visar dels att arbete i flerprofessionella team kan ge stöd till vårdpersonalens arbete samt att teamarbete mellan olika professioner och kompetenser är nödvändigt för att leverera adekvat vård till patienter. Det är dock relativt ovanligt inom den svenska hälso- och sjukvården att det dagliga arbetet bedrivs i vårdteam. Emot bakgrund av denna situation har forskningsprojektet försökt besvara följande frågeställningar:

- 1) Hur upplever läkare som arbetar i vårdteam respektive inte arbetar i vårdteam sin arbetsmiljö och hälsa?
- 2) Hur upplever läkare som arbetar i vårdteam respektive inte arbetar i vårdteam sin ledarroll?
- 3) Vilka effekter får de två interventioner som används i projektet på läkarnas team- och ledarkompetens och upplevda arbetsmiljö i förhållande till vårdteamet?
- 4) Vilken effekt ger en intervention i form av individuellt stöd jämfört med en arbetsplatsintervention?

Projektet har genomförts i form av två delstudier med något olika upplägg för att besvara de ovanstående frågeställningarna. Forskarteamet i Lund har gjort en kartläggning av hur läkare som arbetar respektive inte arbetar i flerprofessionella team upplever sin arbetsmiljö och hälsa samt om en arbetsplatsintervention kan stödja läkare i deras team- och ledarkompetens i förhållande till vårdteamet.

Forskarteamet på KI har genomfört en omfattande intervention som erbjudits alla läkare från alla olika verksamheter inom SLSO. Samtalsgrupperna inom SLSO träffades enligt Stockholmsmetoden med 8-10 läkare per grupp en gång per månad (3 timmar) vid 10 tillfällen under 1 år. Innehållet utgick från läkarnas egna problemställningar kopplade till vardagliga dilemman i läkarrollen. Genom deltagarnas tystnadsplikt skapades den öppenhet som krävdes. Grupperna syftade till att läkare under samtalsledning skulle utveckla sin roll i organisationen genom att deltagarna gavs möjlighet att lära av varandra, reflektera tillsammans, utbyta erfarenheter, tankar och idéer avseende ledarroll, gruppdynamik och arbetsmiljö samt att tillsammans med gruppledaren ge stöd till varandra.

Etikprövning

Eftersom enkäten som användes i projektet ansågs innehålla känsliga personuppgifter behövde hela projektet etikprövas. Etikprövningen genomfördes av Lunds universitets etiknämnd. Alla delar av projektet beskrevs och olika dokument togs fram som: missivbrev, informationsbrev till övrig personal och patienter, blanketter för informerat samarbete, signerade intyg om deltagande från klinikchefer, intervju- och observations- och interventionsguider, enkätfrågor osv. EPN i Lund godkände etikansökan i februari 2014.

Delprojekt Region Skåne

Inledning

Den del av projektet som genomfördes i Region Skåne syftade dels på att göra en kartläggning över hur det kan se ut i olika arbetsmiljöer där arbetet utförs i tvärprofessionella team respektive inte i team och dels på att genomföra arbetsplatsinterventioner med läkare på dessa avdelningar. Två avdelningar/kliniker valdes så att de skulle representera flerprofessionellt teamarbete respektive inte teamarbete. Den första avdelningen var en intensivvårdsavdelning med uttalat flerprofessionellt teamarbete, den förkortas härnäst IVA. Den andra avdelningen var en akutmottagning som saknade ett organiserat utbredd teamarbete som inbegrep läkarna, denna avdelning kallas härnäst för *Akuten*.

Organisation

Organisation på IVA

Den IVA avdelning som studien genomfördes på tillhör ett sjukhus med tämligen stort upptagningsområde. Till IVA kommer svårt sjuka patienter oftast antingen från andra avdelningar på sjukhuset eller via akuten. De patienter som läggs in på IVA behöver oftast något slags hjälp med livsuppehållande funktioner. Läkarna utför således patientnära arbete. På IVA arbetar ca 10 intensivvårdsspecialister och ca 6 ST-läkare under specialistutbildning, 90 sjuksköterskor och 90 undersköterskor. På avdelningen finns 12 bäddar uppdelade på 8 rum. Gångse har varje läkare ansvar för två salar. På varje sal arbetar 1-2 sjuksköterskor och 1-2 undersköterskor (aldrig färre än tre ssk + usk på samma rum dock). Dessutom fanns så kallade "korridorresurser" i form av en sjuksköterska och en undersköterska som ambulerade i korridoren och kunde rycka in där det behövdes. I akuta fall med hög belastning på avdelningen kan dessutom fler sjuksköterskor och undersköterskor kallas in (ett slags jourtid med kort inställningstid).

Vad gäller läkarresurser så bemannas avdelningen dagtid av 3 specialister och en ST-läkare, på kvällen arbetade en specialist och en ST-läkare och på natten en specialist. Läkarna arbetar i treskift: ett dagskift mellan 07.00-16.00, ett kvällsskift mellan 15.30-22.30 och ett nattskift mellan 22.00-07.30. Deras schema är inte synkroniserat med sjuksköterskornas och undersköterskornas schema som är indelat i fyra skift, läkarna byter således team under dagskiftet. Införandet av treskift genomfördes i samband med ökat fokus på teamarbete. Syftet var att öka bemanningen av läkare hela dygnet. Läkarna har även uppgifter utanför avdelningen, som att ronda uppvakningsavdelningen, arbeta som MIG (mobil intensivvårdsgrupp) samt vid behov assistera på akuten.

Organisation på Akuten

Akutmottagningen som studerades tillhör ett ganska typiskt medelstort länssjukhus. Till Akuten kommer akuta patienter som triageras, provtas och undersöks. Därefter skickas de antingen hem med eller utan behandling eller läggs in. I likhet med många andra

akutmottagningar i landet bemannas den inte av fasta läkare. Istället bemannas akuten av läkare hemmahörande på respektive specialitets hemmaklinik. T.ex. hör ortopederna till ortopedkliniken istället för Akuten. Bemanningsbehovet av olika specialiteter varierar också mycket, t.ex. har medicinkliniken och kirurgkliniken oftast ett par läkare placerade på Akuten, medan andra mindre kliniker endast har en läkare som också har andra arbetsuppgifter parallellt. Därför jobbar läkarna på Akuten i varierande grad, vissa är placerade där ofta, andra mindre ofta, vissa arbetar på Akuten flera gånger i veckan och andra endast någon gång i månaden. Sjuksköterskor och undersköterskor är däremot fast placerade på Akuten och går på synkroniserade scheman. Akutens verksamhet delas in i två övergripande akutlinjer kring vilka omvårdnadspersonalen organiseras, en för de opererande specialiteterna (t.ex. kirurgi och ortopedi) och en medicinlinje. Varje akutlinje har sin egen expedition. Till varje akutlinje finns ett antal undersökningsrum. De olika läkarspecialiteterna har också egna arbetsplatser s.k. läkarexpeditioner där de kan göra förberedande arbete, diktera eller träffa kollegor (oftast andra läkare).

Till största del bemannas akutmottagningen av ST-läkare även om det förekommer att färdiga specialister också bemannar Akuten. De fungerar då som primär eller mellan jour (det senare i de fall då det fanns AT läkare som fungerade som primärjour). På jourtid, dvs. kvällar, nätter och helger fanns det också en bakjour i form av en mer erfaren specialist som kan ringas in vid behov. Totalt är det ca 70 läkare som roterar in och ut på Akuten. Omvårdnadspersonalen dvs. sjuksköterskor, undersköterskor och administrativ personal består av ca 90 personer.

Arbetspassens längd och rutinerna för bemanning av Akuten varierar mellan olika läkarspecialiteter. Vissa specialister byter t.ex. av inför nattpasset redan kl 16 på eftermiddagen och sen arbetar nattpersonalen tills de lämnat över till ordinarie personal på morgonen. Andra specialister byter av senare på kvällen. Detta för med sig att läkarnas situation på akuten skiljer sig mycket mellan specialiteter. Därtill går omvårdnadspersonalen på eget schema som skiljer sig från läkarnas.

Genomförande

Studien kan delas in i tre delar bestående av: 1. intervjuer med läkare och ledning, 2. observationer genom skuggning, samt 3. gruppintervention. Enligt projektplanen skulle alla tre delar genomföras på både IVA och Akuten. På grund av en omorganisation som tog allt för mycket av läkarnas kraft och fokus på akuten, vilken vi i projektgruppen inte hade fått kännedom om i förväg, visade det sig inte möjligt att rekrytera tillräckligt många läkare till gruppinterventionen på Akuten. Av det skälet tvingades vi att stryka den delen av projektet. Det visade sig också att det var en betydligt mer tidskrävande process att rekrytera läkare till de olika delmomenten på Akuten, troligtvis för att läkarna inte var fast placerade på kliniken. Nedan kommer vi i tur och ordning redogöra för tillvägagångssätt och resultat ifrån de olika delarna.

Intervjuerna

För att få en uppfattning om hur läkarna och ledningen på de båda avdelningarna definierade teamarbete samt upplevde graden av teamarbete på avdelningen, hur de

upplevde arbetsmiljön samt om olika professioner såg på flerprofessionellt teamarbete, genomfördes semistrukturerade djupintervjuer (se bilagor).

Följande intervjuer genomfördes på IVA:

- Läkare 10
- Ledning 7, varav 3 läkare, 3 sjuksköterskor och 1 undersköterska

På Akuten genomfördes följande intervjuer:

- Läkare 8
- Ledning 3, varav 1 läkare och 2 sjuksköterskor.

Alla 28 intervjuerna spelades in och transkriberades.

Resultat från intervjuerna

Under intervjuerna med ledningen på de två avdelningarna blev det tydligt att IVA hade arbetat mycket medvetet för att dels göra en omorganisering till stationära läkare och dels införa flerprofessionellt teamarbete. Akuten däremot, hade huvudsakligen roterande läkare från andra avdelningar och inte medvetet teamarbete. Akuten var dock intresserad av att införa flerprofessionellt teamarbete och ledningen såg deltagandet i studien som ett sätt att katalysera en sådan omställningsprocess där interventionerna skulle bli en del i processen.

IVA

Läkarna på IVA var mycket positiva till att arbeta i team och uttryckte sig bland annat som följer:

- "Det är frågan vad som är hönan och vad som är ägget. Om en god arbetsmiljö ger team eller teamet som gör en god arbetsmiljö, men de är väl nästan synonyma med varandra"
- "Jag tror att när man jobbar teambaserat och det finns en öppenhet för de olika yrkeskategorierna, så blir det att man lär känna varandra bra och att det blir liksom en trevlig stämning"
- "Mestadels så förbättrar eller underlättar det för en bra arbetsmiljö, för att man är mindre ensam när man är fler, man delar ansvaret över ett problem".
- "Det är nödvändigt med teamarbete kan man väl säga. Att laget består av delar som gör helheten starkare. Teamarbete är att de enskilda personerna känner sig starka nog att våga uttrycka sina tankar, så att det är högt i tak, och att patienten drar nytta av det. Sen är det trevligt också, man mår bra i ett lag".

Läkarna på IVA var generellt mycket nöjda med sin arbetsmiljö och ansåg att de arbetade i flerprofessionella team. De flesta av läkarna kunde redogöra för hur utvecklingen mot teamarbete hade skett och att en mer medveten satsning på och utveckling av teamarbetet hade skett som en del i den omorganisation som påbörjades ca 2005 där bland annat stationära läkare introducerades. Avdelningen valde då fyra ledord att arbeta efter: teamarbete, lyhördhet (ett slags prestigelöshet – att man lyssnar på varandra), vilja till förändring och föredöme (personalen ska vara ett föredöme för varandra och andra utifrån). De som inte var fullt medvetna om utvecklingen var läkare som hade anställts senare i

organisationen. Läkarna hade också ett homogent sätt att beskriva både teamarbetet samt vilken värdegrund man baserade arbetet på vid IVA.

På IVA ansåg de flesta av läkarna att det är läkare som är mest ovana att arbeta i team eftersom de är insocialiserade i att arbeta som solitärer. Sjuksköterskor och undersköterskor har alltid arbetat i team enligt läkarna och har därför en mycket större vana vid teamarbete.

Den bild som ledningen gav av teamarbetet, värdegrunden och arbetsmiljön stämde väl överens med den bild som läkarna gav. De flesta uttryckte att avdelningen skulle kunna bli ännu bättre på teamarbete och att det alltid finns processer och kommunikation som kan förbättras. De var dock överens om att i jämförelse med andra avdelningar så hade man kommit långt på IVA och att det var en stor skillnad på det medvetna teamarbetet och arbetsmiljön på IVA och på andra verksamheter de hade erfarenheter av.

Ytterligare en sak som påpekades var att teamet inte bara gäller den egna avdelningen utan att även patientansvariga läkare från andra avdelningar (PAL) ska ses som en del i teamet för att öka informationsöverföring och delaktighet. Patienten sågs också som en del av teamet.

Akuten

Till skillnad från IVA hade läkarna på Akuten en mindre homogen bild av sitt teamarbete och sin arbetsmiljö. Trots att Akuten valts ut för att man inte medvetet arbetade i team, upplevde en betydande del av de intervjuade läkarna det ändå som att man arbetade i team i någon mån. Inte minst i det akuta skedet. Vad man lade i begreppet teamarbete varierade dock mellan de olika intervjupersonerna. Alla hade uppfattningen att ett team innehöll flera personer, men i de definitioner som gavs kan vi urskilja två olika typer av krav för att det skulle vara teamarbete:

- Att team blir till när olika funktioner sätts samman, då hamnar fokus på kvalitén hos de olika funktionerna (att alla kan sitt jobb, att rätt funktion finns tillgänglig, roller etc.).
- Att team blir till när individer möts och jobbar samman, då hamnar fokus på hur pass sammanjobbade individerna är och på den process som gör dem sammanjobbade samt på tillhörighet (att man känner de andra teammedlemmarna, att man förstår hur de andra tänker, att bli bra på att göra tillsammans).

De exempel på konkret teamarbete som togs upp i intervjuerna hörde ofta till den första typen, t.ex. beskrevs hur man arbetade enligt ATLS (Advanced Trauma Life Support) konceptet i akutrummet, enligt vilket alla tilldelas tydliga roller och funktioner. Samtidigt poängteras vikten av gemensamma erfarenheter och läkarna beklagar att de inte får möjlighet att träna teamarbete i de konstellationer som arbetar tillsammans i skarpt läge. Som exempel kan det vara så att läkare tränar hjärtstopp tillsammans med andra läkare som "spelar" sjuksköterskor. Det visar sig att Akuten har stora traumaövningar men att läkarna endast är med i mån av tid och beroende på schemat. En konsekvens av detta är att det kan gå flera år mellan övningarna för läkarna.

De läkare som hade högre grad av tjänstgöring på akuten såg sig själv i högre grad som del i teamet på akuten. De såg också i högre grad arbetet på Akuten som teamarbete. En läkare uttryckte känslan att inte riktigt känna sig som del av teamet så här:

”Det är bara en läkare, så det är lite så att man ibland kan känna att teamet består av sköterskor och undersköterskor och sedan är jag flytande utanför och så att säga tar hjälp av teamet.”

Omvårdnadspersonalen jobbar alltså i team. Men det är inte alltid läkarna känner sig som en del av teamet.

En annan aspekt som visar på att det ändå saknas någon form av övergripande teamarbetsorientering på Akuten illustreras av de intervjuade läkarnas syn på det sociala stödet i händelse av att något händer. Intervjuerna ger en bild av att det ordnas formella debriefingsessioner på Akuten för Akutens anställda, men att läkarna inte alltid vare sig har tid att gå pga. att de går på ett annat schema, eller upplever att de blir inbjudna. En läkare uttrycker det så här:

”du kan ha varit den som varit ansvarig och tagit de avgörande besluten men behöver inte nödvändigtvis bli inbjuden till själva eftersnacket. För det finns inga direkta rutiner för det. Återigen troligtvis på grund av att man inte uppfattar oss som en del av kliniken utan vi är gäster”

Istället får läkarna i hög grad sitt stöd informellt från kollegorna eller genom att prata med de andra inblandade direkt.

Flera av intervjuerna vittnar om en tidvis hög arbetsbelastning på Akuten vilket gav upphov till stress bland läkarna. Som en läkare uttrycker det:

”belastningen är väldigt ojämn och det är akutmottagningens tjusning och problem att det kan vara hysteriskt vissa dagar och då fungerar ingenting alls. Och andra dagar kan det vara jättelugnt.”

Den sammantagna bilden vi får av arbetsbelastningen är att det kan variera mellan någon eller några patienter i kö till varje läkare samt ett par som är under utredning till 15 patienter i kö och ett stort antal under utredning var av ett par är svårt sjuka.

Förutom arbetsbelastningen ansåg läkarna att det var ett problem att de hade arbetsuppgifter som låg utanför Akuten parallellt när de var placerade på Akuten. Som en läkare uttrycker det:

”Alltså för doktorer så tror jag att det som är jobbigast är ju faktumet att du inte bara sitter på akuten, utan du ska operera, du ska svara på alla telefonsamtal från kirurgavdelningarna, inklusive konsultationerna från medicinkollegor, öronkollegor, och så vidare och så vidare, plus att man dessutom ska gå in på IVA där patienterna ligger och är dåliga”

Detta var speciellt påtagligt under jourtid.

Konflikter kring teamarbetet kunde uppstå när läkarna, som citatet ovan vittnar om, var splittrade i sin roll och sitt fokus, tex för att man inte upplevde det som att omvårdnadspersonalen förstod att man hade andra uppgifter också och därmed ställde orimliga krav på läkaren. Det kunde också uppstå problem utifrån ett läkarperspektiv när viktiga funktioner inte upprätthölls. T.ex. framhölls vikten av att omvårdnadspersonalens teamleader alltid borde bemanna respektive akutlinjes expedition och aldrig lämna denna för att gå och jobba med annat. När teamleadern fanns på plats fungerade "allt" men om teamleadern försvann eller var upptagen tappades snabbt överblicken. Läkare kunde också känna att deras patienters behov glömdes bort, att de fick vänta länge på "service" från omvårdnadspersonalen. Detta blev extra frustrerande när läkaren hade arbetsuppgifter utanför akuten som satte press på läkaren.

För att kunna skapa oss en egen uppfattning om hur teamarbetet manifesteras i praktiken samt hur arbetet ser ut där det inte finns lika medveten teamkultur genomfördes observationer på båda avdelningarna.

Observationerna

På IVA genomfördes 7 observationer i form av skuggningar där en forskare skuggade en läkare under ett helt skift enligt följande:

- 5 dagskift
- 1 kvällsskift
- 1 nattskift

Dessutom observerades 3 externat där personalen diskuterade och arbetade runt teamrelaterade frågor och arbetsorganisation.

På Akuten genomfördes 5 observationer i form skuggningar enligt följande:

- 3 dagskift
- 2 eftermiddags - kvällsskift

Resultat av observationerna

IVA

Under observationerna blev det tydligt att det: Fanns en bra gemenskap på avdelningen, att det fanns tillit dels läkarna sinsemellan och dels mellan läkarna och övrig personal; att både sjuksköterskor och undersköterskor sågs som viktiga i teamarbetet; att det var självklart för alla att kommunicera runt de arbetsmoment som t.ex. medicinering som genomfördes; att det var självklart att både be om och erbjuda hjälp olika team emellan; att det verkade oproblematiskt att visa sin osäkerhet om hur en viss situation eller patient skulle behandlas och därmed vända sig till kollegorna för diskussion och/eller stöd.

Akuten

Under observationerna visade det sig att läkarnas arbetsbelastning varierade mycket över dagen. Typiskt toppade antalet patienter strax innan lunch respektive på seneftermiddagen. Kvällarna kunde vara mycket varierade. Inträffade något trauma som krävde mycket resurser eller att läkaren lämnade akuten så kunde det bli stressigt. Även om läkarna arbetade på olika sätt gav observationerna insikt i läkarnas strategier för att hantera det tidvis stora antalet patienter de hade ansvar för parallellt. Vissa läkare undersökte ett par patienter i följd för att sedan dokumentera ett par patienter i följd. Andra försökte ta en patient i taget och dokumentera direkt. En annan tydlig strategi som har direkt bäring på teamarbete och läkarens ledarroll är läkarens delegeringsstrategi. Det kunde gå till så att läkaren bad ansvarig sjuksköterska eller vårdavdelning höra av sig och påminna läkaren vid ett bestämt klockslag, eller att läkaren skickade iväg patienten på någon provtagning med en ansvarig sjuksköterska och bad dem återkomma till läkaren när det var klart. Därefter släppte läkaren fokus på patienten och kunde gå vidare och göra annat. Som en konsekvens kunde läkaren vara mer närvarande i arbetet i nuet, samtidigt som läkaren hade ansvar för ett antal patienter på olika stadier i akutprocessen.

Det blev också tydligt under observationerna att läkarna inte tvekade att konsultera varandra, och i händelse av oförutsedda situationer eller om något varit extra jobbigt, sökte de stöd hos varandra. Detta även över specialitetsgränserna, t.ex. kom andra läkare in på den skuggade läkarens expedition och pratade ut. Något liknande såg vi inte i relation till omvårdnadspersonalen.

Läkarna träffade oftast sina patienter ensamma med undantag för på akutrummet, dvs. det rum till vilket svårt sjuka patienter ankom via ambulans. På akutrummet blev teamarbetet påtagligt och det kunde vara 15 personer i rummet, alla med olika definierade roller, när det kom en svårt sjuk patient. Men även i det övriga arbetet visade sig spår av teamarbete. Läkarna var t.ex. måna om att ha en kontinuerlig kontakt med sjuksköterskornas teamleader, dvs. den sjuksköterska som bemannade akutlinjernas expeditioner och som också fördelade resurser. Likaledes kan de strategier för delegering som beskrivs ovan också ses som en typ av teamarbete eftersom man jobbar med samma patient och har olika roller i förhållande till patienten.

Intervention

Interventionen i RS genomfördes i form av en arbetsplatsintervention. Interventionen genomfördes endast på IVA eftersom det, som nämns ovan, visade sig omöjligt att organisera interventionen på Akuten.

Alla läkare från avdelningen bjöds in till en samtalsgrupp. Sex träffar genomfördes där den sista var i form av utvärdering av gruppsamtalen. Av praktiska skäl varierade antalet läkare mellan de olika tillfällena. Totalt deltog 7 olika läkare vid de olika tillfällena medan antalet läkare per gruppträff varierade mellan 3-5.

Vid varje träff presenterades ett tema som hämtades från intervjuerna med och observationerna av läkarna och som av forskarna upplevdes som relaterat till teamarbete. Följande teman avhandlades i tur och ordning:

1. Beskriva tillfällen där teamarbete har gått bra respektive där de inte har gått bra och reflektera över detta.
2. Vad kommuniceras när det går bra respektive dåligt i teamarbete?
3. När det känns bra respektive inte känns bra i teamet.
4. Vad ligger bakom tryggheten på avdelningen? Var kommer tryggheten och tilliten ifrån?
5. Vad kan man göra för att bevara och utveckla teamarbete och trygghet?
6. Utvärdering.

Resultat av interventionerna

Gruppmöte 1. När det går bra: Ofta känns det bra i akuta situationer; att man kommer in i ett "flow"; när kommunikationen är tydlig; man följer sina roller i teamet. När det inte känns bra: När ingen leder arbetet för då tappar man strukturen och överblicken och gör det man kan istället för det man bör; när kommunikationen inte fungerar; när personalen inte fungerar.

Här är värt att notera att de flesta situationer som beskrevs som besvärliga hände utanför själva avdelningen när läkarna kallades till akuta situationer på annat håll.

Gruppmöte 2: Under andra gruppträffen kom läkarna in på temat rädsla när de diskuterade kommunikation. När det hänt något obehagligt kommer rädslan och känslorna ofta efteråt. Det är bra att ta upp det efteråt för att rädsla kan man inte visa i teamet i själva situationen. Däremot är det bra att signalera allvar så att alla "skärper sig" i situationen.

Gruppmöte 3: Det känns bra när man känner samhörighet i teamet och känner att man har gjort ett bra arbete; att man har ett klimat som tillåter "korridorspys" dvs att man kan pysa ut sin rädsla och upplevelser av tuffa situationer bland sina arbetskamrater "i korridoren". Om att hantera känslor i svåra situationer: Man försöker vara empatisk utan att vara känslös; man agerar i en situation snarare än i ett känslösammanhang (man blir saklig).

Gruppmöte 4: Ett lyckat teamarbete och en miljö som stödjer detta resulterar i: Man känner sig hemma på avdelningen; man känner sig trygg; man är "i familjen"; man upplever justhet; man sporrar varandra till bra prestationer.

Gruppmöte 5: Trygghet och tillit skapas genom: Gemensam erfarenhet och värderingar är en av grundstenarna i en trygg arbetsmiljö; ett framarbetat gemensamt system (sätt att tänka) för att lösa problem; "man har en gemensam hjärna som kan hjälpas åt".

Trygghet kan bevaras och utvecklas genom: Tid för kontemplation och reflektion; Att man kommunicerar om annat än bara det medicinska; att det finns resurser och luft i systemet.

Gruppmöte 6: Utvärderingen av gruppsamtalen visade att läkarna tyckte: Att styrningen och sammanfattningarna av gruppsamtalen var bra; det var: "en bra känsla att prata om känslor"; läkarna tyckte dock att upplägget kunde varit tydligare från början (vilket var svårt då valen av diskussionsteman avsiktligt berodde på tidigare diskussioner). En viktig sak var att läkarna tog med sig att det är tydligt att de arbetar i team och att de gör det på ett bra sätt samt att de är stolta över det "fantastiskt roligt att vi känner så". Gruppsamtalen blev

således ett slags bekräftelse för läkarna av hur de känner inför teamarbetet. De upptäckte även saker som kunde bli bättre som att de behöver anstränga sig för att teamarbetet ska utvecklas tillsammans med de andra yrkesgrupperna.

Vad är det som gör att läkarna trivs på avdelningen och som ger bra förutsättningar för teamarbete?: Rimligt platt organisation; Trygghet, lojalitet, intresse; att man får känna arbetsglädje.

Enkäten

För att utvärdera interventionens påverkan på arbetsmiljö gjordes en före och eftermätning i form av en enkätundersökning. Denna har dock inte kunnat användas som avsett, av flera olika skäl: 1) Eftersom studien inte är finansierad enligt ursprunglig budget var vi tvungna att minska omfattningen av studerade fall. Detta i kombination med ofullständig svarsfrekvens på IVA och att interventionerna inte kunde genomföras på akuten, gav ett otillräckligt datamaterial för meningsfull statistisk analys.

Diskussion

Teamarbete

Den typ av team som vi studerat på IVA kan ses som en ytterlighet vad gäller team. Vi har valt att kalla detta för flytande team. Ett flytande team är inte konstant varken vad gäller uppsättning och vilka personer som arbetar ihop dvs. att man arbetar i olika konstellationer vilka kan variera mellan skift och situation. Trots detta upplevde vi att det finns en stark teamkänsla på avdelningen. Det viktiga verkar vara att kunna flyta in och ut ur de olika teamkonstellationerna och bilda team så fort de behövs.

Även på akuten kan teamarbetet beskrivas som flytande, dvs. teamkonstellationerna varierade ofta från situation till situation. Det fanns dock en skillnaden i att det inte alltid flöt lika bra eller var ett lika medvetet teamarbete som på IVA, med undantag från de riktigt akuta situationerna på akutrummet där rollerna var väldigt uppstyrd.

Utveckling av teamarbete och ledarskap

På IVA har man under flera år tagit fram och konsoliderat såväl arbetsprocesser som gemensam värdegrund och en uttalad organisation för teamarbete. Detta förändringsarbete inleddes för att höja vårdkvaliteten. En viktig grundpelare i detta arbete är att avdelningen gått över till att ha fasta läkare istället för roterande läkare. Läkarna har därmed blivit intensivspecialister istället för att vara roterande anestesiloger mellan anestesivdelningen och intensivavdelningen. Detta verkar ha gett läkarna en större lojalitet med såväl avdelningen som teamen. Ledarskapet på avdelningen kan ses som distribuerat. Många bland personalen har medicinska eller tekniska ansvarsområden och andra är lagledare över något av de 8 arbetslag som personalen är indelade i.

IVA har förbättrat sin vårdkvalitet som nu anses mycket hög jämfört med motsvarande kliniker. Tack vare kvalitetshöjningen har avdelningen minskat den genomsnittliga behandlingstiden vilket också frigjort resurser i verksamheten som har kunnat användas till ytterligare utveckling och kvalitetshöjning. Vetskapen om detta verkar vara viktig för läkarnas arbetstillfredsställelse och stolthet. Att vara en del i professionella team verkade dessutom ge dem en känsla av trygghet och arbetsglädje. På avdelningen avsattes resurser för utveckling av verksamheten. Alla personalgrupper kunde delta i detta arbete. Ofta bildades arbetsgrupper som bestod av tex en sjuksköterska och en läkare som samarbetade runt något kompetensområde eller med att utvärdera nya behandlingssätt. Via internat och externat har möjligheter skapats till gemensam reflektion över hur teamarbetet kan förbättras.

Socialt stöd

På Akuten sökte läkarna främst socialt stöd från informella strukturer och från den egna professionen, snarare än ifrån det multiprofessionella teamet. Detta illustreras i observationerna av att läkarna hade lätt för att prata med varandra om sådant som varit jobbigt samtidigt som man sällan diskuterade med sköterskor. Det illustreras också av att läkarna i intervjuerna i många fall ansåg att de antingen ofta missade avdelningens officiella debriefingsessioner pga. schemat, eller inte blev inbjudna. Detta visar att tillhörighet och samhörighet påverkar upplevelsen av socialt stöd och ifrån det perspektivet kan läkarnas splittrade tillhörighet bli ett problem för dem, då de vare sig upplever sig själva som fullvärdigt tillhörande Akuten eller upplevs som om de tillhör Akuten av Akutens fasta personal. På Akuten är läkarna oftast ensamma i arbetet med patienterna och de konsulterar bara andra läkare när tydliga behov uppstår. Vi uppfattade att IVA läkarna har lättare för att ta steget att fråga en kollega om råd. Å andra sidan är patienterna på IVA i regel sjukare och det kan också vara så att det finns ett större behov av konsultation av det skälet.

Teamarbete eller teamkvalité?

Studien visar att det inte handlar om team eller inte team, utan snarare om mer eller mindre välfungerande team. Mycket vårdverksamhet sker i konstellationer som kan liknas vid team, men det är inte alltid uttalat. Som en konsekvens är det självklart för många av läkarna på Akuten att man arbetar i team, detta trots att ledningen har uppfattningen att man inte direkt organiserat arbetet i team. Kvalitén på samverkan i dessa team kan däremot variera. Det grundläggande kravet för att något skall vara ett team, dvs. att olika personer kommer samman och arbetar med något uppfylls så väl på IVA som på Akuten. Däremot visar studien på att organisationen på IVA gav fler möjligheter att såväl trimma funktionerna i teamet såväl som till att arbeta samman teamet och lära känna övriga teammedlemmar. Dålig samverkan leder till konflikter och frustration med en sämre arbetsmiljö som konsekvens och vissa av intervjuerna på Akuten vittnar om detta. Bra samverkan i teamet leder däremot, som visas av IVA fallet, till en bättre arbetsmiljö.

Några reflektioner

Informationen från intervjuerna, observationerna och interventionerna gav sammantaget en rik bild av läkarnas arbete och hur de fungerade i de flerprofessionella teamen. Intervjuerna gav en första bild av hur läkarna upplevde sin arbetsmiljö samt vilka tankar de hade om teamarbete. Observationerna gav denna information ytterligare ett djup då vi fick möjlighet att observera teamens arbetssätt, organisering runt patienten samt kommunikation. Observationerna bekräftade även intervjuernas beskrivning av en positiv samarbetsanda och positiv arbetsmiljö generellt på IVA. Det blev också tydligt att läkarna inte alltid är medvetna själva om hur tillit och trygghet uttrycks i det dagliga arbetet. På så sätt fick vi vid observationerna ytterligare information som inte hade framkommit i intervjuerna.

Interventionerna i sin tur gav läkarna möjlighet att reflektera över olika teman som vi som forskare utifrån intervjuerna och observationerna hade funnit viktiga.

Praktiska implikationer

- Det handlar inte om "team" eller "inte team" utan om kvalitén på teamarbetet eftersom de flesta vårdverksamheter innehåller någon form av teamarbete.
- Stationära läkare har större lojalitet med sin avdelning, sina medarbetare och har lättare att knyta an till de lokala teamen.
- Att ingå i flerprofessionella team gör att läkare inte upplever sig som den ensamma solitären utan känner ökad trygghet och tillit i att arbeta tillsammans med andra yrkesgrupper på ett medvetet sätt.
- Det är tydligt att gemensam värdegrund och kunskap om hur team fungerar är en viktig bas för tvärprofessionellt teamarbete.
- Studien har också visat att medvetet och aktivt arbete för att åstadkomma kollektiv samhörighet samt gemensamma mål och samsyn på verksamheten skapar förutsättningar för bra arbetsmiljö.
- Läkarna tycker det är bra att träffas i grupp och reflektera över teamarbete, arbetssätt och känslor inför arbetet. Det är därför viktigt att skapa arenor för detta. Läkarna på IVA påpekade även att de gärna skulle göra sådana reflektioner tillsammans med de andra yrkesgrupperna.
- Flerprofessionellt teamarbete kan, förutom att höja kvaliteten på arbetet och förbättra arbetsmiljön, även leda till effektivisering och kostnadsreducering.

Delstudie SLSO

Sammanfattning

Sex samtalsgrupper för läkare har genomförts med 52 deltagare från olika verksamheter inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Data för utvärderingen har insamlats dels vid gruppintervjuer med deltagare, individuella intervjuer med samtalsledare och genom en enkät till deltagarna före respektive efter samtalsgrupperna. Utvärderingen visar att läkarna har en ansträngd arbetssituation men att det finns stora skillnader mellan olika verksamhetsgrenar. Inom primärvård är arbetsmiljön som sämst och flera läkare har blivit sjukskrivna och/eller sagt upp sig medan inom vissa slutenvårdsenheter har läkarna en betydligt bättre arbetssituation. Tidsbristen är ett stort problem inom framför allt primärvård där läkarna har svårt att hinna med de patienter de anser behöver deras insatser. Få läkare deltar i verksamhetsutveckling, till viss del pga tidsbrist, och många läkare beskriver ett mycket begränsat handlingsutrymme. En del läkare upplever sig ensamma och med svagt stöd från sina kollegor och chefer.

Kamp om resurser förekommer mellan läkarkollegor och mellan läkare och andra yrkesgrupper. Även om teamarbete anses skapa bättre vårdkvalitet så förekommer mycket lite teamarbete inom primärvård medan det är betydligt mer utvecklat inom vissa andra verksamheter såsom psykiatri, geriatrik och ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). De verksamheter där teamarbete är välutvecklat är även de enheter där läkarna har en god arbetsmiljö. Ersättningsystemet har negativ inverkan på arbetsmiljö, läkarroll och teamarbete. Läkare menar att vårdkvaliteten skulle öka om teamarbete utvecklades. Fokusering på vårdproduktion påverkar läkarroll, arbetsmiljö och teamarbete och många läkare är bekymrade över att kvaliteten på den vård som erbjuds patienterna blir lidande. Samtalsgrupperna har stärkt och förtydligat läkarrollen för deltagarna samt har haft positiva effekter på deras arbetsmiljö och hälsa. De har dels fått hjälp i konkreta dilemman, dels fått verktyg till stöd för utveckling av ledarskap och teamarbete. Deltagarna har lärt sig en metod för problemlösning och fått förståelse, insikter och nya perspektiv. Läkarna har även tydliggjort ledningsstrukturer och organisation och deras egen roll och engagemang i verksamhetens utveckling har förtydligats och stärkts. Trots deltagarnas positiva upplevelser från samtalsgrupperna hade de svårt att få stöd för att göra sig fria från verksamheten vilket försvårade närvaro och hade därmed negativ inverkan på samtalsgruppernas arbete. Samtalsgrupper kan med fördel implementeras som en långsiktig satsning över tid tillsammans med andra insatser för verksamhetsutveckling och organisatoriskt lärande.

Bakgrund

Under de senaste åren har läkare inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) generellt sett rapporterat en ansträngd arbetsmiljö vid medarbetarundersökningar och andra undersökningar. Det var därför angeläget att stödja förbättringar för en långsiktigt hållbar arbetsmiljö och att stödja läkares utveckling av läkarrollen inom organisationen. Forskning och erfarenhet visar att genom att skapa större trygghet och bättre kommunikation mellan olika yrkesgrupper kan såväl arbetsmiljö, effektivitet som vårdkvalitet förbättras. Det krävs ökad förståelse av organisatoriska processer och ökad kunskap om team, grupper och ledarskap för att bemöta de nya krav som bland annat ökad komplexitet ställer på vårdorganisationerna. Läkare är inte bara medicinska experter. De är ofta även ledare i behandlingsarbetet och utgör därmed en väsentlig del av övriga medarbetares arbetsmiljö.

Samtidigt ligger läkares fokus i arbetet vanligen i hög grad på patient, diagnos och behandling, och i mindre utsträckning på ledarskap och teamarbete. Om läkare får svårt att ta sina roller i teamet som både medicinska experter och ledare, t ex pga stress, kan det därför uppstå negativa konsekvenser för såväl den generella arbetsmiljön som arbetets utförande, effektivitet och vårdkvalitet.

De positiva erfarenheter som finns från Stockholmsmetoden där deltagare träffas gruppvis med en samtalsledare regelbundet under ett år, visar att denna form av intervention kan vara ett sätt att förbättra deltagarnas arbetsmiljö och stödja utveckling av yrkesrollen i organisationen. Inom SLSO fanns erfarenheter av att arbeta enligt metoden för chefer från det AFA-finansierade projektet "Ledarutveckling genom samtal". SLSOs ledning beslutade att även implementera samtalsgrupper för läkare med syfte att utveckla läkarrollen i organisationen och förbättra läkares arbetsmiljö.

Metod

Samtalsgrupperna inom SLSO träffades enligt Stockholmsmetoden med 8-10 läkare per grupp en gång per månad (3 timmar) vid 10 tillfällen under 1 år. Innehållet utgick från läkarnas egna problemställningar kopplade till vardagliga dilemman i läkarrollen. Genom deltagarnas tystnadsplikt skapades den öppenhet som krävdes. Grupperna syftade till att läkare under samtalsledning skulle utveckla sin roll i organisationen genom att deltagarna gavs möjlighet att lära av varandra, reflektera tillsammans, utbyta erfarenheter, tankar och idéer avseende ledarroll, gruppdynamik och arbetsmiljö samt att tillsammans med gruppledaren ge stöd till varandra.

Den strukturerade metod som användes bygger på att de deltagande läkarna själva genererar kunskap och därmed bidrar till en "lärande organisation". Samtalsledarna rekryterades inom SLSO och utbildades under 5 dagar. De fick dessutom regelbunden handledning under projekttiden. Därmed gavs förutsättningar för en bestående struktur och fortsatt lärande i organisationen även efter att externa konsulter och forskare dragit sig tillbaka.

Målgruppen var läkare med intresse för att utveckla läkarrollen i organisationen.

Utvärdering

De första 2 grupperna startade våren 2014 och ytterligare 6 grupper startade i september 2014. Totalt 52 läkare deltog i totalt 6 samtalsgrupper. Fyra läkare avslutade sitt deltagande i förtid, en av dessa efter första mötet och de övriga tre avslutade med anledning av att de sa upp sig från SLSO under projekttiden. Närvaron har generellt sett varit god, med en del variation under projekttiden.

Efter att samtalsgrupperna avslutats har de läkare som deltagit tillfrågats om att delta i en gruppintervju. Även samtalsledarna har intervjuats om sina erfarenheter från samtalsgrupperna. Syftet med intervjuerna har varit att undersöka läkarnas syn på sin roll i organisationen och ge en fördjupad kartläggning av deras arbetsmiljö samt att undersöka vilka effekter som samtalsgrupperna givit för deltagande läkare och för organisationen i stort. Sammantaget ger detta material underlag för en analys av hur läkare i olika verksamheter uppfattar problem som är relaterade till deras roll i organisationen och deras arbetsmiljö och hur man kan lösa dem.

Fem fokusgruppintervjuer har genomförts med totalt 26 läkare, d v s drygt hälften av de som deltagit under hela projektet. Fem individuella intervjuer har även genomförts med samtalsledarna. Innehållsanalyserna av de båda intervjumaterialen genomfördes med hjälp av NVivo qualitative data analysis software, version 10.

Resultat – intervjuer med deltagande läkare. Läkares syn på nuvarande situation

Resultaten av analys av fokusgruppintervjuerna med deltagande läkare har kunnat indelas i tre kategorier; läkarnas syn på nuvarande situation, metoden i samtalsgrupperna och upplevda effekter av samtalsgrupperna.

Arbetsmiljö

Läkarna uttrycker att deras arbetsmiljö och hälsa har försämrats de senaste åren. Dock finns stora skillnader mellan olika verksamheter. En tydlig bild framkommer som visar att ett betydande antal vårdcentraler har mycket dålig arbetsmiljö för läkare, där en del läkare t ex inte hinner äta lunch eller gå på toaletten. Arbetet styrs till hög grad av krav på produktion där överbokade läkare till stor del arbetar ensamt. Det krävs snabba beslut pga tidsbrist. Det saknas tid för handledning, diskussioner, reflektion, utbildning mm.

Arbetet är stressigt och tidsbrist och för hög arbetsbelastning är vanliga problem. Arbetet upplevs som alltför ensamt och läkarna upplever att de har svårt att få hjälp från sina medarbetare och kollegor. Flera upplever att ingen har tid att lyssna.

Många vårdenheter, i synnerhet vårdcentraler, beskrivs som sårbara med mycket små marginaler för frånvaro av medarbetare. Detta försvårar t ex utbildning och verksamhetsutveckling och bidrar även till konflikter och revirtänkande. Pressade läkarkollegor är mindre benägna att hjälpa varandra. En svårighet och belastning är att försöka hitta tider för att diskutera patientärenden med läkarkollegor och andra medarbetare. Läkarna upplever att de saknar utrymme att ta tag i arbetsmiljöproblem. Läkare har svårt att hinna med sina patienter, till viss del pga att de har för mycket administrativa uppgifter som de inte får hjälp med, t ex faxes remisser, sköta köksarbete i personalrum mm.

Arbetsmiljöproblemen har i flera fall varit orsak till uppsägningar och sjukskrivningar både kortare och längre perioder. Arbetsmiljön beskrivs som väsentligen bättre inom slutenvård och i synnerhet bäst inom beroendevård, geriatrik och ASIH.

Läkarroll

Läkare är vana och duktiga på att klara många kliniska situationer på egen hand och kan beskrivas som individualister. De känner sig dock ofta ensamma i bedömningar och beslut och läkarna ger varandra dåligt kollegialt stöd och har svårt att samla sig kring en idé/linje, dock har kollegorna mer kontakt inom slutenvården jämfört med öppenvårdsläkarna. Läkarna förväntar sig av sig själva och av andra att snabbt ha lösningsförslag till hands – som en guru med svar på alla tänkbara frågor, även icke-kliniska. Anhöriga har ibland orimliga förväntningar på läkarnas möjligheter till insatser.

En del läkare är rädda att begå misstag. Läkare talar generellt sett mycket lite om tillkortakommanden vilket kan bidra till att skapa en självbild av att läkare inte begår misstag.

En del läkare tycker att de borde ställa krav på hjälp från andra medarbetare och kollegor. Samtidigt uttrycker de svårigheterna med att leda medicinskt arbete utan befogenhet att leda personal. Detta kan bidra till att läkare själva tar på sig att ta extra patienter utanför arbetstid för att lösa akuta problem även om det är chefens ansvar att fördela resurser. De beskriver även att en del läkare kan uppleva sig som oersättliga vilket kan bidra till övertidsarbete och överbelastning.

Läkarna har ibland svårt att få gehör för medicinska beslut och har även små möjligheter att påverka sin arbetsbelastning. Läkare ses mer som konsulter än som ledare och sjuksköterskor leder mer av medarbetares arbete jämfört med läkare.

Manliga läkare får mer hjälp i vardagen jämfört med kvinnliga läkare. Kvinnliga läkare blir mer ifrågasatta än manliga. Kvinnliga sjuksköterskor hjälper läkare mer än vad manliga sjuksköterskor gör.

Sjuksköterskors inflytande över läkares situation

Maktkamper förekommer mellan läkare och sjuksköterskor. Sjuksköterskorna är en starkare yrkesgrupp än läkarna, bla för att de är fler och träffas mycket mer. Sjuksköterskorna har oftast mer ledarskapsutbildning än läkare. Chefer är oftare sjuksköterskor än läkare och cheferna upplevs som mer lojala med sjuksköterske-gruppen.

Sjuksköterskorna har också tidsbrist i sitt arbete och hinner inte hjälpa läkare med det som behövs. Läkare upplever att sjuksköterskor kräver att läkare ska göra vissa arbetsuppgifter (som t ex ta emot patienter på sin lunchrast) men läkarna upplever att de inte kan ställa krav på sjuksköterskor att göra arbetsuppgifter som läkarna behöver hjälp med (som tex att avlasta med fax av remisser, hjälp vid såromläggningar mm).

Teamarbete

Läkarna arbetar oftast ensamma och relativt sett lite i team, i synnerhet i öppenvård. Allt mindre teamarbete på vårdcentraler på senare år. Dock har vissa större vårdcentraler ett väl fungerande teamarbete för specifika diagnosgrupper (diabetes, astma, hemsjukvårdspat, smärtpatienter mfl).

Vid akuta situationer fungerar teamarbete, men ofta är teamarbetet dysfunktionellt.

Teamkonferenser saknas i öppenvård, men finns i slutenvård. Läkaren är ofta inte ledare för teamkonferenser och läkare deltar sällan vid dessa teamkonferenser.

Teamarbete är välfungerande inom många psykiatriska och geriatriska enheter och inom ASIH. I slutenvården arbetar läkarna mer i vårdteam även om det är mer hierarkiskt jämfört med öppenvården. Teamarbetet underlättar fördelning av arbetsuppgifter och leder till färre missförstånd. Storleken på vårdenheten är avgörande för om teamarbete fungerar, vilket är svårare vid större enheter.

Hinder för utveckling av teamarbete

Tidsbrist upplevs vara ett stort hinder för att kunna utveckla teamarbete.

Ersättningsystemet motverkar teamarbete. Läkarna uppfattar det som att cheferna påtalar att det finns s k produktionskrav vilket i praktiken innebär att läkare bör arbeta till stor del ensamma för att ta emot så många patienter som möjligt . Utveckling av teamarbete skulle ta tid från vårdproduktion (antal patienter per dag). Teamkonferenser tar tid och ger mer dokumentation, vilket inte är något som premieras i ersättningsystemet. Vårdkvaliteten

skulle sannolikt öka om teamarbete utvecklades, men fokus i verksamheten är antal patienter per tidsenhet och inte vårdkvalitet.

Enligt läkarna så saknas forum för att utveckla teamarbete och det saknas initiativ och en genomtänkt strategi för teamarbete från chefer/ledning. Dessutom saknas handledning för utveckling av teamarbete.

Andra försvårande faktorer är att det saknas gemensamma mål för arbetsgruppens olika yrkesgrupper. Sjuksköterskor, undersköterskor m fl har själva tidsbrist och har därmed svårt att hjälpa läkare – teamarbete försvåras.

En del läkare önskar mer teamarbete i form av hjälp från andra medarbetare och kollegor. Andra läkare är mindre intresserade av teamarbete, bla kan det finnas oro för att få mindre inflytande, makt och status. Andra orsaker kan vara ovana vid teamarbete och brist på utbildning och förebilder.

Ledarskap/chefskap

Det finns kritik mot chefer, bla i form av ett alltför stort fokus på vårdproduktion/ för höga krav på produktion och brister i uppföljning av t.ex. planeringsdagar. En del läkare upplever dåligt stöd från sina chefer och upplever att en del chefer ber läkare om hjälp inför de beslut som cheferna själva bör ta ansvar för. Konkurrens/maktkamp mellan läkare och chefer förekommer.

Det är relativt vanligt att läkare saknar kunskap om ledningsstrukturer. Läkare saknar ofta ledarskapsutbildning och de som har någon skulle behöva uppdatera denna emellanåt. Många anser att det hade funnits fördelar om fler chefer var läkare för att bidra till verksamhetens utveckling. Vissa läkare är intresserade av att driva utvecklingsarbete, men inte alla.

Synen på chefskap inom landstinget är att den innebär för mycket administration och arbete med rutiner och för lite av att leda personal vilket bidrar till att chefskap inte lockar läkare. Chefer upplevs alltför styrda av högre ledningsnivåer med för litet handlingsutrymme. En del läkare menar att synpunkter och kritik mot ledning inom SLSO uppfattas som illojalitet mot arbetsgivaren.

Sjuksköterskor anses ha större incitament än läkare att ta sig an chefstjänster: möjlighet att få högre lön, mer status och ett mer utmanande arbete, att jämföra med läkare som redan har utmanande arbete, status och hög lön. Många läkare har ett kliniskt arbete som de är utbildade för och som de känner sig duktiga på. Inom det medicinska området finns givna svar och lösningar. Att ta sig an chefspositioner utan ledarskapsutbildning på ett område där det inte finns givna svar och lösningar är för många läkare inte lockande då detta är ett område som läkare inte har utbildning och erfarenhet inom.

Organisation

Oklarheter finns om ansvarsområden och ledningsstrukturer vilket skapar osäkerhet, i synnerhet inom öppenvård. Omorganisationer är vanliga och upplevs som att de emellanåt sker i alltför snabb takt. En hel del förändringar av verksamhet och organisation sker utan läkares delaktighet. Förändringar av verksamheten behövs och samtalsgrupper för läkare och chefer ses som ett första steg för att främja förändringsarbete med delaktighet från läkarna, men andra förändringar av t ex avtal behövs för att nödvändiga förändringar ska få genomslag. Ersättningssystemet har stor inverkan på hur vården organiseras.

Det finns kritik mot SLSOs ledning, t ex att de inte borde lova patienter läkartider som läkarna får svårt att leva upp till. Läkarna saknar en dialog mellan läkarkollektivet och SLSOs ledning och det finns misstro om att ledningen bryr sig om läkarnas arbetssituation.

Samtalsgrupper för läkare

Läkarna hade generellt sett vaga förväntningar inför starten av samtalsgrupperna vilket till viss del berodde på vag information från chefer. Chefer rekommenderade deltagande utan att informera tillräckligt om metod, syfte och mål. De förväntningar som fanns var framför allt samtal om yrkesroll, arbetsmiljö och ledarskap.

Det var en fördel att endast läkare deltog i samtalsgruppen, bla för att skapa trygghet och öppna ärliga samtal. Vidare var det en fördel med läkare från olika verksamhetsgrenar och en fördel att deltagarna i gruppen inte var från den ordinarie arbetsgruppen då detta gav mer öppet samtalsklimat.

Metodikerna var strukturerade och gav nya hypoteser och nya lösningsförslag. Samtalsgruppen var en bra plattform för dialog och lärande om läkarroll, organisation mm. Samtalsledaren var duktig och behövdes för att skapa struktur och handledning till gruppens arbete. Läkarna menade att samtalsgrupper behövs kontinuerligt och regelbundet.

Samtalsgruppen upplevdes som en arena för ett öppet samtal med möjlighet att tala fritt, föra dialog, reflektera och lära. Deltagandet gav ett nytt sätt att tänka med hypotesgenerering utan i förväg givna lösningar och samtalen upplevdes som intressanta och konstruktiva.

I samtalsgrupperna vågade läkarna tala öppet om sin situation, sina tillkortakommanden, farhågor och bekymmer. De beskrev att det var skönt att känna stöd från gruppen, att deltagandet var upplyftande och gav en känsla av att inte vara ensam utan att vara en del av ett nätverk. Det var skönt att gruppens arbete fick ta tid utan stress.

Sammanfattning av de teman som grupperna arbetat med

Läkarroll, arbetsmiljö, ledarskap, inflytande, mandat, lojaliteter, ansvarsområden, organisation, ledningsstruktur, personliga svårigheter, konflikthantering, samarbete, teamarbete, sjuksköterskors inverkan på läkares situation, ersättningsystemets inverkan på bl. .a. arbetsmiljö.

Metodikens utmaningar

Närvaro av alla deltagare är en fördel men var svårt att uppnå i praktiken. Avhopp av deltagare försvårade gruppens utveckling och arbete. Ett förslag var att fler läkare borde kunna erbjudas samtalsgrupp om mötestiden förkortas.

Kortsiktiga ekonomiska mål försvårar för läkare att delta i samtalsgrupp och andra kompetensutvecklingsinsatser. Samtalsgrupper bör erbjudas även under AT och ST. Läkare har svårt att bidra till förändringsarbete utan fortsatt stöd från samtalsgrupp av kollegor. Information om samtalsgruppens metodik, syfte och mål bör förtydligas och spridas till fler läkare och fler chefer.

Några grupper hade behov av att fortsätta gruppsamtalen ytterligare ett halvår. Det fanns behov av att arbeta med flera dilemman i läkarrollen. Läkarna framförde önskemål om att SLSO fortsätter erbjuda samtalsgrupper till läkare.

Effekter av samtalsgrupper för läkare

Läkarna beskriver att de känner sig stärkta i sin yrkesroll på olika sätt från deras deltagande i samtalsgrupper. Samtalsgrupperna har hjälpt dem att tydliggöra hur organisation och ledningsstruktur ser ut. Läkarna har förtydligat sin roll och blivit synligare som grupp. De har fått mer levande kontakt med läkarkollegor och de har fått möjlighet att ta upp problem som de inte tidigare haft något forum för.

Olika relationer har tydliggjorts; mellan läkare och andra yrkesgrupper och mellan chefer och medarbetare. Läkarnas egen roll i verksamhetsutveckling har förtydligats och detta har bidragit till mer engagemang i utvecklingsarbete.

Läkarna beskriver att de har lärt sig en metod för problemlösning. De har lärt sig ett sätt att arbeta med och strukturera problem, fått förståelse, insikter och nya perspektiv. De uppger att de börjat reflektera mer, funderar mer innan beslut tas, vågar tala mer öppet och har förbättrat sin kommunikation med chef och kollegor.

De har lärt sig en metod för att analysera problem innan beslut tas. Fått verktyg och prövat att ta med sig metoden från samtalsgrupper till andra sammanhang, t ex ledningsgrupp, personalmöte mm. De beskriver att de har lärt sig hantera olika situationer i vardagen på ett nytt sätt. En del har lärt sig om sin egen personliga läggning och om hur andras personlighet kan påverka.

Läkarna har fått insikter om att de kan påverka sin arbetssituation och upplever sig inte lika mycket som offer för andras beslut. En del har tagit nya initiativ för att påverka sin tidbok, andra har tagit på sig nya ledningsuppdrag och någon har sökt chefstjänst.

Effekter på arbetsmiljö och hälsa

Läkarna upplever att deltagande i samtalsgrupp haft effekter på deras arbetsmiljö och hälsa. Effekterna kan indelas i tre olika typer av effekter:

1. Några har förbättrat sin coping: Samtalsgruppen gav stöd, var en ventil, hade en avstressande effekt och gav deltagarna nya perspektiv.
2. Andra läkare har infört nya arbetssätt/strategier: Läkare har fått stöd att säga nej till fler patienter, lärt sig respektera sin egen och andras arbetstid. Lärt sig avgränsa sitt arbete.
3. Uppsägning/sjukskrivning: Några läkare har förtydligat för sig själva att de inte kan ställa upp på de arbetsvillkor som råder och att det inte finns några möjligheter att förbättra arbetsmiljön. De har kommit fram till att de bör säga upp sig och söka sig till annan arbetsgivare. Andra har blivit sjukskrivna kortare eller längre perioder pga arbetsmiljön.

Effekter på teamarbete

Läkarna beskriver att de har fått verktyg som de har användning av i teamarbete i verksamheten. De har lärt sig att involvera andra yrkesgrupper i samtal om hur de arbetar tillsammans. Lärt sig se sin egen del i hur teamarbete på vårdenheten fungerar. Vissa har tagit initiativ till att starta nya arbetsteam för vissa diagnosgrupper.

Läkarna hade förslag på hur teamarbete och ledarskap skulle kunna utvecklas:

Arbetsgrupper behöver diskutera roller, arbetsfördelning, resursfördelning och kommunikation mellan yrkesgrupper. Läkare bör vara ledare för teamarbete. Läkare behöver

mer ledarskapsutbildning. Alla med ledningsuppdrag bör få handledning regelbundet. Samtalsgrupper upplevs som ett alternativ för att stödja ledarskaps- och teamutveckling.

Resultat - intervjuer med samtalsledare. Beskrivning av nuvarande situation

Samtalsledarna intervjuades enskilt om sina erfarenheter från läkargrupperna och om de teman som läkarna valt att arbeta med. Resultaten av analysen av intervjuerna visade följande bild av läkares roll och arbetssituation samt de effekter som samtalsgrupperna medfört för läkarna och organisationen i stort:

Läkarroll

Även om läkares delaktighet i verksamhetens ledning och utveckling ses som nödvändigt och värdefullt så saknar läkarna formellt mandat och har svårigheter att ta ansvar utan att styra över resurser. Läkarna är medicinskt ansvariga för sina patienter och ses av många som informella ledare men har svårt att styra över många av de aspekter som påverkar vården för patienterna, som t ex att en del av vården utförs av andra yrkesgrupper över vilka läkarna inte formellt styr. Läkarna har höga krav från ledning på hög sjukvårdsproduktion och därmed mycket lite tid att engagera sig i verksamhetsledning och utveckling. Fokusering på vårdproduktion påverkar läkarrollen och många läkare är bekymrade över att kvaliteten på den vård som erbjuds patienterna blir lidande.

Organisation

Bland en del läkare saknas engagemang för organisations- och verksamhetsutveckling vilket försvårar för SLSOs ledning att få gehör och genomslag för de förändringar som föreslås. De verksamheter som ingår i SLSO har stora skillnader i inriktning och omfattning vilket bidrar till att centralt utarbetade idéer behöver omarbetas lokalt. Roller och ansvarsområden för olika enheter och olika yrkesgrupper är oklara och skapar svårigheter för ledning på olika nivåer att lösa problem. Det saknas ekonomiska incitament för medarbetare att engagera sig i organisations- och verksamhetsutveckling. Chefsuppdrag innehas i högre grad av sjuksköterskor och andra yrkesgrupper och i liten utsträckning av läkare.

Arbetsmiljö

Arbetsmiljöproblem finns framförallt inom öppenvård och i synnerhet på vårdcentraler. Läkare på vårdcentraler är överbelastade, arbetar mest ensamma och har ofta inte tid att diskutera varken patientarbetet eller organisatoriska frågor vare sig med kollegor eller med andra medarbetare och hinner inte engagera sig i verksamhetsfrågor. Läkare i primärvård har svårt att styra över sin arbetstid och har svårt att få gehör för sina behov om en dräglig arbetsmiljö. Läkare från övriga verksamheter är bekymrade över den stressiga arbetsmiljön inom primärvården.

Teamarbete

Graden av teamarbete varierar stort mellan olika verksamheter. Teamarbete är allra mest utvecklat inom ASIH och Geriatrik där multi-professionellt teamarbete sker regelbundet och ofta som en daglig rutin. Inom primärvård är ofta flera yrkesgrupper inblandade vid omhändertagande av patienter men det förekommer mycket lite av diskussioner mellan

yrkesgrupper och teamarbete är sällsynt. Många i primärvården uppfattar inte att de arbetar i team med andra medarbetare. Några undantag finns för specifika diagnosgrupper, som till exempel diabetespatienter, där väl fungerande teamarbete har utvecklats.

Utveckling av teamarbete och ledarskap

Ersättningssystemet försvårar teamarbete. Läkare inom framför allt primärvård är pressade att ta emot så många patienter som möjligt per dag och har därmed inte tid för diskussioner, teamarbete, samarbete eller att bidra i utvecklingsarbete. Svagt intresse finns bland en del läkare vilket bland annat beror på överbelastning och tidsbrist.

Brister i kompetens för teamarbete finns både bland läkare och bland övriga medarbetare. Förslag för att förbättra teamarbete och ledarskap var att avsätta resurser för kvalitetsarbete, erbjuda kompetensutveckling inom teamarbete, kommunikation och ledarskap och att skapa utrymme för reflektion och lärande i det dagliga arbetet. Strukturer och rutiner för att stödja utveckling av teamarbete och ledarskap kan förbättras.

Effekter av samtalsgrupper för läkare

De tydligaste effekterna syns inom följande områden: läkarna har lärt sig en modell för problemlösning, läkarna upplever förbättrad arbetsmiljö och hälsa, personlig ledarskapsutveckling och tydliggörande av läkarroll och ansvarsområden.

Deltagarna satte stort värde på den modell de lärt sig i samtalsgrupperna för problemlösning. De har kunnat använda modellen för att lösa problem inom verksamheten. Modellens fördelar var dess fokus på reflektion, nya perspektiv och längre tid för eftertanke före beslutsfattande och lösningsfas.

Arbetet i samtalsgrupperna bidrog till att arbeta fram konkreta lösningar på arbetsmiljöproblem. Bland annat utvecklades deltagares coping-strategier och deras förmåga att reglera arbetsbelastning och sätta gränser för sig själva och andra. Möjligheten att dela sina upplevelser med kollegor gav styrka och förändrade attityder mot utmaningar. Tyvärr var det ett flertal läkare som, efter diskussioner och reflektioner, beslutade sig för att säga upp sig eller blev sjukskrivna.

Genom samtalsgrupperna tydliggjordes läkarnas och andra medarbetares och chefers roller och ansvarsområden. Deltagarna utvecklade förmågor för att ta större ansvar för sin del i verksamhetens utveckling och de fick mer förståelse för sin egen roll i det dagliga arbetet och sina egna värderingar. Detta sågs som ett första steg mot att utveckla teamarbete och förutsättningar för att ta sig an ledarpositioner.

Samtalsledarna lärde mycket från sitt uppdrag. De lärde sig att balansera sina interventioner i gruppen och att facilitera gruppens arbete. Samtalsledarna beskrev att de fått insikter om sina roller som ledare och att de även lärt sig mycket om verksamhetens utmaningar.

Uppfattningar om metoden i samtalsgrupperna

Samtalsgrupperna upplevdes som ett forum för reflektion, återhämtning och som en möjlighet att tala öppet om dilemman i det dagliga arbetet. Detta möjliggjordes genom tystnadsplikt och sammansättningen av gruppdeltagare från olika verksamheter inom SLSO. Grupperna arbetade bäst med mellan 4-7 deltagare. Deltagarna uppskattade att de fick

konkreta lösningar efter varje gruppdiskussion och värdesatte erfarenheten av att lösa problem tillsammans i grupp.

Samtalsledarna satte stort värde på den handledning som de fick under projektiden och de hade god användning av manualen för backstage-grupper. God framförhållning vid planering av mötestider var en förutsättning för god närvaro i grupperna.

Närvaron i grupperna var den största utmaningen för projektet. I genomsnitt var en eller två deltagare frånvarande av de totalt 7-9 deltagarna i samtalsgrupperna. Frånvaro av gruppdeltagare liksom mobiltelefoner under möten försvårade gruppens arbete.

Information om samtalsgruppernas syfte och mål inför uppstart borde förbättras. Otydlighet upplevdes från SLSOs ledning om finansiering för läkarnas tid i samtalsgrupperna.

Deltagarnas eget ansvar för att ta tillvara på mötena var en utmaning för vissa läkare.

Deltagarna hade behövt ett tydligare stöd från chefer för sitt deltagande i samtalsgrupper.

Deltagarna fann samtalsgrupperna värdefulla för deras professionella utveckling och föreslog att samtalsgrupper borde fortsätta att erbjudas inom SLSO och även inom landstinget i stort. Deltagarna påtalade fördelarna med metodens upplägg för att skapa den öppenhet och tillit som krävs för att metoden ska ge avsedda effekter. Samtalsgrupperna skulle kunna användas för utbyte av information och erfarenheter mellan olika verksamheter.

Resultat – enkätdata

På grund av låg svarsfrekvens var det svårt att påvisa statistiskt säkerställda effekter vilket också påverkades av det begränsade antalet deltagare. En anledning till den relativt låga svarsfrekvensen kan vara enkätens längd, vilket läkarna påpekade både i enkätens öppna fråga och vid intervjuerna.

Analyser av de enkäter som skickats till alla läkare inom SLSO tyder på att det är stora skillnader mellan olika verksamhetsområden inom SLSO avseende både arbetsmiljö, hälsa och teamarbete. Läkare inom psykiatri arbetar i högre grad i vårdteam jämfört med i låg grad inom primärvården. Det finns en koppling framför allt mellan hur man upplever att arbeta i team och upplevd hälsa. Resultaten visar att de som arbetar i vårdteam har mindre likgiltighet i arbetet än de som inte arbetar i vårdteam. De som har ett väl fungerande teamarbete upplever sig själva friskare, har mindre utmattningssymtom, mindre sjukfrånvaro, mindre av självdagnostisering och lägre andel semesteruttag på grund av stress.

Några reflektioner

Analyserna av de båda intervjumaterialen, dels från deltagande läkare, dels från samtalsledarna, ger en samstämmig bild och bekräftar varandras resultat.

Enligt intervjuerna finns för läkare inom framför allt primärvården betydande arbetsmiljöproblem och tidsbrist vilket bidrar till svårigheter att vidareutveckla verksamheten. Inom de verksamheter som har en bättre arbetsmiljö finns även väl fungerande teamarbete. Omvänt gäller att inom primärvården, där teamarbete knappt förekommer, finns också stora problem med läkarnas arbetsmiljö, bl a i form av stress och tidsbrist. Detta samband mellan bristande arbetsmiljö och låg andel teamarbete har även framkommit i en enkätundersökning riktad till samtliga läkare inom SLSO under 2013.

Läkare upplever att de för närvarande har svårigheter att ta ansvar för medicinsk vård till del beroende på tidsbrist och bristande mandat att leda de medarbetare som tillsammans med läkare skapar god vård.

Resultaten från denna utvärdering ligger i linje med tidigare studier av samtalsgrupper för läkare inom Stockholms läns landsting. Dessa studier påvisade positiva effekter för läkare som deltagit i dialoggrupper under ett års tid avseende deltagarnas arbetsmiljö, ledarskap och utveckling av professionell roll. Resultaten påvisades dels i enkätdata efter deltagande jämfört med före och framkom även i intervjuer med deltagande läkare (Bergman et. al, 2007; Bergman et. al, 2009).

Praktiska implikationer

De slutsatser vi drar baserat på de intervjuer som gjorts i denna utvärdering är följande:

- Teamarbete kan utvecklas inom fler verksamheter, t ex primärvård genom att dra nytta av och utbyta erfarenheter med de verksamheter inom SLSO där teamarbete är väl utvecklat och väl fungerande.
- Samtalsgrupper är en metod som kan bidra till att skapa dialog, öppenhet och informationsutbyte mellan läkare i klinisk tjänst och chefer på olika nivåer inom SLSO.
- Genom handledda samtalsgrupper kan roller och ansvarsområden förtydligas. Metoden främjar kunskapsutbyte mellan verksamheter, reflektion och kollektiv problemlösning samt stödjer utveckling av ledarskap och teamkompetens.
- Handledda samtalsgrupper för läkare kan vara ett sätt att stödja läkares engagemang och delaktighet i verksamhetens utveckling. Samtalsgrupper kan med fördel implementeras som en långsiktig satsning över tid tillsammans med andra satsningar på verksamhetsutveckling och organisatoriskt lärande.

Vidareutveckla ersättningssystemet. Utöver ersättning för vårdproduktion bör ersättningssystem utformas så att det skapas möjligheter för läkare att avsätta tid för att delta i verksamhetens utveckling, för att skapa en hållbar arbetsmiljö för läkare, för kompetensutveckling och utveckling av teamarbete.

Summering

En jämförelse mellan de två interventionsformerna arbetsplatsinterventioner och individuellt stöd till läkare visar att de tjänar två olika syften. En intervention som vänder sig till individer från olika verksamheter kan ha stor betydelse för den individuella läkaren och fungera som stöd för de läkare som upplever problem på sin arbetsplats. Via interventionen får läkarna tid och möjlighet att diskutera och reflektera över sin arbetssituation och stöd att söka lösningar på upplevda problem. En arbetsplatsintervention kan däremot fungera som en arena för att komma fram till gemensamma mål för att förändra och förbättra den gemensamma arbetsplatsen.

Vi har viktiga resultat som tydligt visar att hur man arbetar med organisation och värdegrund är viktigt för hur man arbetar i team samtidigt som teamarbete, i sin tur, tycks påverka arbetsmiljön. Vår uppfattning är också att man bör arbeta med införande av team arbetsplatsorienterat. Vidare visar båda delstudierna att läkarna uppskattade möjligheten till handledd reflektion över sitt arbete och sin arbetssituation samt att läkare sällan har tid och möjlighet för detta.

Spridning av resultat:

Eftersom genomförandet av studierna varit något försenat har vi inte hunnit sprida resultaten så mycket som vi planerat än. Detta arbete kommer att fortsätta under de närmaste två åren i form av tex olika konferensbidrag, informations-spridning via arbetsplatsträffar och vetenskapliga artiklar.

I Region Skåne:

- Hösten 2015: 3 feedbackmöten med representanter för avdelning IVA.
- 2014.05.27 presentation av resultat från intervjuerna på ett Externat (avdelningsmöte) på IVA, närvarande var även representant från Läkaresällskapet.
- Januari 2015: Presentation av resultat från projektet på patientsäkerhetskursen vid Institutionen för designvetenskaper. Deltagare på kursen var huvudsakligen sjuksköterskor men även andra vårdprofessioner fanns med.
- Sen vår 2016 slutrapportering för avdelning IVA vid ett arbetsplatsmöte
- Sen vår 2016 slutrapportering för avdelning Akuten vid ett arbetsplatsmöte

I SLSO:

- Hösten 2015: Återrapportering av resultat till SLSOs ledning vid muntliga presentationer och i skriftlig rapport.
- December 2015: Återkoppling av resultat till SLSOs personalavdelning och samtalsledarna i rapport.
- Våren 2016: Spridning av resultat inom SLSOs verksamheter via intranät, presentationer och rapporter.

Gemensamt:

- 2016.04.06: Slutrapportering för projektet för referensgrupp och parterna hos AFA i Stockholm

Planerade konferenser:

NORDPRO Lund 2016 (nordisk professionskonferens) på temat hur läkarprofessionens lojalitet och identitet ändras med stationär tillhörighet.

NOVO Symposium Reykjavik 10-11 november 2016, på temat hur man skapar hållbar arbetsmiljö med tvärprofessionellt teamarbete.

Pågående artiklar:

1. "Driving for successful change processes in healthcare by putting the staff at the wheel" inskickad till Journal of Health Organization and Management.
2. "Implementation of multifaceted intervention to improve ICU performance" (arbetstitel) i stort sett klar
3. Tema: hur förändringar för att förbättra kvalitet (outcome) kan leda till bättre arbetsmiljö som en bieffekt.

Planerade artiklar:

1. Flytande team (former för och organisering av team).
2. Läkares förståelse av begreppet teamarbete, potentiella konsekvenser för implementering och arbetsmiljö.
3. Läkarprofessionen och flyttning av gränser för identitet.
4. Jämförelse mellan studierna
5. Vikten av tid för reflektion för läkarna

Avvikelse i projektet jämfört med projektbeskrivning

På grund av att de tilldelade medlen var mindre än de sökta fick vi dra ner på antalet studerade avdelningar i Region Skåne och antalet interventionsgrupper i SLSO. Vi kan också konstatera att projektet kanske passat bättre som ett treårsprojekt än ett tvåårsprojekt eftersom etikprövningen, rekvisering av läkare till samtalsgrupperna i Stockholm samt access till lämpliga avdelningar i Region Skåne tagit en hel del tid i anspråk. Vi kommer därför att fortsätta arbetet med den teoretiska analysen, publiceringar samt spridning av resultaten till praktiken.

Acknowledgments

Vi är mycket tacksamma för gott samarbete med personaldirektör Annika Blomgren, sjukvårdsdirektör Mikael Ohrling och personalstrateg Marie-Louise Hall vilka ansvarat för genomförande av samtalsgrupper för läkare inom SLSO. Vi vill även tacka alla samtalsledare för stort engagemang i projektet och deltagande läkare för medverkan i denna utvärdering. Ett särskilt tack även till Jan Edenius och Magnus Bäckstrand för väl genomförd handledning till samtalsledarna.

I Region Skåne vill vi tacka de två klinikchefer som gav oss access till de två avdelningar där studien genomfördes, till de läkare som deltog i studien samt till all den personal som accepterade vår närvaro vid observationerna.

Bilaga 1.1 Intervjuguide läkare på IVA

Bakgrundsinfo:

- Vilken utbildning/bakgrund har du?
- När kom du till IVA?
- Varför började du arbeta på IVA?
- Vilken är din position?

Angående team:

- Vad betyder teamarbete för dig?
- Tycker du att ni arbetar i Team på IVA? (förklara)
- Varför arbetar ni i team?
- När började ni arbeta i team.
- Varifrån har ni hämtat idén – inspiration?
- Hur gick det till när ni införde teamarbete?
- Hur se era team ut? (tvillingteam?)
- Hur skapar man ett team hos er (Sätter samman team) hur upprätthåller man ett välfungerande team?
- Hur arbetar ni i team dvs schemaläggning, organisation osv, teamaktiviteter?
- Hur kommunicerar teammedlemmarna sinsemellan? Teamen mellan varandra?
- Arbetar ni alltid i team (dvs graden av teamarbete).
- Vad anser du behövs för att få till ett välfungerande team?

Team inte team

- Har du erfarenheter från andra sätt att organisera arbetet?
- I så fall - vilken skillnad är det att arbeta i team jämfört med att inte göra det? (fördelar/nackdelar)
- Kan man arbeta teambaserat i all slags vårdverksamhet?
- Finns det arbetsmoment som är lättare respektive svårare att utföra i team?

Team professionerna:

- Vilken yrkesgrupp tror du har lättast respektive svårast att arbeta i team?
- Vilken yrkesgrupp tror du har mest fördel av att arbeta i team?
- Vad tycker IVA personalen om att arbeta i team? Finns det olika inställningar bland olika yrkesgrupper tex?

Team patient:

- Tror du att patienten märker att ni arbetar i team?
- Hur påverkas patienten att ni arbetar i team?

Team versus arbetsmiljö

- Hur är er arbetsmiljö?
- Till vilken grad tror du att er organisering i team påverkar arbetsmiljön?
- Till vilken grad påverkar teamen arbetsledningen?

Till slut:

- Tycker du att vi har täckt det viktigaste eller har du något annat att tillägga?

Bilaga 1.2 Intervjuguide läkare på Akuten

Bakgrundsinfo:

- Vilken utbildning/bakgrund har du?
- Hur länge har du arbetat på akuten?
- Varför började du arbeta på akuten?
- Vilken är din position?
- Vilken är din hemma klinik/avdelning?

Angående team:

- Vad betyder teamarbete för dig?
(här behöver vi efter att ha fått ett svar beskriva vad vi menar med team= flerprofessionellt vårdteam)
- Tycker du att ni arbetar i Team på akuten? (förklara)
- Om inte - varför arbetar ni inte i team? (Om ja – hur arbetar ni i team på akuten?)
- Tycker du att ni borde arbeta i team?
- Om ni ska införa teamarbete hur tycker du att det ska gå till? (Skulle ni kunna arbeta ännu mer i team? Hur skulle det gå till i så fall?)
- Hur borde teamen se ut? (Hur ser era team ut?)
- (Hur skapar man ett team hos er (Sätter samman team)?)
- Hur tror du att man kan upprätthålla ett välfungerande team? (Hur gör ni för att era team ska vara välfungerande (Hur gör ni för att trimma era team)?)
- Skulle teamarbete fungera i er organisation dvs visavi schemaläggning, organisation osv.? (Hur arbetar ni i team dvs schemaläggning, organisation osv, teamaktiviteter?)
- (Hur kommunicerar teammedlemmarna sinsemellan?)
- (Arbetar ni alltid i team? (dvs. graden av teamarbete))
- Vad anser du behövs för att få till ett välfungerande team?

Team inte team

- Har du erfarenheter från andra sätt att organisera arbetet?
- I så fall - vilken skillnad är det mellan att arbeta på akuten jämfört med dina andra erfarenheter? (fördelar/nackdelar)
- Tror du att man kan arbeta teambaserat i all slags vårdverksamhet?

- Tror du att det finns arbetsmoment som är lättare respektive svårare att utföra i team?

Team professionerna:

- Vilken yrkesgrupp tror du har lättast respektive svårast att arbeta i team?
- Vilken yrkesgrupp tror du har mest fördel av att arbeta i team?
- Vad tror du att personalen på akuten generellt skulle tycka om (tycker om) att arbeta i team? Finns det olika inställningar bland olika yrkesgrupper tex?

Team patient:

- Tror du att patienten skulle märka om ni arbetade (att ni arbetar) i team?
- Hur tror du att patienten skulle påverkas av att ni arbetar i team? (Hur påverkas patienten av att ni arbetar i team?)

Team versus arbetsmiljö

- Hur är er arbetsmiljö? (Fysisk miljö? Arbetsbelastning? Psykosocial arbetsmiljö? Stöd?)
- Vilka aktiviteter har ni för att skapa en bra arbetsmiljö på akuten?
- Till vilken grad tror du att en omorganisering till team skulle påverka arbetsmiljön? (Till vilken grad tror du att er organisering i team påverkar arbetsmiljön?)
- Till vilken grad tror du att omorganisering till team skulle påverka arbetsledningen? (Till vilken grad påverkar teamen arbetsledningen?)
- Till vilken grad tycker du att arbetsledningen påverkar/bidrar till teamarbetet?
- Hur upplever du att samordningen mellan din klinik och akuten går till?

Till slut:

- Tycker du att vi har täckt det viktigaste eller har du något annat att tillägga?