

Arbetsmiljön i primärvården

Intervjuer med läkare och sjuksköterskor



Citera gärna Centrum för arbets- och miljömedicins rapporter men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.


Referera till rapporten enligt:

Johansson G, Sanches Bengtsson S, Jacobaeus A, Burström B, Taloyan M, Andersson E. Arbetsmiljön i primärvården – intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Utgivningsort: Stockholm Utgivare; Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm; 2019.




Centrum för arbets- och miljömedicin

Solnavägen 4, Plan 10, 113 65 Stockholm



camm.slso@sll.se

ISBN: 978-91-88361-20-2



Författare: Gun Johansson (CAMM), Sara Sanches Bengtsson (CAMM), Antonia Jacobaeus (CAMM), Bo Burström (CES), Marina Taloyan (APC), Emelie Andersson (CES)




Foto: Yanan Li

Stockholm oktober 2019

Rapporten kan laddas ner från CAMM:s webbplats,
www.camm.sll.se/rapporter

Förord

Primärvården är en alltmer central del av hälso- och sjukvården i Sverige men brottas med personalbrist och rapporter om bristfällig arbetsmiljö.

Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) har ett övergripande uppdrag att minska ohälsa hos befolkningen i Region Stockholm genom att identifiera, bedöma och förebygga hälsorisker i arbets- och omgivningsmiljö. Vi ingår tillsammans med bland annat Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) och Akademiskt primärvårdscentrum (APC) i verksamhetsområde *Forskning, utveckling och utbildning* inom Stockholms läns sjukvårdsområde. CAMM, CES och APC fick tillsammans uppgiften att belysa vilka faktorer som gör att personal i primärvården väljer att stanna på eller lämna sin arbetsplats. Huvudansvaret för uppdragets genomförande har legat på CAMM under ledning av Gun Johansson men har skett i nära samarbete med övriga enheter.

Studien bygger på intervjuer. Resultaten talar för att känslan av att arbetet är meningsfullt är central för att personal ska vilja och uppleva sig kunna arbeta kvar i primärvården men att tidsbrist ofta minskar upplevelsen av meningsfullhet. Flera bidragande faktorer till tidsbristen identifieras och ligger till grund för förslag till utvecklingsområden. Antalet deltagare i studien är begränsat och utgör inte ett statistiskt representativt urval för de anställda i primärvården men deltagarna representerar en stor bredd i yrkeserfarenhet, upptagningsområde och i de val man gjort vad gäller att stanna eller lämna. Deltagarna har generöst delat med sig av sina erfarenheter och reflektioner och vi framför ett varmt tack till dem för detta.

Det är vår förhoppning att denna sammanställning och analys skall kunna fungera som ett underlag för fortsatt diskussion och utveckling av arbetet inom primärvården.

Maria Albin

Verksamhetschef

Centrum för arbets- och miljömedicin, Region Stockholm

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Sammanfattning..... | 6 |
| Introduktion | 7 |
| Metod | 8 |
| Studiedeltagarna | 8 |
| Datainsamling | 9 |
| Dataanalys | 10 |
| Resultat | 11 |
| Meningsfullt arbete..... | 11 |
| Tillräckligt med tid..... | 12 |
| Arbetsbörda..... | 12 |
| Dokumentation och analysarbete | 12 |
| Variation i arbetsuppgifter | 13 |
| Antal patienter, dess komplexitet och kontinuitet..... | 13 |
| Patientens attityd | 14 |
| Samverkan med specialisterheter och myndigheter | 15 |
| Primärvårdens tillgänglighet..... | 15 |
| Förutsättningar i arbetets organisering..... | 16 |
| Anpassning till ersättningssystemet | 16 |
| Arbetsplatsens driftsform och placering | 16 |
| Arbetsätt och arbetsklimat | 17 |
| Bemanning på arbetsplatsen..... | 17 |
| Tidbokens styrning och flexibilitet | 18 |
| Chefens stöd | 19 |
| Hälsa och handlingsstrategi..... | 20 |
| Diskussion | 22 |
| Arbetsförhållanden inom primärvård och krav-kontroll-stöd-modellen | 22 |
| Organisatorisk och social arbetsmiljö..... | 23 |
| Några möjliga utvecklingsområden | 23 |
| Utvecklad samverkan med specialisterheter och myndigheter..... | 24 |
| Utveckling av hur tidsbokningar sker..... | 24 |
| Chefers förutsättningar för att kunna ge stöd | 25 |
| Exit, voice and loyalty | 25 |
| Slutsatser | 27 |
| Referenser..... | 28 |
| Bilagor | 29 |
| Bilaga 1. Intervjuguide | 29 |
| Bilaga 2. Tabell 2.0 Exempel på koder, kategorier och subkategorier..... | 31 |

Sammanfattning

Det finns tecken på att arbetsförhållanden inom primärvården inte är bra och att personal därför ofta väljer att lämna sina jobb. För att kunna erbjuda en god och jämställd vård behöver det finnas förutsättningar för goda arbetsförhållanden i den befintliga arbetsmiljön. Primärvårdspersonal kan inte förväntas hjälpa och vårda andra om de själva inte mår bra.

Femton läkare och fyra distriktsköterskor inom primärvården i Region Stockholm intervjuades om vad de upplevde som centrala faktorer av betydelse för sin arbetssituation. I intervjuerna ställdes öppna frågor som handlade om beslutet att stanna kvar eller sluta på en vårdcentral, arbetsplatsen och arbetssituationen, om funderingar angående karriären från tidigare år och om framtiden. I intervjuerna framkom betydelsen av meningsfullhet i arbetet och möjligheterna att få tid för att kunna utföra ett sådant arbete. Möjligheter för detta beskrev man hänga samman med förhållanden som påverkar arbetsbördan och olika förutsättningar i organisationen.

Utifrån resultatet föreslår vi tre utvecklingsområden:

- Utred hur man kan förebygga att remisser och sjukintyg kommer i retur.
- Utvärdera för- och nackdelarna med olika tidsbokningssystem där den kliniskt verksamma personalen har mer kontroll över bokningen av sin egen tid.
- Utred hur förutsättningarna för cheferna att skapa goda arbetsförhållanden för sina medarbetare ser ut.

Introduktion

Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) läkarförening skickade under hösten 2017 ut en enkät om arbetssituation och arbetsförhållanden till alla läkare inom SLSO. Enkätsvaren från läkare inom primärvården visade en dystert bild. Till exempel rapporterade endast 29 procent av dessa läkare att de ansåg att arbetsbelastningen oftast var rimlig, 22 procent att de hade tillräcklig tid för återhämtning och 53 procent svarade att arbetsmiljön påverkade deras hälsa negativt. Motsvarande siffror bland läkare inom till exempel geriatrik var betydligt högre: 65 procent, 42 procent och 24 procent (1).

Att primärvården brottas med problem är inte unikt för Stockholmsregionen. I en debattartikel i Dagens Nyheter, hösten 2018, larmade 727 specialistläkare inom allmänmedicin om brister inom primärvården. Man pekade bland annat på flykten av allmänläkare och distriktssköterskor som ett hot mot primärvårdens framtid (2).

Primärvården i Sverige är en central del av hälso- och sjukvårdssystemet. Under många år har antalet vårdplatser på sjukhus minskat och en allt större del av hälso- och sjukvården förväntas ske i öppen vård, framför allt i primärvården. Det gäller såväl vård och behandling av personer med kroniska sjukdomar som mer akuta tillstånd. Primärvården förväntas se till individens hela vårdbehov och vara en länk både till det övriga hälso- och sjukvårdssystemet och till övriga relevanta samhällsinstanser. Primärvården blir dessutom allt viktigare i folkhälsoarbetet.

Tidigare var primärvården anslagsfinansierad men har sedan 1990-talet, i och med införande av beställar- och utförarmodeller, blivit intäktsfinansierad. I Region Stockholm genomfördes Vårdval Stockholm år 2008, vilket innebar fri etablering för privata vårdgivare och att ersättning till vårdgivare följer patientens val av vårdgivare. Ersättningssystemet grundades åren 2008–2015 till övervägande del på antal besök och ändrades år 2016 till en större del fast ersättning per listad patient. Ersättningssystemen har stor betydelse för hur arbetet på vårdcentralen sker.

Primärvården i Sverige är föremål för debatt och diskussioner. Utredningen *God och nära vård* föreslog år 2018 en primärvårdsreform med förstärkning av primärvården.

Primärvården har alltså en central betydelse inom hälso- och sjukvården men som för att klara sin roll behöver tillräcklig bemanning med kompetent personal med goda arbetsförhållanden. Den här studien bygger på intervjuer med fyra distriktssköterskor och femton läkare från primärvården i Region Stockholm och genomfördes hösten 2018. Syftet var att studera hur personalen beskriver vad som gör att man stannar kvar eller lämnar sin arbetsplats på en vårdcentral eller i primärvården. Av de nitton intervjuade avsåg sju att stanna på sina nuvarande arbetsplatser, sju ville byta vårdcentral och fem hade helt och hållet lämnat primärvården.

Metod

Studiedeltagarna

Inbjudan till att delta i studien skickades via sociala medier och e-postlistor, och via direktinbjudan till fyra vårdcentraler inom Region Stockholm. Ytterligare en studiedeltagare kunde rekryteras med hjälp av de intervjuade, som i slutet av intervjun ombads att tillfråga sina kollegor.

Femton läkare och fyra distriktssjuksköterskor, som arbetar eller har arbetat inom primärvården i Region Stockholm, anmälde sitt intresse och intervjuades. Av dessa nitton deltagare, rekryterades arton stycken via e-post eller sociala medier och en rekryterades via en annan studiedeltagare. Inbjudan via vårdcentral gav inga resultat.

Av de nitton intervjuade var sju personer kvar på sin nuvarande vårdcentral, sju deltagare hade bytt eller skulle byta arbetsplats inom primärvården och fem personer hade lämnat eller skulle lämna primärvården (se tabell 1). Tolv av de intervjuade personerna var kvinnor och merparten var i åldrarna 40–59 år. Antal år i yrket varierade mellan 6 och 43 år. Fem personer hade fått sin utbildning i ett annat land än Sverige. Vårdcentralerna där studiepersonerna arbetade eller hade arbetat var spridda inom Region Stockholm och inkluderade även internetbaserad primärvårdsutförare. De fanns områden med både hög och låg socioekonomi samt med varierande andel utlandsfödda.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av deltagare

| Egenskaper och erfarenheter hos deltagarna | | | | | | Socioekonomiska förhållanden bland vårdcentralens upptagningsområde | | | Stanna / lämna |
|--|-------|------------------|------------|--------------------------------|---|--|--|---------|--|
| Ålder | K/M | Antal år i yrket | Utbildning | Tid på nuvarande arbetsplats** | Care Need Index – "låg" resurser eller "hög" resurser | Andel (%) utrikes födda i befolkningen år 2014 där VC placerad (män och kvinnor) | Andel (%) högt utbildade, 25-64 år, minst 3 år eftergymnasial 2014 (män / kvinnor) | | |
| L | 40–49 | K | 11 | Sverige | 4 mån kvar | Låg | 24 | 36 / 42 | Har lämnat eller kommer att lämna primärvården |
| L | 40–49 | M | 12 | Utland | 6 månader | - | 36 | 16 / 21 | |
| L | 60+ | K | 43 | Sverige | 4 månader | Låg | 24 | 36 / 42 | |
| L | 30–39 | K | 12 | Sverige | 2 år | Hög | 24 | 36 / 42 | Kommer att börja eller har börjat på en ny vårdcentral |
| L | 40–49 | K | 16 | Utland | 1,5 månader | Hög | 40 | 15 / 22 | |
| L | 50–59 | M | 21 | Sverige | 1,5 månader | Låg | - | - | |
| L | 50–59 | M | 12 | Sverige | 8 mån | Hög | 36 | 16 / 21 | Kommer att börja eller har börjat på en ny vårdcentral |
| L | 40–49 | K | 20 | Sverige | 8 år | Hög | 15 | 41 / 45 | |
| L | 30–39 | M | 7 | Sverige | 6 år | Låg | 18 | 35 / 42 | |
| L | 40–49 | M | 13 | Sverige | 1,5 år | Låg | 24 | 36 / 42 | Stannar – funderar lämna |
| L | 30–39 | K | 10 | Sverige | 5 år | Låg | 24 | 36 / 42 | |
| S | 40–49 | K | 16 | Sverige | 1 år | Låg | 24 | 36 / 42 | |
| L | 40–49 | K | 16 | Utland | 4 år | Låg | 24 | 36 / 42 | Stannar |
| S | 30–39 | K | 6 | Sverige | 6 år | Hög | 10 | 12 / 20 | |
| L | 50–59 | M | 28 | Utland | 9 månader | Hög | 26 | 22 / 30 | |
| L | 50–59 | M | 31 | Sverige | 13 år | Låg | 24 | 36 / 42 | Stannar |
| S | 50–59 | K | 18 | Utland | 3 år | Låg | 24 | 36 / 42 | |
| S | 50–59 | K | 33 | Sverige | 9 månader | Låg | 27 | 40 / 46 | |
| L | 50–59 | K | 26 | Sverige | 8 år | Låg | 24 | 36 / 42 | |

*Deltagare gavs ett id-nummer när de kontaktade forskargruppen med intresse att delta.

**Nuvarande arbetsplats är arbetsplatsen där deltagaren var anställd under september 2018. L = Läkare; S = Sjuksköterska; - = ej info

Datainsamling

Intervjuer genomfördes av två av författarna. En av dem två intervjuare, med erfarenhet av kvalitativ forskningsmetodik men som saknade erfarenhet från vården, deltog i samtliga intervjuer. En annan intervjuare, som arbetat som läkare, men saknade forskningserfarenhet deltog i sju av intervjuerna.

Intervjuerna varierade från 25 minuter upp till 1 timme. Sjutton intervjuer spelades in efter godkännande av individerna. Vid två intervjuer där deltagarna inte godkände inspelning fördes i stället anteckningar.

Intervjuer genomfördes med hjälp av en semi-strukturerad intervjuguide (se mallen i Bilaga 1).

Öppna frågor täckte teman som handlade om

- beslutet att stanna kvar eller sluta på en vårdcentral
- arbetsplatsen och arbetssituation

- funderingar angående karriären från tidigare år
- framtiden.

Två frågor om erfarenhet av samverkan med Försäkringskassan och det rådande journalsystemet togs upp mot slutet av intervjun. Samtliga intervjuer transkriberades.

Dataanalys

Data analyserades via en induktiv, manifest innehållsanalys. Analysen började med att intervjuaren transkriberade, lyssnade på och läste igenom materialet flera gånger för att få en känsla för helheten. De transkriberade intervjuerna samt två antecknade intervjuer hanterades i NVivo 11. För att kunna skapa en systematisk struktur i analysen hämtades inspiration från Graneheim och Lundmans (3) metod för innehållsanalys. I den organiserades data i meningsbärande koder som sammanförs i olika kategorier.

Meningar eller fraser som innehöll information som var relevant för frågeställningarna lyftes ut som meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet, och gavs en kod. Kodningen genomfördes parallellt av två personer från forskargruppen. De kondenserade meningsenheterna och tillhörande koder grupperades i fem kategorier med subkategorier baserade på likheter (se exempel i Tabell 2.0 i Bilaga 2).

Slutligen komprimerades de fem kategorierna i en innehållsmodell som beskriver kategorierna och tillhörande subkategorier samt kategoriernas inbördes relation. Den manifesta innehållsanalysen presenteras i en figur av kategorierna och subkategorierna.

Resultat

Resultaten presenteras i form av fem kategorier. Dessa har skapats utifrån vårdpersonalens beskrivningar av vad som fick dem att stanna respektive att lämna sitt arbete på vårdcentralen. De fem kategorierna är:

- meningsfullt arbete
- tillräckligt med tid
- arbetsbörda
- förutsättningar i arbetets organisering
- hälsa och handlingsstrategier.



Figur 1. Modell över kategorier som personal inom primärvården beskriver påverkar deras val att stanna vid eller lämna en vårdcentral.

Meningsfullt arbete

En viktig drivkraft för studiedeltagarna var att kunna använda sin medicinska kompetens för att tillhandahålla en säker vård med god kvalitet, och därigenom skapa tillit hos patienterna. En annan drivkraft var att ha ett arbete som var stimulerande och som man kan utvecklas i. Att se resultat av sitt arbete, få uppskattning från patienter eller chefer och få respekt från sitt team var förhållanden som lyftes fram som positiva.

”Det är världens bästa jobb. Det är helt fantastiskt att få vara med och träffa människor och verkligen få bidra med någon form av helhet på deras hälsa. Och om man sedan kan följa dem över tid också, som egentligen är tanken med primärvården, då, är det helt makalöst.”

Det fanns en oro för att förlora medicinsk kompetens om en alltför stor andel av patientbesöken var sådana där patienten skulle blivit frisk oavsett om hen besökt vårdcentralen eller ej. Många sådana fall beskrevs också kunna leda till att man upplevde understimulans i arbetet.

"Det skrämmer inte mig att ha ansvar för sjuka patienter, för det är ju det jag är utbildad till. Det är snarare nästan skrämmande om man inte har så sjuka (patienter), för då tappar man kompetensen."

Tillräckligt med tid

Att ha tillräckligt med tid både för patientmötet och för den tillhörande administrationen lyftes fram som en grundläggande förutsättning för att kunna ge patienterna en säker vård av god kvalitet. Patientens medicinska behov påverkar den mängd tid som krävs för att tillhandahålla sådan vård. Studiedeltagarna beskrev återkommande exempel på patienter med komplicerade problem där utrymme för att utföra ett adekvat jobb inte fanns på grund av att den avsatta besökstiden var för kort.

"Det spelar ingen roll hur mycket vi informerar om tid per besöksorsak, om att den här frågeställningen behöver så här många minuter... utan de bokar fortfarande bara 20 minuter för en akut psykisk kris, en suicidal patient. Det går inte på tjugo minuter. Vi sitter med människor."

"... en patient med 'krisreaktion', då hon (bokare) tyckte att doktorn skulle hinna skriva en remiss till en psykolog på tio minuter. Då gick jag och ifrågasatte det och sade 'hur tänkte du nu... tio minuter, då kommer bara patienten precis hinna in till doktorn, bryta ihop över hur dåligt den mår och sedan ska den slängas ut. Det här är inte humant mot varken doktor... framför allt inte mot doktorn... och det är ju doktors arbetsmiljö som vi skapar genom våra bokningar'."

Kontinuitet i arbetet, som att ansvara för patienter man träffar regelbundet, kan underlätta tidsproblemet. Då behöver man inte lika mycket besökstid, eftersom personens sjukhistoria är känd sedan tidigare.

"Patientmötena är ju oftast väldigt trevliga och roliga... det är det som gör att jag tycker det är roligt att jobba här, för jag har min patientstock som jag känner. När de kommer in i rummet så vet jag vilka sjukdomar de har."

Arbetsbörda

Arbetsbördan beskrevs påverka om man hade tillräckligt med tid för att utföra arbetet så att det kändes meningsfullt. Deltagarna beskrev sex olika förhållanden som påverkar arbetsbördan:

- dokumentation och analysarbete
- variation i arbetsuppgifter
- antal patienter, dess komplexitet och kontinuitet
- patientens attityd
- samverkan med specialisterheter och myndigheter
- primärvårdens tillgänglighet.

Dokumentation och analysarbete

Dokumentation och analysarbete är kopplat till administration kring patientbesöken. Sådan administration omfattar bland annat journalanteckningar, bedömning av provsvar, remiss till andra specialisterheter och intyg till myndigheter.

Tiden avsatt för att hantera dokumentation och analys kopplade till patienter upplevdes av de flesta deltagarna i studien ofta som otillräcklig. Hur pass krävande dokumentation och analysarbete är samvarierar med hur komplicerade problem patienten har.

"Den administrativa tiden, det är någonting man hela tiden kämpat om för att få lite mer av... Man ska gå genom journalen, skriva, följa upp provsvar, vidta åtgärder, boka in patienter för uppföljning, ringa och förnya recept och så vidare. Allting vad det innebär och tiden räcker aldrig."

Flera deltagare upplevde att det administrativa arbetet för de medicinska professionerna inom primärvården ökat i takt med att det administrativa stödet för dokumentation minskat.

"När jag började i primärvården hade vi en halvdag i veckan där vi hade bara administration, en eftermiddag från kl 13 till 17, och det var ju fantastiskt skönt att hinna med och skriva alla sina intyg och så, men det här har successivt plockas bort sedan 2008."

Variation i arbetsuppgifter

Att ta emot patienter beskrevs vara den huvudsakliga arbetsuppgiften bland studiedeltagarna. Möten med patienter kunde äga rum på vårdcentralen, på barnavårdscentralen (BVC), i patientens hem, i gruppboenden eller via internet. Studiepersonerna arbetade också helt eller delvis på mottagningar för specifika sjukdomar. Andra arbetsuppgifter som nämndes var till exempel handledning av personal under utbildning och konsultativt stöd till kollegor.

Även om studiepersonerna såg patientarbete som sin huvudsakliga uppgift, kan sådant arbete på heltid bli utmanande. Patientarbete på heltid innebär nämligen att träffa ett stort antal patienter, både schemalagda och drop-in, med komplexa problem som kräver omfattande uppföljning och administration.

"Och att ha den här mottagningen från morgon till kväll det är väldigt, väldigt tungt. Möte med patienter varje halvtimme. Det är ganska tufft. Och alla har sina många problem som de ville ha svar på, så det tar ju mycket energi"

Möjligheter att till exempel få göra hembesök eller handleda personal under utbildning beskrevs som meningsfulla uppgifter som kan ge variation och återhämtning.

Många beskrev vikten av att ha variation i sin arbetsvecka, och "späda ut" mottagningsarbetet med arbete på till exempel BVC, diabetesmottagning, rond på äldreboende eller handledning av personal under utbildning.

Antal patienter, dess komplexitet och kontinuitet

Antal patienter och hur komplicerad problematik de hade samt om man tidigare träffat patienterna var ytterligare en komponent som studiepersonerna beskrev påverka arbetsbördan. Patienter som till exempel är multisjuka eller som har psykosociala problem är i behov av mer tid än vad som vanligtvis beräknats för ett besök och kräver dessutom mer tid för administration efter besöket.

"Det som politikerna pratar om är hur många man ska ha på sin lista, det är aldrig någon som pratar om patienttyngd och hur man ska mäta den."

Det handlar inte om antal utan det handlar ju om vad det är för patienter jag har och hur många gånger de behöver komma.”

”Vi har det här tillgänglighetsproblemet hos oss eftersom det är ont om doktorer. När till exempel en gammal människa kommer, då är det inte ett medicinskt problem jag förväntas lösas, utan då vill de ha hjälp med flera medicinska problem samtidigt. På den här halvtimmen är det jättesvårt att få tiden att räcka till, så det bli en stress av det också. Normalt sett så kunde man ta ett par, tre problem och sedan sätta tillbaka patienten till sig själv på återbesök, men tidböckerna är ju liksom så fulla.”

Att ha sin egen lista med patienter beskrevs som betydelsefullt för kontinuiteten.

”Man destillerar liksom fram en surdeg med patienten., alltså man får mer och mer komplexa patienter när åren går.”

När en läkare lämnar en vårdcentral ”ärvs” dock dessa listor med komplexa patienter av kollegor, som ju ofta redan hade fulltecknade listor.

Ansvar för en större andel komplexa patienter eller ett ansvarsområde beskrevs kunna vara i obalans mellan medarbetare av till exempel olika kön, utbildningsnivå och anställningsform på en vårdcentral. Exempelvis som i fall där nyanställda distriktsköterskor eller ST-läkare fått uppgifter som ingen annan på arbetsplatsen ville ansvara för, eller som var alldeles för svåra.

När patienterna själva valde läkare kunde en ojämn fördelning utvecklas på grund av patientens val.

”Då kunde ju folk lista sig på vilken doktor de ville. Det var patienter som bodde på ett annat område som började lista sig på en doktor som de tyckte var bättre kanske, så det var några doktorer som redan på en gång fick en stor lista och några som hade färre listade. Så redan där blev det en väldig ojämn belastning.”

Hyrlläkare tog oftast emot enklare sjukdomsfall medan patienter som hade mer komplexa problem bokades till de färre fasta läkare som arbetade kvar.

”Och det blir väldig tungt. Och det märker vi att hyrlläkare får ju lite så här snabbare saker. Och att de här multisjuka patienterna behöver ju en specialist.”

Patientens attityd

Behov, attityder och feedback från patienterna lyfte deltagarna fram som faktorer som kunde bidra till känslan av meningsfullhet i arbetet men också till att öka arbetsbördan. Patienter som till exempel uttryckte glädje att återse vårdpersonal bidrog till känslan av meningsfullhet.

”Varje gång som jag kommer hem till henne så säger hon’ Nä men [namn på deltagare] vad skönt att du kommer, jag blir så glad när jag får träffa dig’ Och hon har nog hittat ett förtroende för mig. När jag får sådana möten, då blir jag jättevarm i hjärtat. Jag känner - det här är värt det.”

Patienter som uttryckte kritik, krävde ytterligare behandlingar eller ny medicinsk bedömning (second opinion) beskrevs som ett förhållande som ytterligare ökade arbetsbördan.

"Många kräver och tycker att de har rätt till en second opinion och så blir det lite löjligt. Det försvarar för oss, det är fel, man ska inte använda resurserna på det sättet."

Bristande kontinuitet och tillit till primärvården beskrevs också påverka patienternas beteende, vilket i sin tur ökade personalens arbetsbörda.

"De (patienter) springer till en annan vårdcentral för de har ingen fast kontakt. De har ingen i vården som de kan lita på, och så de springer hit och sedan vill de ha en massa saker, men de blir aldrig nöjda med det jag gör. Och när jag säger... 'men det här hjärtat låter bra, du behöver inte göra EKG.' De litar inte på det. 'Nä men vem är du?'"

Samverkan med specialisterheter och myndigheter

Samverkan med specialisterheter beskrevs som ytterligare ett förhållande som påverkade arbetsbördan. I de fall remisser till specialisterheter inte gick igenom blev patienten återigen primärvårdens ansvar och genererade oplanerat administrativt arbete som adderades till den redan snäva tiden för administration. Deltagare som hade erfarenhet av att arbeta i mindre landsting ansåg att Region Stockholm hade många specialister att tillgå, men att den personkänedom som underlättade samarbete mellan primärvård och specialistläkare i de mindre landstingen var svårare att uppnå i Region Stockholm.

Vid sjukskrivningar ska läkare leverera intyg till Försäkringskassan vilket utgör ett beslutsunderlag för om patienten ska beviljas sjukpenning eller inte. Intygen utformas och bedöms av Försäkringskassan, som de senaste decennierna skärpt tillämpningen av kraven för sjukskrivningar. Enligt studiedeltagarna returnerades intyg allt oftare till läkaren för komplettering eftersom de inte uppfyllde myndighetens standard. Returnerade läkarintyg ökade i sig den administrativa arbetsbördan och kunde dessutom kräva ytterligare patientkontakter, som i sin tur gav undanträngningseffekter eftersom tid gick till "onödig" administration i stället för till patienter med större medicinska behov.

Läkare levererade även intyg till andra verksamheter, vars krav också beskrevs ha ökat.

"Under de senaste två åren fick vi bara ökade krav från sjukhus, från landstinget, från Försäkringskassan, från sociala myndigheter och Arbetsförmedlingen, men, vi fick inte tillräckligt med resurser för att möta de här kraven."

Primärvårdens tillgänglighet

Primärvården har tillgänglighetskrav på att vara nåbara inom bestämda tidsperioder. Studiedeltagarna talade också om att vara nåbara i relation till vårdcentralers tillgänglighet: telefontillgänglighet, självbokning via webben och webbaserade vårdcentraler. Tillgänglighet för personalen handlade dessutom om att möta och hantera andra behov än sjukdom.

"Innan jag slutade drucknade jag av alla som ville prata med mig. Jag finns inte här för att de vill prata, utan det ska vara ett medicinskt behov."

Personalen upplevde att en alltför lättillgänglig primärvård skulle kunna öka efterfrågan och bidra till uppsökandet av medicinskt "onödig" vård.

"Det finns en mer ideologisk önskan att man ska vara vårdcentralen för hela familjen, man ska kunna ta emot även små saker. Patienten ska känna att vi är deras vårdcentral och får de akuta besvär så ska de komma till oss i första hand. Förkylda 3-åringar kan vi hänvisa till flera ställen om de ens ska till en doktor. Men utredningsfallen, dem har bara vårdcentralen... folk söker för någonting bara för att de kan, bara för att det är lättillgängligt, de är inte ens oroliga."

Förutsättningar i arbetets organisering

Sex organisatoriska förhållanden kunde identifieras av betydelse för personalens arbetsbörda:

- anpassning till ersättningsystemet
- arbetsplatsens driftsform och placering
- arbetssätt och arbetsklimat
- bemanning på arbetsplatsen
- tidbokens styrning och flexibilitet
- chefens stöd.

Anpassning till ersättningssystemet

Att få ekonomin på vårdcentralen att gå ihop beskrevs ofta som ett övergripande fokus för verksamheten. Vårdavtal och ersättningsystem som politiker fattar beslut om, påverkade hur deltagarna kunde utföra det medicinska arbetet. Svårigheten att anpassa den medicinska verkligheten till den ekonomiska återkom i flera intervjuberättelser.

Jag tyckte det var jättesjukt egentligen att när man införde det här resultatbaserade [ersättningssystemet], så hade vi utbildning om hur man skriver journal. Tre heltimmar hela läkargruppen och den som lärde oss skriva journal det var vår ekonom. Vi var tvungna att registrera diagnoser och åtgärder på korrekt sätt enligt det regelsystemet. ... det var ett sätt att försäkra att vårdcentralen fick sin ersättning..."

"Varför ska jag arbeta helt olika beroende på vilka betalningssystem det är? Det blir väldigt märkligt för mig. Jag vill ju göra skillnad för människor som kommer till mig, jag vill hjälpa dem. Och sedan ska jag samtidigt anpassa mig efter någon slags betalning."

Arbetsplatsens driftsform och placering

Information om hur en arbetsplats såg ut, om jobbet utfördes via internet, på en vårdcentral som drevs privat eller offentligt, i närheten till hemmet samt geografiska, socioekonomiska och kulturella förhållanden var faktorer som enligt studiedeltagarna påverkade deras arbete. Positivt bidragande faktorer som nämndes var till exempel en vårdcentral som var placerad i ett område med socioekonomiskt lägre status eller hade en stor andel av befolkningen som var äldre.

"Spännande, och ett spännande och utmanade område att jobba i... en väldigt homogen invandrargrupp med flyktingar från [land] och sedan mera flyktingar från [land]. Dessa stora grupper har mycket gemensamt, det ger liksom en insyn i en kultur kan man säga." (studiedeltagare).

De intervjuade beskrev också att det var förmånligare ekonomiska villkor på privat- än på offentligt drivna verksamheter.

"Jag skulle hellre jobba på landstinget, men landstinget, som det ser ut nu, kan ju aldrig konkurrera lönemässigt med de privata vårdcentralerna. Så, jag gick upp 11 000 i lön när jag bytte."

Arbetsätt och arbetsklimat

Arbetet på vårdcentral beskrevs av både läkare och distriktsköterskor som ensamt. Deltagare beskrev också på olika sätt önskemål om ökat samarbete.

"Jag gillar när det är lite mer öppet arbetsklimat. Att man kan ha öppna dörrar och att bara gå och fråga kollegor utan att det ska vara så svårt."

Även då arbetet formellt kan vara organiserat i arbetsgrupper, beskrevs att det i praktiken sällan gavs utrymme för att diskutera patienter.

"Det är för mycket press, absolut, och ingen chans till fortbildning. Den administrativa tiden räcker inte, man hinner inte tänka igenom fall, man hinner inte konsultera någon och gör man det så får man lov att ringa någon på sjukhus för att man inte kan störa en kollega för dom har så fullt upp, och det är väldigt ensamt. Man sitter ju på det här rummet från åtta på morgonen till fem på eftermiddagen och många jobbar ju över en, två timmar."

Flera deltagare upplevde vårdcentralens organisation som rörig. Ett exempel som angavs var att nyanställda fick påbörja sitt arbete utan någon introduktion.

"När jag kom dit första dagen, så insåg jag att det här är ju, väldigt rörigt och ostrukturerat... Och en sjuksköterska som började samtidigt fick ingen inskolning, så jag fick hjälpa till och inskola henne trots att jag inte heller fick någon inskolning."

Upplevelse av rörighet eller kaos beskrevs också i relation till bokningar av patienter.

"Om det är helt fullbokat överallt på grund av alla omläggningar hos både undersköterskor och sjuksköterskor, då kan det ju vara så att någon ringer som har gjort illa sig och behöver en omläggning akut. Då måste man försöka hitta ett utrymme, 'var kan jag få in den här', och det är ju det som blir kauset, att försöka trycka in dom akuta patienterna, när det kanske redan är fullt av bokade patienter."

Bemanning på arbetsplatsen

Adekvat bemanning med kompetent personal, som man kan samarbeta med och få kollegialt stöd av, ansågs viktigt bland studiedeltagarna. Brist på personal eller många medarbetare som på grund av nyanställning eller bristande erfarenhet behövde mycket stöd, bidrog till ett ökat ansvar och tyngre arbetsbörda för den befintliga personalen.

Ibland upplevdes uppsägningar eller sjukskrivningar av kollegor som bekymmersamt och inte bara som en händelse som påverkade arbetsbördan. Hyrläkare bidrog till en saknad av fasta kollegor eller en fast grupp att samarbeta med.

"Jag saknade det kollegiala, [upplevde] något slags ensamhetskänsla. Mycket stafettläkare som passerade förbi."

"Man hinner inte riktigt lära känna de nya. Det är också en nackdel att hyrläkarna inte riktigt är med på läkarmötena och men finns ju bara där, så man har ju färre kollegor om man säger så."

"Det är en fast som jobbar tre dagar i veckan och sedan är det återkommande hyrläkare som stöttar upp, så att just nu är det väldigt rörigt. När jag började jobba var det tre stycken fasta läkare, inte som jobbade heltid men som ändå var fasta hela veckan, så arbetsituationen har förändrats under de senare åren..."

Tidbokens styrning och flexibilitet

Tidboken var central på vårdcentralerna eftersom den i hög utsträckning styrde personalens tid. Kompetens hos personen som bokade tider, om man kunde boka själv och hur fulltecknade och flexibla tidböckerna var kunde därför påverka personalens arbetsbörda.

De läkare som bokade sina patienter själva beskrev att det, förutom att ge kontroll över den egna tiden, främjade kontinuitet för patienterna i form av återbesök. Att patienten återkom till samma läkare ansågs vara ytterligare en fördel eftersom båda parter kunde lärde känna varandra. I de fall då väntelistan för ett återbesök var för lång valde en del patienter en annan läkare för att få en tidigare tid.

För personal på vårdcentraler där en mottagningsköterska hanterade bokningar beskrevs vikten av att denna hade god kompetens att sortera, prioritera och även bedöma hur lång tid som krävdes för besöket.

En del mottagningar erbjuder tidsbokning online. Studiedeltagarna förklarade att det systemet kunde leda till att patienter med komplicerade sjukdomar bokade in sig för en alltför kort besökstid. De beskrev också att systemet hade en undanträngningseffekt på så sätt att internetvana patienter lärde sig när nya tider skulle släppas, och bokade tiderna före andra patienter som var mindre datorvana men kunde ha större medicinska behov.

"De gamla multisjuka får inte de tiderna, de är inte inne och bokar på webben på det sättet. Så det blir unga, som kanske inte har någonting som man behöver kolla egentligen, som bokar de tiderna."

Oftast beskrevs tidboken som fullbokad eller dubbelbokad, vilket personalen upplevde som tidspressande och utmanande att klara av. Exempel gavs när tidboken endast var bokningsbar tre till fyra veckor framåt, vilket ledde till att personalen inte kunde boka in uppföljningsbesök utan det blev upp till patienten själv att ringa för att boka in sig när den nya veckans tider släpptes. Tidboken beskrevs även som oflexibel eftersom man inte kunde omorganisera arbetsuppgifterna vid behov. Till exempel kunde man inte avsätta mer tid till administration om det uppkom flera administrativa uppgifter kopplade till patienternas besök.

"Tidboken är öppen en månad och den är full och det är också jobbigt. Det är ingen som helst flexibilitet i min tidbok, så om det händer någonting, till exempel att jag får in en remiss så jag ska följa upp någonting, då har jag inga tider."

Chefens stöd

Stöd från närmaste chef lyftes som en viktig förutsättning för att klara arbetsbördan. Närmaste chef på vårdcentralerna kunde ha varierande grundutbildning (t ex läkare, sjuksköterska, tandläkare eller psykolog). De hade också olika lång erfarenhet. Det ansågs önskvärt att chefen fortsatte arbeta kliniskt viss tid, för att behålla förståelsen för verksamheten.

Chefers beteende påverkade hur man trivdes på en arbetsplats. Chefer som till exempel tog för givet att medarbetarna skulle utföra extraarbete och arbeta övertid, eller som förde över ansvaret till medarbetarna för att få ekonomin att gå ihop ökade personalens arbetsbelastning.

"Vår chef blev också väldigt pressad uppifrån, att ekonomin gick så dåligt, och det tryckte han ju på oss. Så vi fick på alla möten höra att vi måste producera mera och det blev väldigt mycket fokus på pinnar - varför vi måste göra mer."

Även hur chefer kommunicerade lyftes i intervjuer. Det man till exempel pekade på var inkonsekvens i beslut, kortfattad eller ensidig kommunikation och ofiltrerad vidarebefordran av påbud från högsta ledning.

"Jag trivs bäst när jag har en bra chef. Och för mig är en bra chef en chef som kan lyssna på mig, som kan se mina kunskaper och mina svagheter och kan stötta mig där."

"Och en chef som gick med klockan och tittade liksom, 'Hur många besök har du egentligen hunnit med idag? Du har bara tagit 12 besök, jag tycker att du ska ta 14 besök minst.' Jag tycker det är jättesvårt att jobba under sådana förutsättningarna. Jag vill jobba och ha kvalitet på det jobb jag gör."

Studiedeltagarna hade förväntningar på stöd från sin närmaste chef när de kom med förslag på förbättringar av verksamheten. Att detta stöd infriades tycktes bidra till att man valde att stanna på arbetsplatsen. Men deltagare förklarade också att inte alltid blev lyssnad på.

"Och jag skulle vilja ha en ledning som lyssnar på dig som utför uppdraget och inte pratar hela tiden om chefer som bestämmer."

Inte heller var det självklart att man fick utvecklas och utbildas i sitt arbete.

"Jag tycker det är så vidrigt... det är ju för mina hjärtsviktpatienter som jag ville gå [utbildningen] för att veta att jag får kvalitet i det arbete jag gör... men då fick jag inte gå den. Det enda jag får höra hela tiden, det är 'du får inte, det kostar pengar'."

Hälsa och handlingsstrategi

Den sista kategorin som resultaten är indelade i, beskriver handlingsstrategier för att kunna göra ett bra arbete eller behålla en god egen hälsa. Deltagare beskrev situationer där arbetet inom primärvården påverkade deras egen hälsa på ett negativt sätt.

Att arbeta inom primärvården kunde enligt studiedeltagarna väcka känslor som besvikelse, frustration, dränering, nedstämdhet, känsla av otillräcklighet och minskad ork eller lust att arbeta.

"Så under en period så kände jag bara, oj vad tungt det här är, jag orkar ju inte längre."

Studiedeltagarna beskrev också att de hade upplevt symptom som stress, ångest och klump i magen samt begynnande utmattningssymptom. Några deltagare blev sjukskrivna på grund av ångest eller stress från sitt arbete. I flera fall beskrev deltagarna att arbetsbelastningen påverkade deras hemsituation, att de var "sura" hemma, eller att de kände att de inte kunde släppa jobbet på fritiden.

"I våras så märkte jag några månader innan semestern att stressnivåerna... man märker att man inte mår bra."

"Min man sa redan tidigt 'du jobbar mera, du kommer hem och är grinigare och tröttare, det verkar inte bra, skulle du inte byta?'"

För att hinna i kapp med arbetet använde deltagarna olika handlingsstrategier. En sådan strategi var att arbeta övertid, att gå upp eller ned i tid eller att avskärma sig för att göra klart arbetet inom en viss tidsram. Studiedeltagarna valde även bort utbildningar för att hinna i kapp med arbetet. För att kunna utföra arbetet eller hantera den oförutsedda administrationen klämde man till exempel in ett telefonsamtal mellan patientträffar.

"Jag kan säga att jag började med 80 procent, jag har en full patientlista och (jag får) jobba heltid men får en 80 procent lön."

Samtliga studiedeltagare gav också exempel på hur de försökt förändra sin arbetssituation, sitt arbetssätt eller strukturer på arbetsplatsen och vårdcentralen för att minska arbetsbördan och kunna ge bättre vård. Förslagen var exempelvis förbättringar av kommunikation, bemanning, arbetsbelastning, organisationsförändringar och ökad flexibilitet i tidboken. Om försöket till förbättringar möttes med öppenhet och om vårdpersonalen fick jobba för förbättringarna, tycks det ha bidragit till att personalen stannade på sin arbetsplats. De intervjuade som stannade, och bestämt sig för att stanna kvar, hade gemensamt att de blev tagna på allvar när de kom med förslag till förbättringar av arbetssituationen och att förändringar sedan införts.

"Det som har varit bra för mig, det jag har fått för mig och liksom kunnat påverka min arbetssituation."

"Fulllistad, då kanske jag har 1500 patienter på min lista nu, så har de varit snälla och ändå stängt den."

Handlingsstrategi – lämna eller byta vårdcentral

En viktig handlingsstrategi var beslutet att lämna primärvården eller byta vårdcentral. Beslutet att lämna en arbetsplats var individuellt och kunde bero på "förutsättningar i

arbetsmiljön” och ”den administrativa arbetsbördan”, men var kopplat till deltagarnas handlingsstrategi gentemot förbättringar och hur de mår. Försök till förändring som inte lett till någon förbättring av arbetssituationen beskrevs som en bidragande faktor till beslutet att lämna en arbetsplats. Ett fåtal av dem som slutade beskrev att de kunde fundera över att återgå till arbetsplatsen om deras förslag för förbättring infördes.

”Att man inte får gehör för sina idéer, med sin önskan om att göra saker bättre på (ens) arbetsplats... Efter några månader så började tanken gå.”

”Men, man får inte byta för fort heller. När jag hade varit här i några månader kände jag att det här är inte bra. Jag vill ändå hjälpa till och försöka förbättra, men när det har gått mer än ett och ett halvt år, då är det tid att fundera på om det är dags att byta.”

Studiedeltagares beslut att lämna sin arbetsplats på en vårdcentral eller i primärvården beskrevs som ett sätt att skydda sig själv, må bättre eller att få bättre arbetsförutsättningar. Personerna betraktade sitt beslut som en nödvändighet. De kände sig tvungna att ta tag i sin arbetssituation för att kunna orka och trivas med sitt arbete i flera år framöver.

”Men i övrigt så är mitt största ansvar att jag inte blir utmattad. Det finns risk för (det) och då vill jag göra allt jag kan för att behålla min karriär.”

Att pröva en ny arbetsplats, vara tjänstledig för vidareutbildning eller en ”inställning” att titta framåt mot en annan situation beskrevs bland deltagarna som ett sätt att kunna hantera eller stå ut med nuvarande arbetssituation. Några exempel var erbjudande om ett arbete som stafettpersonal, randningar på andra vårdenheter, förväntningar eller planer att starta eget och nedräkning mot ett avslut.

Varför stannar man på en vårdcentral eller i primärvården?

Studiedeltagare som stannade på en arbetsplats beskrev några gemensamma förhållanden som en förklaring till varför de valde att göra det. För det första hade alla lyckats få gehör hos chefen för sina idéer för bättre kvalitet med patienten i fokus. För det andra hade de ett ansvarsområde inom arbetsplatsen som de kunde utveckla.

”Jag stannar för att jag känner att håller på att bygga upp en verksamhet.”

”Och nu har jag börjat få lite struktur på det hela tillsammans med mina kollegor och undersköterskorna. Och då vill jag lite grann skörda frukten av det där.”

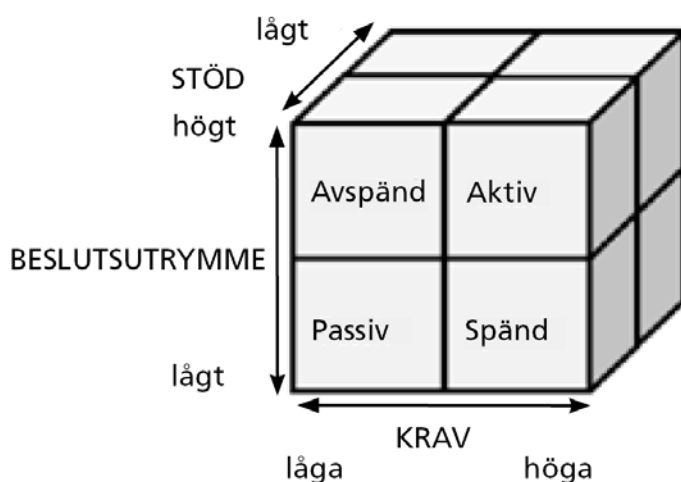
För det tredje fick deltagarna återkoppling på arbetsplatsen, från patienter eller chefer, vilket förstärkte deras ansträngningar att göra ett bra arbete. De flesta av dem som stannade kvar och som tänkte stanna kvar arbetade heltid.

Diskussion

Syftet med den här studien var att hitta utvecklingsområden utifrån upplevda centrala faktorer som har betydelse för arbetssituationen hos personal inom primärvården. Resultaten visar att beslutet att stanna eller lämna sin arbetsplats kan vara en konsekvens av huruvida arbetsbördan tillåter att det finns tillräcklig tid för att utföra arbetet på det sätt man upplever meningsfullt. Ett antal förhållanden har identifierats som påverkar arbetsbördan och de organisatoriska förutsättningarna för denna arbetsbörda.

Arbetsförhållanden inom primärvård och krav-kontroll-stöd-modellen

Vårdpersonalens beskrivningar omfattar förhållanden som beskrivs i krav-kontroll-stödmodellen, som ofta används inom psykosocial arbetsmiljöforskning (se Figur 1) (4). Krav i arbetet kan till exempel utgöras av deadlines och produktivitetskrav och kan vara kvalitativa (komplexiteten), kvantitativa (mängden) eller emotionella. Kontroll i arbetet, eller handlingsutrymmet, handlar om hur och när arbetet utförs, inflytande på organisationen samt möjlighet att använda sin kunskap och erfarenhet. Stöd i arbetet är den tredje faktorn i modellen, som kan bestämma den psykosociala arbetssituationen. Stöd kan komma från chef eller arbetskamrater. Exempel på stöd kan vara vägledning i arbetet, återkoppling på det man gjort eller gemenskap i arbetsgruppen.



Figur 2. Krav-kontroll-stödmodellen

Krav-kontroll-stödmodellen förutsäger arbetens påverkan på anställdas hälsa genom olika kombinationer av dimensioner (se Figur 2). Störst risk för ohälsa har man om arbetet karakteriseras av höga krav och låg kontroll – ett så kallat spänt arbete. Risken för ohälsa i sådana arbeten kan minska om man har ett högt stöd. Den arbetssituation som framträder i berättelserna från deltagande personal inom primärvården är att de har en spänd arbetssituation och ibland kombinerat med lågt stöd. Det är alltså

arbetsituationer som kan medföra ohälsa som på sikt kan leda till att man frivilligt eller ofrivilligt lämnar en vårdcentral eller primärvården. Exempelvis beskriver studiedeltagarna krav på tillgänglighet som kan innebära att merparten av dagarna består av att hjälpa patienter med komplexa problem, och där otillräcklig tid ges för såväl patientmötet som nödvändig dokumentation kring mötet. De beskriver också att kontrollen över arbetssituationen, såsom typ av patient, när patientmöten sker, tid till förfogande för patienter och så vidare, begränsas av exempelvis anpassning till ersättningsystem och lågt eller inget inflytande över tidsbokningar. Dessutom har man lågt inflytande över om myndigheter och specialisterheter accepterar de sjukintyg och remisser man utfärdar. När remisserna returneras ökar kraven i arbetet ytterligare. Baserat på resultaten från den här studien, tenderar personal att försöka förändra situation genom att antingen minska kraven eller öka kontrollen. Det är när dessa försök misslyckas som man i många fall beslutar att lämna sitt arbete, möjligen till följd av bristande stöd från chef och medarbetare.

”Spända arbetsituationer” tillsammans med lågt stöd kan alltså vara ett sätt att förklara varför personal inom primärvården lämnar sina arbeten. Det är givetvis viktigt att lyfta att en sådan arbetsituation också ökar risken för ohälsa (5). I stället för att byta jobb försöker somliga hantera sin arbetsituation genom att reducera sin arbetstid, det vill säga att frivilligt arbeta deltid – och därigenom minska sin lön – för att orka med sitt arbete.

Organisatorisk och social arbetsmiljö

Arbetsgivaren har ansvar för att arbetstagare inte utsätts för ohälsosam arbetsbelastning enligt föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö (6). Alla verksamheter ska ha ett systematiskt arbetsmiljöarbete där man undersöker, riskbedömer, åtgärdar och följer upp arbetet så att arbetstagare har balans mellan krav och resurser i sina arbetsuppgifter. Balansen ska gälla till exempel arbetsmängd, svårighetsgrad, tidsgräns och emotionella och kognitiva belastningar. Våra studiedeltagare ger flera exempel på att sådan balans brister. Dessa brister kan behöva hanteras på olika nivåer i en organisation: från att hjälpa en individ prioritera bland uppgifter till att förändra mer övergripande strukturer i en organisation.

Några möjliga utvecklingsområden

Studiedeltagarna beskriver förhållanden och förutsättningar i arbetet inom primärvården som kan vara tänkbara orsaker till en för hög arbetsbelastning. För att dra säkrare slutsatser om hur dessa förhållanden och förutsättningar sammanhänger med belastningar, krävs studier designade för att studera samband. Olika aktörer har rådighet över olika förhållanden och förutsättningar som beskrivs i studien. Somliga kräver att förändringar genomförs på en övergripande ekonomisk och politisk nivå medan andra kan hanteras inom det rådande systemet.

Några områden som utifrån våra resultat bör kunna utvecklas inom rådande ekonomiska och politiska system, för att minska arbetsbelastning inom primärvården är:

- utvecklad samverkan med specialisterheter och myndigheter
- utveckling av hur tidsbokningar sker
- chefers förutsättningar för att kunna ge stöd.

Dessa områden diskuteras kort var för sig i kommande avsnitt.

Utvecklad samverkan med specialisterheter och myndigheter

Att fylla i sjukintyg och skicka remisser till specialisterheter ingår i de ordinarie arbetsuppgifterna för primärvårdsläkare. Nationella data visar att 45 procent av läkare på vårdcentraler har patientärenden där sjukskrivning är aktuell, sex gånger eller fler per vecka. Detta är inte ett högt antal i relation till till exempel läkare inom ortopedi där motsvarande siffra är 74 procent. Emellertid var det störst andel bland läkare på vårdcentral (77 procent) som upplevde det ganska eller mycket problematiskt att handlägga patienters sjukskrivningsärenden. Motsvarande siffra bland ortopedier var 47 procent. Av läkare på vårdcentraler som rapporterade sjukskrivningsärenden som problematiska uppgav nära 75 procent att Försäkringskassan dels begär in onödiga kompletteringar av intyg, dels efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” i fall där sådana inte kan observeras vid undersökningen (7).

Att sjukintyg returneras till läkare på vårdcentral kan förutom att vara tid- och resurskrävande, även upplevas som ett ifrågasättande av den professionella kompetensen. Nationella data visar att andelen läkare på vårdcentraler som upplever sig ifrågasatta i kontakten med Försäkringskassan har ökat från 39 procent år 2008 till 56 procent år 2017.

Att hantera remisser är en central del i arbetet inom primärvården och ett inarbetat sätt att kommunicera inom hälso- och sjukvården för att överlämna patientansvaret till nästa länk i kedjan. I enlighet med den här studien, fann en granskning av remisser från primärvården till specialistsjukvården att cirka tio procent av remisserna från husläkarmottagningarna till specialistsjukvården skickas tillbaka. I intervjuer med företrädare på primärvårdsmottagningar rapporterades att remisshanteringen upplevdes onödigt krånglig och som ett stort arbetsmiljöproblem (8). I samma rapport rekommenderades att stärka incitament för effektivare remisshantering, tydligare remissregler av ansvarsområden för att undvika onödig väntan bland patienter, och att information om vårdutbud och tillgänglighet så snart som möjligt kan komma till praktisk användning för remittenter.

Utveckling av hur tidsbokningar sker

Vårdcentraler i Region Stockholm har olika system för hur patienter bokas. Bokningen kan exempelvis antingen skötas av den läkare eller sköterska som patienten ska träffa eller av en sjuksköterska eller undersköterska som därmed kan prioritera och se till att patienter hamnar hos rätt personalgrupp, eller genom att patienten bokar tiden själv via digitala system (onlinebokning).

De vanligaste målen bakom designen av tidsbokningsscheman är att minimera patientväntetider eller maximera utnyttjandet av vårdresurser.

En fördel med system där kliniskt kunniga personer sköter bokningar är en större sannolikhet att ”rätt” patienter bokas hos ”rätt” vårdgivare. Ett problem är att det innebär en stor administrativ tidsåtgång för vårdpersonal med redan överbelastat schema.

En möjlighet med ett digitalt system, där vårdtagare själva kan sköta sina bokningar via internet, är att den administrativa bördan kan minska för vårdpersonalen – främst sjuksköterskor och undersköterskor. Tid kan därmed frigöras för patientarbete och annat. Från ett patientperspektiv är digitala bokningssystem tidsflexibla, så att

bokningar kan göras dygnet runt. Som framgick av resultaten i den här studien, kan det digitala bokningssystemet dock även innebära undanträngning av till exempel patientgrupper med mindre datorvana. Dessutom kan en ökad tillgänglighet i bokningssystemet öka efterfrågan av besök för hälsoproblem som inte kräver medicinska bedömningar och behandlingar.

Från de anställdas perspektiv innebär alla system där patienten själv eller där någon annan på vårdcentralen genomför bokningen, att kontrollen över sin tid och arbetsbörda minskar kraftigt. Detta beskrevs av flera personer i den här studien. Som tidigare redovisat, är avsaknad av sådan kontroll i arbetet en hälsorisk som kan utgöra skäl till att man lämnar sitt arbete.

Mer kunskap behövs om hur tidsbokningssystem kan designas så att både patienters behov och anställdas situation beaktas. Kanske kan mindre fallstudier av olika tidsbokningssystem, som kontinuerligt utvärderas, genomföras inom Region Stockholms vårdcentraler.

Chefers förutsättningar för att kunna ge stöd

Studiedeltagarna beskrev behovet av stöd från chefen. Ibland kopplades bristen på sådant stöd till cheferns förutsättningar, och ibland till dennes personlighet. Oberoende personlighet är det betydelsefullt att chefer ges rimliga förutsättningar för sitt arbete som chef. En studie av chefer inom primärkommuner i Västra Götaland visade bland annat att många chefer hade en obalanserad situation på så sätt att de krav de ställs inför inte motsvaras av de resurser de har. Många chefer hade ansvar för ett stort antal medarbetare. Ofta saknades arenor för att föra dialog om strategiska mål för verksamhet och hur prioriteringar ska göras i det operativa arbetet. Dessutom fann man brister i praktiskt stöd från stödfunktioner som IT, HR, ekonomi, vaktmästeri och administration vid rekrytering, rehabilitering, teknisk support, lokalfrågor och dokumentation (9). Sannolikt kan dessa brister också förekomma bland primärvårdens chefer. Corin m.fl (10) fann att bristfälliga psykosociala arbetsvillkor bland chefer i offentlig sektor, såsom höga krav i relation till bristande resurser, ökade deras vilja att sluta arbetet som chef. Förhållanden att beakta kan vara hur många underställda varje chef har, hur tydligt uppdraget är, vilken kontroll de har över ekonomin och vilket stöd de har i organisationen.

Exit, voice and loyalty

Ekonomerna A Hirschman (11) har utvecklat begreppet "exit voice and loyalty" för att beskriva alternativa beteenden som medlemmar i en organisation kan använda om de upplever försämringar. Antingen kan man lämna organisationen (exit) eller av lojalitet stanna kvar och ge röst (voice) åt sitt missnöje och komma med förbättringsförslag.

Enligt teorin kan hög lojalitet till en organisation kan göra att de alternativa beteendena hålls tillbaka. Dessa begrepp sammanfaller väl med studiedeltagarnas beskrivningar av hur de hanterar bristerna i sin arbetssituation. När det inte ger något resultat att framföra klagomål och försöka förändra bristerna på arbetsplatsen väljer man i stället "exit" – att lämna sitt arbete. Om teorin stämmer ger det stöd till att ta personalens beskrivningar och förslag på allvar för att undvika att personalen lämnar sina arbetsplatser inom primärvården.

Den här rapporten baseras på intervjuer med få individer som dessutom är självselektade. Det är möjligt att vi därmed fått en grupp vars erfarenheter inte liknar de erfarenheter övrig personalen inom primärvården i Region Stockholm har. Om så är fallet kan denna grupp vara mer eller mindre missnöjd än gruppen som helhet. Vi

presenterade våra resultat för styrelsen i Distriktläkarföreningen i Stockholm under våren 2019 för att testa om den bild våra resultat visade överensstämde med den bild de hade av primärvården. Styrelsen ansåg att bilderna överensstämde och står bakom de resultat vi presenterar.

Slutsatser

Om organisatoriska förutsättningar och arbetsbördan inom primärvården är sådana att personalen har tid att utföra det arbete man anser är meningsfullt, skulle personalen enligt våra resultat både kunna och vilja arbeta kvar på sina arbetsplatser inom primärvården i högre utsträckning än i dag.

Utifrån resultatet föreslår vi tre utvecklingsområden:

- Utred hur man kan förebygga att remisser och sjukintyg kommer i retur.
- Utvärdera för- och nackdelarna med olika tidsbokningssystem där den kliniskt verksamma personalen har mer kontroll över bokningen av sin egen tid.
- Utred hur förutsättningarna för cheferna att skapa goda arbetsförhållanden försina medarbetare ser ut.

De här förslagen är sådana som kan utvecklas oavsett vilket ekonomiskt och politiskt system som primärvården verkar inom. Självklart kan dessa system i olika utsträckning bidra till arbetsmiljöproblem för personalen. Det är dock en fråga vi valt att inte utforska närmare här.

I studien deltog få sjuksköterskor, och därför är det också viktigt att från deras perspektiv, ytterligare beskriva arbetsförhållanden inom primärvården och drivkrafter för att lämna eller stanna på arbetsplatsen.

Referenser

1. SLSO:s läkarförening. Läkares arbetsmiljö inom SLSO. Arbetsmiljögruppen 2017.
2. Dagens Nyheter. Debattartikel, 2018-09-27
3. Graneheim, UH., & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve thrustworthiness. *Nurse education today* (2004) 24,105-112
4. Karasek, R. & Theorell T. (1990) *Healthy work, Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books
5. Hausser, JA. Mojzisch, A. Niesel, M. Schulz-Hardt, S. (2010) Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being *WORK AND STRESS* Volume: 24 Issue: 1 Pages: 1-35
6. Arbetsmiljöverket. Föreskrift om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4).
7. Alexanderson, K. Arrelöv, B. Friberg, E. Haque, M. Lindholm, C. Svärd, V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm. Rapport 2018. Avdelningen för Försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.
8. Stockholms läns landsting. Landstingsrevisorerna, 2017
9. Corin L, Björk L. (2017) *Chefers organisatoriska förutsättningar i kommunerna*. SNS Förlag <https://www.sns.se/aktuellt/chefers-organisatoriska-forutsattningar-i-kommunerna/>
10. Corin, L. Berntson E. Härenstam A. (2016) Managers turnover in the public sector- The role of psychosocial working conditions. *International Journal of Public Administration* 39:10 790-802.
11. Hirschman A O (1990) *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Mass, United States

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide

INTERVJUGUIDEN – Varför stannar man på vårdcentralen och varför går man?

Bakgrund

Mitt namn är Sara Sanchez Bengtsson. Under hösten utför vi intervjuer om varför läkare och sjuksköterskor lämnar eller stanna kvar inom primärvården. Forskningsprojektet är ett samarbete inom Stockholms läns landsting mellan centrum för arbets- och miljömedicin, Akademiskt primärvårdscentrum och centrum för socialmedicin och epidemiologi.

Jag har en bakgrund i kvalitativforskning från Karolinska Institutet och har med mig en medarbetare. (*ANTONIA PRESENTERAR SIG SJÄLV och ROLL UNDER INTERVJUN*).

Ett ökat antal läkare och sjuksköterskor lämnar primärvården. Vi vill veta mer om varför personer stannar kvar eller besluta att gå. Syftet med intervjun är att få veta vad det är som gör att du stannar på din arbetsplats om varför du stannar på din arbetsplats. Intervjun tar ungefär 45 minuter och består av 15-20 frågor som handlar om:

- 1) din arbetsplats,
- 2) dina funderingar över arbetet och
- 3) framtiden.

- Du och informationen du ger behåller vi anonym.
- Din information är skyddad av SLL inom GDPR.
- Inga svar är rätt eller fel och du kan avsluta intervjun när som helst.
- Med ditt samtycke vill vi spela in intervjun för transkription. **OK?**
- De som kommer att lyssna på intervjun och läsa transkriberingen är Antonia och mig själv, möjligtvis ett bolag som utför transkriberingen, samt två till medarbetare i forskningsteamet (Marina Taloyan och projektledaren Gun Johansson).

Bandspelaren på.

Kan jag få ditt samtycke för att delta i studien? Y/N – Tack.

TEMA I: INTRODUKTIONSFRÅGOR

1. Hur länge har du arbetat som **läkare/sjuksköterska**?
2. Var läste du?
3. Hur länge har du arbetat på den **nuvarande arbetsplatsen**? (få namnet)
4. Har du någon gång bytt arbetsplats? (få namnet)

TEMA II: DIN ARBETSPLATS

5. **Beskriv ditt nuvarande arbete.**

PROBE: Ansvaret du har, arbetsmiljö, arbetsklimat, närheten till hemmet?

Bilaga 2. Tabell 2.0 Exempel på koder, kategorier och subkategorier

| Kod | Subkategori | Kategori |
|---|---|--|
| Desillusionerade | Negativa Känslor | NEGATIVA HÄLSOKONSEKVENSER FÖR INDIVIDEN |
| Dränerande / tar energi | | |
| Frustration | | |
| Tungt – känns tungt | | |
| känslan att vara otillräcklig | | |
| Stress | Negativa Hälsosymptom och Konsekvenser | |
| Ångest | | |
| Bli sjuk / sjukskriven | | |
| Inte ha ork att jobba | | |
| Spillöver till hemmet | | |
| Rädda sig själv / Skydda sig själv | Prioritering av sig själv | AGERANDET ELLER FÖRHÅLLANDE MELLAN INDIVIDEN OCH ARBETSITUATIONEN |
| Framtids ork – att kunna jobba, trivas i flera år | | |
| Förväntningar på en ny arbetsplats | Testa nytt arbete eller titta framåt till ett nytt arbete | |
| Möjlighet till nytt jobb öppnades | | |
| Jobba som Stafett | | |

| | | |
|---|---|--|
| Undvika Arbetsplatsen – arbeta någon annan stans | | |
| Starta eget – framtid | | |
| Kämpa i mot vind/gör allt man kan | Individens försök att påverka ändra arbetssituation | |
| Försök att ändra saker - händer inget | | |
| Ger upp | | |
| Försök att påverka faktorer – lyckats påverka arbetssituationen till det bättre | | |
| Jobba övertid | Agerande för att kunna arbeta | |
| Deltid vs. Heltid | | |
| Inte listningsbar | | |
| Listningstak – begränsning | | |

ISBN 978-91-88361-20-2

